



18 PRAKTIJKVOORBEELDEN VAN MEDISCHE GENERALISTISCHE ZORG

Het samenspel tussen artsen in ouderen- en
gehandicaptenzorg



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Vilans

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord

Rachele Arends, geneesheer-directeur bij Koraal 3

Praktijkvoorbeelden ouderenzorg

Rivas: SO's en geriatrieverpleegkundigen versterken de eerstelijnszorg	5
Saksen Weimar: medische zorg van huisarts met SO op de achtergrond	9
De Wulverhorst: SO en huisarts werken samen	13
King Arthur Groep: huisartsen en SO bieden samen zorg	17
Ouderenpoli van Florence: helpt huisartsen bij complexe zorg voor oudere	21
My-doc: ontwikkeling en innovatie door verbinding en kruisbestuiving	24
De Zevenster: een huisarts in huis en de SO waar nodig	27
Dagelijks Leven met NAAST: verpleegkundige inzet op afstand	30
WelThuis-Goudenhart: samen werken aan complexe zorgvragen	32
Samen Slimmer Drenthe: garantie van kwalitatieve zorg tijdens ANW	34
SO's van de Posten bieden ondersteuning aan huisartsen	38

Praktijkvoorbeelden gehandicaptenzorg

Siloah: continuïteit van huisartsenzorg met efficiënte inzet van de AVG	43
De AVG Praktijk Arnhem Siza: voor advies, onderwijs en onderzoek	46
Middin-Gezondheidscentrum Vaillantplein: AVG in de huisartspraktijk	50
De Zijlen: verpleegkundig specialisten vormen de spil in de zorg	53
'Stepped care' bij Talant vermindert de druk op huisartsen en AVG's	58
Ipse de Bruggen: triage en taakdifferentiatie aan de poort	63
Amarant: ambulant team verpleegkundigen vangt 90% van de vragen af	67

VOORWOORD

De portretten in deze bundel gaan allemaal over het samenspel tussen artsen in ouderen- en gehandicaptenzorg. Het woord samenspel zegt het al. Samenwerking is hierin heel belangrijk.

Samenwerking is noodzakelijk om kwalitatief goede medische zorg te kunnen leveren aan kwetsbare mensen. Voor zowel oudere mensen als mensen met een verstandelijke beperking.

Door toenemende ambulantisering van de zorg wonen zij langer thuis, neemt de complexe problematiek in de thuissituatie toe en doen zij daarom steeds vaker een beroep op de huisarts. In deze tijd van tekorten aan artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's), specialisten ouderengeneeskunde (SO's) èn een hogere werkdruk bij huisartsen is samenwerking dan ook onmisbaar.

Als het gaat om samenwerking, zie ik een positieve tendens. Zo tekenden acht organisaties, waaronder de Landelijke Huisarts Vereniging (LHV) en de VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) op 29 oktober 2020 een convenant om de medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking te verbeteren. Dit door het creëren van goede randvoorwaarden voor zorgprofessionals. Samenwerking wordt gestimuleerd en gerealiseerd door middel van de in deze portrettenreeks beschreven vormen. Denk hierbij aan spreekuur bij de huisarts, het bijwonen van het multidisciplinaire overleg en consulentschap.

Een positieve stap van de overheid is verder dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het programma (Ont)regel de Zorg is gestart teneinde de regeldruk te verminderen. Momenteel kunnen schotten zoals verschillen in wetgeving en verschillende financieringsvormen in de zorg nog belemmeringen vormen om een goede samenwerking te realiseren. De COVID-19-crisis thans laat zien dat het mogelijk is om de eerdergenoemde schotten te ontstijgen zodra iedereen daar de noodzaak van inziet. Dat is hoopgevend voor de toekomst.

Samenwerken is altijd mijn adagium geweest; dit om de zorg voor en samen met de patiënt, cliënt en bewoner zo goed mogelijk vorm te geven en zo recht te doen aan de kwaliteit van leven voor iedereen. Vanuit mijn functie geneesheer-directeur/Wzd-functionaris bij Koraal, een organisatie die integrale zorg aan verstandelijk gehandicapten en aan jeugdigen in de jeugdhulp biedt, lever ik daar een bijdrage in. Als voormalig arts verstandelijk gehandicapten 'AVG', huisarts en specialist ouderengeneeskunde 'SO' bundel ik als het ware alle expertise waardoor deze kennis een uitstekende basis biedt als geneesheer-directeur. Waar mogelijk draag ik bij aan de reeds bestaande samenwerking tussen AVG's met huisartsen, zowel intra- als extramuraal.

Samenwerken klinkt vanzelfsprekend maar dat is het niet altijd. Met de nu voorliggende mooie bundel portretten hoop ik dat deze inspiratie geeft om vanuit de eigen organisatie mogelijk nieuwe aanknopingspunten te vinden voor samenwerking om de zorg aan kwetsbare mensen te kunnen blijven geven. Verder is deze bundel ook een pleidooi voor creatieve samenwerkingsvormen teneinde iets aan de tekorten van AVG's, SO's en werkdruk van de huisartsen te doen. En met die samenwerking wordt het beroep van AVG en SO steeds boeiender voor jonge artsen, die we graag voor ons vak zien kiezen.

Mevr. Drs. Rachele Arends

Geneesheer-directeur/Wzd-functionaris bij Koraal

30 november 2020



PRAKTIJKVOORBEEDEN OUDERENZORG



Rivas: SO's en geriatrieverpleegkundigen versterken de eerstelijns

Het Geriatisch Onderzoek en Adviescentrum (GOAC) van Rivas biedt al twintig jaar consultatie in de wijk aan. Een geriatrieverpleegkundige komt samen met de specialist ouderengeneeskunde (SO) op verwijzing van een huisarts bij kwetsbare ouderen thuis. Om de eerstelijns verder te versterken werken SO's en geriatrieverpleegkundigen steeds intensiever samen met huisartsen.

Aanleiding

Twintig jaar geleden zagen ze bij Rivas dat ouderen vaak onnodig in het ziekenhuis werden opgenomen. Ook zouden ouderen langer thuis kunnen wonen als SO's eerder werden betrokken was de gedachte. Het ziekenhuis is belastend voor oudere mensen. Thuis zijn ze beter af als ze daar de nodige zorg krijgen. En de meeste ouderen willen ook liever thuis wonen dan in een zorginstelling. Om die reden is in 2000 het Geriatisch Onderzoek en Advies Centrum (GOAC) opgericht; SO's van Rivas zijn gestart met ouderenconsultatie in het ziekenhuis en in de eerstelijns.

Annemieke van Oostveen, SO: *'Rivas was echt koploper met het GOAC. De laatste jaren zien we dat de behoeftes bij de huisartsen veranderen omdat mensen langer thuis blijven wonen. Huisartsen zien steeds meer kwetsbare ouderen, dus er komt meer op huisartsenzorg aan. Dat vraagt om generalistisch specialistische zorg zou je kunnen zeggen. Dus we willen eigenlijk doorontwikkelen en de eerstelijns meer versterken naast dat we een verwijscentrum zijn.'*

De organisatie van de medische zorg door de huisarts en de SO

De huisarts is hoofdbehandelaar en regievoerder van alle patiënten en kan beslissen om de specialisten van het GOAC in te zetten. Bijvoorbeeld voor een vraag naar diagnostiek als iemand is gevallen of geheugenproblemen heeft. Bij het GOAC neemt een geriatrieverpleegkundige de telefoon aan en zij bekijkt ook de verwijzingen die elektronisch binnenkomen via Zorgdomein. Zij triageert, plant in en beantwoordt spoedvragen. Een geriatrieverpleegkundige kan alleen of samen met een SO op verwijzing van een huisarts bij kwetsbare ouderen thuis komen.

PROFIEL:

Rivas

- biedt ziekenhuiszorg, woonzorg, verpleeghuiszorg, huren met zorg, wijkverpleging en revalidatie
- sinds het jaar 2000 een GOAC
- actief in een regio van 250 vierkante kilometer met 250.000 inwoners
- 8 SO's (ook) werkzaam in de eerstelijns en 18 geriatrieverpleegkundigen
- jaarlijks 600 tot 800 verwijzingen van huisartsen uit 30 huisartsenpraktijken

Huisartsenpraktijk Lindenzoom

- duopraktijk met gescheiden praktijken in Papendrecht
- 2 huisartsen hebben samen 4500 patiënten
- huisartsen werken samen, onder één dak, proberen één protocol te hanteren
- huisartsen maken gezamenlijk gebruik van: praktijkmanager, assistentes, POH-Somatiek, POH-GGZ en POH-Ouderen

Annemieke van Oostveen is een van de acht SO's die extramuraal werkt in het grote werkgebied van Rivas, waar ze te maken hebben met vele huisartsenpraktijken. Zij is de enige die alleen in de eerstelijns werkt, haar collega's hebben ook intramurale taken. Daarnaast zijn er achttien geriatrieverpleegkundigen werkzaam. Om de eerstelijns meer te versterken zijn op verschillende plaatsen SO's en geriatrieverpleegkundigen op verschillende momenten aanwezig in huisartsenpraktijken zodat er meer zichtbaarheid en bekendheid ontstaat.

Annemieke van Oostveen, SO: *'Bekendheid in persoon, maar ook in hoe je werkt. Dat is wederzijds want ook voor de SO is het goed om te zien hoe de hectiek in de huisartsenpraktijk is. Het zijn toch twee verschillende werelden die we in dynamiek en aanbod bij elkaar moeten brengen. Dus door elkaar te vinden in het eerstelijns centrum - zo zou je het kunnen noemen, want die huisartsenpraktijk is vaak al veel groter dan een huisarts alleen - zie je elkaars werkwijze zodat je tot een goed hybride model kan komen. Daar zijn we nu mee bezig. De huisarts, praktijkondersteuner (POH) en assistente kennen bij uitstek het netwerk en de historie van de oudere.'*

Huisarts Klaas den Besten van Huisartsenpraktijk Lindenzoom, zette het GOAC wel al in als verwijscentrum en deed vijf jaar geleden mee met de pilot Ouderenzorg vanuit de zorggroep. Ze zijn toen gestart met het samen (SO, geriatrieverpleegkundige, POH en huisarts) bespreken van patiënten in de huisartsenpraktijk.

Klaas den Besten, huisarts: *'Voor die tijd schakelden we het GOAC ook wel in, maar was het eigenlijk een negatieve keuze: zo van als mijn patiënt niet naar de geriater kan, dan vragen we het GOAC, want zij bezoeken iemand thuis. Nu heb ik ervaren dat juist bij psychosociale problematiek de zorg die een SO in de eerstelijns kan bieden heel fijn is. Het is meer gericht op de patiënt in de thuissituatie, waardoor ook de diagnostiek anders verloopt. Mensen laten thuis toch meer normaal gedrag zien dan bij de geriater.'*

In verschillende huisartsenpraktijken is een aantal uur of een dagdeel per week een geriatrieverpleegkundige namens het GOAC aanwezig. Zij doet het geriatrisch assessment, bespreekt casuïstiek met de huisarts en POH Ouderen (POH-O), kan vragen beantwoorden en kan bepalen of een zaak zelf met de huisarts afgehandeld kan worden, of dat het nodig is om de SO te consulteren. Een huisartsenpraktijk werkt samen met een vaste SO en geriatrieverpleegkundige.

Annemieke van Oostveen, SO: *'Je ziet dat niet meer voor allerlei vragen verwezen wordt, maar dat we ook steeds meer gezamenlijk gaan doen. Ik ga bijvoorbeeld samen met de POH-O naar een patiënt, of een keer samen met de huisarts. Je ziet daar ook een enorm lerend effect van optreden. Ik werk samen met meerdere geriatrieverpleegkundigen die mij heel efficiënt inzetten, want ik zou als SO nooit in al die huisartsenpraktijken aanwezig kunnen zijn.'*

Klaas den Besten, huisarts: *'Als ik een patiënt heb, waarvan ik denk hier moet echt iemand met expertise naar kijken, dan gaat meestal binnen een paar weken de verpleegkundige of zelfs de SO bij de patiënt thuis kijken. Ik krijg dan een snelle terugkoppeling. En dat je dan via de telefoon of in de chat daar even op kan reageren is toch anders dan een brief van de geriater via de polikliniek. Het ene is meer een bericht van de ene dokter naar de ander. Met de mensen van het GOAC is het meer het uitwisselen van informatie, meer echt multidisciplinair samenwerken. Ik ben als huisarts hoofdbehandelaar, maar zeker als de geriatrie verpleegkundige betrokken is, zie je dat je eigenlijk met z'n tweeën of met z'n drieën, ook met de SO, samen het zorgplan maakt. Nu we wat langer samenwerken en elkaar beter kennen is ook de kennisoverdracht tussen artsen een groot pluspunt.'*

Voor de zorg tijdens avonden, nachten en weekenden (ANW) geldt dat huisartsenposten een dienstdoende SO kunnen consulteren. Alle SO's kunnen in het dossier kijken en antwoord geven.

De samenwerking tussen de huisarts en de SO

Klaas den Besten, huisarts: *'Een heleboel dingen kan ik zelf, maar soms heb je wel eens het gevoel van wat moet ik hier nu mee, heb ik het wel juist? Dan is het fijn wanneer je bevestigd krijgt waar je zelf al aan dacht. Maar soms word ik door de expertise van de SO en geriatrieverpleegkundige ook echt een richting op geholpen waar ik zelf niet aan had gedacht. Ik leer heel veel, ook omdat we het samen doen.'*

Annemieke van Oostveen, SO: *'Een huisarts denkt vaak ziektebeeld gericht, kan bijvoorbeeld bij iemand met geheugenproblemen de diagnose dementie stellen. Dan heb je een ziektebeeld benoemd, maar daarmee heb je de oplossing niet. Wij stellen een diagnose maar kijken vooral hoe iemand functioneert en waar het mis zou kunnen gaan. Heeft de patiënt een zwak netwerk, een partner die heel erg moe is of niet meer voldoende kan ondersteunen? Of heeft de patiënt een stevig netwerk? Dat maakt alles uit. Dan is de*

diagnose haast secundair. Die manier van denken, dat je er niet bent met de diagnose alleen, is iets wat we graag overdragen aan de huisartsen en POH's.'

Klaas den Besten, huisarts: *'De geriatrie verpleegkundige houdt vaak vinger aan de pols bij de kwetsbare ouderen, stelt een diagnose of doet dementietesten. Ze gaan een keer per drie maanden bij een patiënt langs en dan krijg ik een terugkoppeling. Het idee dat je met meerderen toch wel een beetje voeling hebt rond die patiënt is heel prettig. Zeker ook omdat je kunt afstemmen: Grijpen we wel of niet in, moet er nog iets met de medicatie, moet er iets met psychologie, moet er iets met bijvoorbeeld dagbesteding?'*

Annemieke van Oostveen, SO: *'Over het algemeen word ik betrokken bij diagnostiekvragen bij geheugenstoornissen, bij vallen, algehele achteruitgang, bij medicatiereviews en allerlei somatische vragen zoals advies over medicatie. De geriatrieverpleegkundige heeft bij de somatische en medicatievragen vaak een beperktere rol, behalve als er meer zorg ingezet moet worden of als er naar de functie gekeken moet worden.'*

Klaas den Besten, huisarts: *'De mensen van het GOAC hebben de sociale kaart veel beter op orde. Maar ook over machtigingen bij gedwongen opnames, over de nieuwe Wet zorg en dwang (Wzd), weten zij veel meer dan ik. Zij kennen de route en ze pakken het ook vaak gedeeltelijk voor je op, dat is heerlijk. Ook voor familie is het een voordeel te weten dat we als zorgverleners; SO, geriatrieverpleegkundige, POH-O en huisarts, gezamenlijk een aanbod hebben wat geborgd is. Dat geeft rust en daardoor ook minder vragen. Het heeft echt meerwaarde om mensen te zien in de thuissituatie en vooral ook hoe medicijnen worden gebruikt. Maar de grootste winst is dat we het met z'n allen doen en dat we ook borging krijgen van elkaar.'*

Annemieke van Oostveen, SO: *'Ik zie huisartsen waar we intensief mee samenwerken steeds vaker zelf de diagnose dementie stellen, maar het oppakken van dat functionele denken, verwacht ik meer bij de POH-O omdat dit van een huisarts te veel tijd vraagt. Ik vind het al winst dat er geen angst meer is om de diagnose dementie te stellen en dat huisartsen zich realiseren dat er meer nodig is dan alleen de diagnose stellen.'*

Informatie-uitwisseling

Annemieke van Oostveen, SO: *'We maken gebruik van cBoards van Caresharing: een ketenzorgdossier. De huisarts of POH kan mij daarvoor uitnodigen. Als ik dan inlog zie ik wat zij openstelt aan gegevens zoals voorgeschiedenis, medicatie, laboratoriumuitslagen*

en onderzoek dat al gedaan is. Ook kan de huisarts of POH daar een verwijsvraag in zetten. En ik kan er bevindingen in zetten, die dan weer automatisch overgenomen kunnen worden in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Ook de geriatrieverpleegkundige kan uitgenodigd worden, net als de wijkverpleegkundige en bijvoorbeeld de mantelzorger. Per persoon kan zij aangeven wat ze wel en niet wil laten zien in dat dossier. Dit systeem bevat goed als de huisarts gegevens in het dossier up to date heeft, dat is niet altijd het geval, maar in het algemeen ben ik er heel blij mee.'

Klaas den Besten, huisarts: *'Via Caresharing kunnen we elkaar een bericht sturen, een chat, dat kan één op één of in een groepschat. Afstemmen doen we vaak via Caresharing of per telefoon. Dan heb je ook het intermenselijk contact en kunnen we even sparren. De officiële correspondentie gaat vaak digitaal of met de post. Afstemmen is laagdrempelig omdat het team klein en het contact persoonlijk is. We kennen elkaar en zitten één keer per maand bij elkaar voor een multidisciplinair overleg (MDO). Van tevoren sturen we via Caresharing over wie het gaat en wat de vraagstelling is. En we maken een gedeelte van het dossier inzichtelijk. Dat werkt efficiënt. In een MDO bespreken we ongeveer drie of vier patiënten. Vaak zijn er meerdere contacten over eenzelfde patiënt, omdat er sprake is van continue zorg. Tussendoor hebben we via Caresharing vaak nog contact, bijvoorbeeld wanneer iemand bij de patiënt langs is geweest.'*

Voorwaarden

Annemieke van Oostveen, SO: *'Wat denk ik erg geholpen heeft, is dat wij ons als SO en geriatrieverpleegkundige zichtbaar gemaakt hebben in de huisartsenpraktijk. Huisartsen zijn daardoor echt de meerwaarde gaan inzien van de samenwerking. Ook helpt het dat de zorggroep van de huisartsen hier volledig achter staat en dat het een van hun speerpunten is om ouderenzorg duurzaam neer te zetten in de regio. Daar heb je elkaar echt voor nodig met die complexe zorgvragen. Verder heb je natuurlijk voldoende mensen nodig en een goed dossier zodat je goed informatie kan krijgen en met elkaar kunt uitwisselen.'*

Klaas den Besten, huisarts: *'Een voorwaarde is dat je elkaar aardig vindt. Dat is de manier om het te kunnen laten blijven werken. Want je kan wel toezeggen dat je iets gaat doen maar je moet daar wel tijd voor vrijmaken. Je moet er lol in hebben en affiniteit met ouderen en je moet ook accepteren dat je elkaar aanvult.'*

Wensen

Annemieke van Oostveen, SO: *'Voor de SO's in de eerstelijns is financiering nu*

geregeld, maar voor de geriatrieverpleegkundigen is het nog steeds zoeken hoe zij goed gefinancierd kunnen worden. Voor de diagnostiek gaat het goed, maar als de inzet meer op het begeleidingsaspect zit, dan moet echt bedacht worden hoe de verpleegkundigen kunnen declareren. Dat doet afbreuk aan de waarde die ze vertegenwoordigen.'

Klaas den Besten, huisarts: *'We proberen bij ons in de huisartsenpraktijk fysiek ruimte te regelen zodat bijvoorbeeld één van de geriatrieverpleegkundigen één keer in de zoveel tijd bij ons een paar uur een werkplek heeft en dan als aanspreekpunt voor problematiek aanwezig is.'*

Aanbevelingen

Annemieke van Oostveen, SO: *'Mijn aanbeveling voor andere regio 's: denk aan het model met een geriatrieverpleegkundige. Ik zie SO's heel goede consulten doen, maar het is absoluut een meerwaarde om samen te werken met een geriatrieverpleegkundige. Denk vooral in netwerken en niet in verwijzmodellen. Hoe is het plaatselijk geregeld? Hoe kun je aansluiten en wie moet dan voorop? Wat heeft deze patiënt nodig? Wat is al heel goed geregeld? Kunnen we ergens een stapje terugdoen en waar moeten we juist meer inzetten? Laat dat keten denken toch wat los.'*

Klaas den Besten, huisarts: *'Probeer niet te groot te beginnen. Begin gewoon, ga eens bij elkaar zitten en bespreek met elkaar wat je kunt leveren, want dat verandert ook iedere anderhalf, twee jaar. Bespreek wat winst oplevert in zorg en tijd. Het hangt ook zeker van de inzet van betrokkenen af. Als een SO het niet ziet zitten, moet je het ook niet willen en voor de huisartsen geldt dat net zo; want we moeten al zo veel. Samenwerken in de eerstelijns is dus voor mensen die het echt willen. En als dan blijkt dat het werkt, komt de rest wel mee.'*

In de huisartsenpraktijk hebben we nu ook een POH-O. Die samenwerking moet zich nog verder uitkristalliseren. Zij functioneert als een soort verlengde arm van de huisarts, verzorgt de kleine patiëntcontacten evenals delen van de somatische Diagnose Behandelcombinaties (DBC's). Dit is complementair aan de taak van de geriatrieverpleegkundige die een meer sturende diagnostiserende en adviserende taak heeft onder verantwoordelijkheid van de SO in plaats van de huisarts. Dit lijkt in onze situatie de kwaliteit van zorg te verhogen en kan waarschijnlijk de druk op de schaarse psychogeriatric-verpleegkundigen verlagen.'

Resultaten

- Vele huisartsenpraktijken in een groot werkgebied kunnen de expertise van het GOAC inschakelen.
- Geriatrieverpleegkundigen vervullen een belangrijke rol vanuit het GOAC en maken een efficiënte inzet van de beperkt beschikbare SO's mogelijk.
- SO's en geriatrieverpleegkundigen werken steeds meer in de huisartsenpraktijk.
- Huisartsen, maar ook patiënten en mantelzorgers voelen zich meer ondersteund.
- Steeds meer eenvoudige ongecompliceerde dementiediagnostiek vindt plaats in de eerstelijns.
- Huisartsen die intensief samenwerken met het GOAC leren dat er meer nodig is dan alleen een diagnose stellen.
- Door meer proactieve zorg en ondersteuning in te zetten in de eerstelijns, lukt het om mensen langer en met meer kwaliteit thuis te laten wonen.

Bewoners van zorgvilla Saksen Weimar krijgen medische zorg van de huisarts met een SO van Novicare op de achtergrond

Voor de bewoners van zorgvilla Saksen Weimar in Arnhem Noord van Stepping Stones werkt een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) vanuit behandel dienst Novicare complementair aan de huisarts. De huisarts is hoofdbehandelaar en kan de SO inschakelen voor consult en overleg. In expertise vullen zij elkaar aan waar nodig, waardoor bewoners goede kwaliteit van medische zorg op locatie krijgen.

Aanleiding

De voormalige Saksen Weimar Kazerne is in 2016 volledig gerenoveerd tot een comfortabele zorgvilla met 3 woongedeeltes. Er zijn 41 appartementen, waarvan enkele ook geschikt zijn voor echtparen. Stepping Stones besloot na de renovatie voor de 42 bewoners huisartsen aan te trekken om daar de zorg te verlenen. Om de kwaliteit van zorg naar een hoger plan te kunnen trekken zocht Stepping Stones ook contact met Novicare. Ze wilden patiëntgerichte zorg op locatie kunnen bieden waarbij een SO beschikbaar is op consult basis voor de huisarts, 24/7 telefonisch bereikbaar is voor vragen en ook beschikbaar is voor overleg als dat meerwaarde heeft voor de patiënt, bijvoorbeeld in een multidisciplinair overleg (MDO). Ook wordt Novicare ingezet door Stepping Stones om de kwaliteit van zorg te optimaliseren aan de hand van bepaalde thema's zoals de invoering van de Wet Zorg en Dwang (WZD). Novicare kijkt dan samen met Stepping Stones wat de WZD betekent voor de organisatie en hoe ze dat samen het beste kunnen vormgeven.

De organisatie van de medische zorg door de huisarts en de SO

Verreweg de meeste van de 42 bewoners hebben een Wlz-indicatie zonder behandeling (soms een partner niet). Er zijn drie woongroepen, mensen wonen in hun eigen appartement en delen een gezamenlijke grote huiskamer. Marieke de Punder is vanuit Novicare nu ruim een jaar de SO die samen met huisartsen de zorg levert aan de bewoners van Villa Saksen Weimar. Huisarts Hanneke Wibbelink en haar collega van Duivenbode leveren de huisartsenzorg. Aan nieuwe bewoners wordt gevraagd zich bij een van deze huisartsenpraktijken in te schrijven. Bij

PROFIEL:

Villa Saksen Weimar

- Zorgvilla met zorgvoorzieningen in Arnhem-Noord van Stepping Stones
- 42 bewoners met indicatie Wlz zonder behandeling

Huisartsenpraktijk Wibbelink

- Biedt zorg aan 3400 patiënten in Arnhem Noord
- Drie huisartsen, vijf POH's, 5 assistenten

Novicare

- Zelfstandige behandel dienst voor en door behandelaren in de langdurige zorg voor ouderen en verstandelijk gehandicapten.
- Biedt behandeling, advies, scholing en training.
- Behandelen patiënten (geheel of gedeeltelijk) in verschillende geclusterde woonvormen en thuis.

afwezigheid van een van de vaste huisartsen bijvoorbeeld met vakantie, wordt in de groep van vijf huisartsenpraktijken, voor elkaar waargenomen.

Hanneke Wibbelink, huisarts: *'Meestal komen bewoners van ver weg en niet uit huisartspraktijken rondom de zorgvilla dus die moeten sowieso een andere huisarts kiezen omdat het anders te ver weg is. Dan ligt het natuurlijk voor de hand een huisarts te kiezen die aan de villa verbonden is, omdat het anders zo versnipperd raakt.'*

De huisarts is hoofdbehandelaar en kan bij problemen de SO inschakelen. Ook werkt de huisarts samen met een aantal fysiotherapeuten en een ouderenpsycholoog van Novicare. De huisarts heeft geen vaste dagen of tijden dat zij naar de villa komt en geen vast spreekuur.

Hanneke Wibbelink, huisarts: *'Als er vanuit de villa een vraag of een wens is van een bewoner, dan mailen of bellen ze mijn praktijk en dan gaat het lopen. Dan kom ik of ik mail of bel terug of de assistente belt terug, dat kan op allerlei manieren. Het is meestal zij vragen en wij handelen of ik kom naar de villa omdat ik zelf bepaalde dingen wil controleren. Ik kom er meestal wel een keer in de week voor meerdere bewoners maar het komt ook voor dat ik er wel drie keer in de week ben of twee weken niet. Soms zijn er dingen zoals een terminale situatie waarbij je elke dag of soms twee keer per dag komt. Het is maar net waar het om gaat, of er dingen zijn die medisch gezien moeten worden.'*

Ook de SO heeft geen vast moment waarop zij naar de villa komt.

Marieke de Punder, SO: *'Ik heb nog geen structurele afspraken van één keer per week of twee weken, daar gaan we wel naartoe, om het wat voorspelbaarder te maken. We maken dan een afspraak met de zorgcoördinator en soms met de psycholoog tegelijk. Ik ben de afgelopen periode ongeveer vier uur per maand in de villa geweest. Voor een heteroanamnese bijvoorbeeld met familie of met een zorgmedewerker die dan in het belang van de patiënt moet plaatsvinden. Of overleg op locatie over de WZD en kwaliteitsverbetering. Ook dat wordt betaald vanuit Stepping Stones. En verder kan de huisarts overdag gedurende de week bij mij terecht voor overleg.'*

Spoed en zorg tijdens avonden, nachten, weekenden

Tijdens ANW wordt gebruik gemaakt van de reguliere huisartsenpost. En als achterwacht is er altijd een SO vanuit Novicare telefonisch bereikbaar. Vanuit Novicare verdelen twaalf SO's met elkaar de bereikbaarheidsdienst voor de

bewoners van alle 17 villa's van Stepping Stones.

Marieke de Punder, SO: *'We kunnen bij elkaar in het behandeldossier zo nodig, dus op het moment dat ik tijdens mijn bereikbaarheidsdienst gebeld word, kan ik ook zien wat mijn collega eventueel al wist. We kunnen niet in alle zorgdossiers, ik kan bijvoorbeeld alleen maar in die van Villa Saksen Weimar, maar we hebben dan ruggespraak met de huisarts en die heeft dan natuurlijk alle medische informatie ook paraat. Dus we kunnen wel meedenken.'*

Hanneke Wibbelink, huisarts: *'Ik denk dat er eigenlijk zelden tot niet gebruik wordt gemaakt van de SO als achterwacht. Vaak is er wel wat te verzinnen of op te lossen, of iets te geven waardoor het weer gaat.'*

De samenwerking tussen de huisarts en de SO

Hanneke Wibbelink, huisarts: *'In principe is verpleeghuiszorg natuurlijk geen huisartsenzorg. Het gaat om een aparte groep die soms om specifieke kennis vraagt. De beschikbaarheid van een SO is voor mij voorwaarde om hier als huisarts hoofdbehandelaar te zijn. Wanneer ik vastloop in mijn behandeling, en meestal gaat het om gedragsproblemen bij dementie, dan schakel ik de SO in. Maar het kan ook een pijnprobleem zijn of kortademigheids problemen. Meestal vraag ik Marieke in consult. Het gaat om een ingewikkelde patiëntgroep met vaak meerdere ziekten en medicijnen dus dan is het fijn dat de zij de patiënt ook ziet en onderzoekt. Als je dan een vaste SO hebt, waar je goed mee overweg kan, dan werkt dat makkelijk en heel prettig.'*

Marieke de Punder, SO: *'Ik kijk als SO hoe het gaat en waar grenzen of nog mogelijkheden liggen voor de bewoner. Binnen de woonsituatie maar ook rondom probleemgedrag bij dementie. Als SO merk je dat je wat sneller integreert in de complexiteit met de extra kennis over medicatie en de afstemming van meerdere fysieke problemen. Dat somatische stukje is altijd wat lastiger precies te duiden, wanneer iemand wat achteruitgaat lichamelijk. Ik merk dan dat de huisarts niet zo goed weet wat nog te doen en dat ik daar toch wel wat adviezen in kan geven waardoor iemand lichamelijk zich toch weer wat prettiger kan voelen.'*

Hanneke Wibbelink, huisarts: *'Het samenwerken levert vooral extra medische kennis op; andere inzichten dan ik als huisarts heb maar ook omgekeerd heb ik inzichten die zij als SO weer niet heeft op huisartsgeneeskundig vlak. Voor bewoners kan dit leiden tot*

een betere gezondheid of verbetering van het ziektebeeld, wat er dan ook aan de hand is. Het levert vooral medische voordelen op voor de patiënt die daardoor op een prettige manier in de villa kan blijven wonen.'

Marieke de Punder, SO: *'Afgelopen jaar heb ik vooral gekeken naar wat kan ik toevoegen en op welke manier? Door bijvoorbeeld een keer samen een MDO te doen leer je elkaar ook wat beter kennen. Ook zorgmedewerkers zijn steeds meer aan het wennen aan wat een specialist ouderengeneeskunde of een ouderenpsycholoog kan bieden. Daarin zijn we ook nog wel in ontwikkeling samen. Hoe we dat wat proactiever kunnen vormgeven. De vraag van de patiënt moet daarin leidend zijn. Dus dat ik niet alleen maar bij problemen kom wanneer de huisarts het helemaal niet meer weet. Maar juist ook preventief en proactief. We merken bijvoorbeeld dat als ik laagfrequent betrokken blijf, zeker bij de mensen met dementie, dat dat meerwaarde heeft in de toekomstige ontwikkeling waarbij het ziektebeeld vaak complexer wordt. Het is leuk hoe je daar als SO toch wat kunt organiseren en aanvulling kan geven aan de huisarts waardoor we er samen voor zorgen dat mensen daar zo lang mogelijk kunnen blijven wonen.'*

Normaal zit je als SO in een setting van Wlz met behandeling, dan ben je verantwoordelijk en doe je eigenlijk alles. Hier kun je zien hoe je als specialist wat kan toevoegen en dat betekent niet dat je alles hoeft over te nemen want de huisarts doet heel veel hartstikke goed. Maar dat je door kleine interventies van een consult of het meedenken toch gewoon meerwaarde voor de patiënt kan organiseren. Dat geeft voldoening.'

Kwetsbare ouderen thuis

Hanneke Wibbelink, huisarts: *'Voor de kwetsbare ouderen uit mijn praktijk die nog thuis wonen kunnen we altijd wel ergens een SO vandaan halen en in consult vragen, maar dat is elke keer iemand anders, die ken ik niet goed en dat verloopt dan vaak wat rommelig. We zitten in een stad en daar heb je nu eenmaal allerlei aanbieders. Omdat ik het ook voor de kwetsbare ouderen thuis fijn vind om een vast aanspreekpunt te hebben met onze praktijk hebben we sinds kort een afspraak, een soort contract met de Praktijk Ouderengeneeskunde van Esther Bertholet, dat we een vaste SO en verpleegkundige in consult kunnen vragen waarbij we dan bij ons op de praktijk overleg met het duo hebben en medicatie met elkaar afspreken. Een vaste SO is denk ik een goede voorwaarde om al die kwetsbare mensen als ze langer thuisblijven, goed te kunnen blijven begeleiden.'*

Afstemming

In ieder geval 2x per jaar is er een groot MDO over alle bewoners met een aantal

vaste mensen: iemand van de verpleging en verzorging, een vast iemand van de bewoners, een fysiotherapeut, SO, huisarts en de locatiemanager.

Hanneke Wibbelink, huisarts: *'Tijdens het MDO geeft iedereen zijn eigen visie en kunnen we snel met elkaar overleggen zonder dat er weer tijd overheen gaat of telefoontjes of brieven. Het is heel handig om even bij elkaar te komen en te bespreken wat iedereen weet. Zo kom je tot een beter plan.'*

Informatieuitwisseling

Stepping Stones maakt gebruik van één van de meest gebruikte zorgdossiers: ONS van Nedap. Zowel huisarts als SO kunnen daarin lezen en rapporteren. Doordat zij adviezen daarin registreren is het voor iedereen, ook voor zorgmedewerkers, familie en een bewoner direct inzichtelijk. De huisarts heeft een huisartseninformatiesysteem (HIS) en de SO maakt gebruik van een multidisciplinair behandeldossier. Huisarts en SO maken ook gebruik van Silo, een beveiligde app.

Marieke de Punder, SO: *'We moeten ervoor zorgen dat iedereen de informatie heeft die relevant is. Voor mij betekent dat dat ik naast in ons eigen multidisciplinaire behandeldossier, ook zaken moet vastleggen in het zorgdossier ONS en zorgmail berichten naar het HIS stuur.'*

Hanneke Wibbelink, huisarts: *'Ik moet twee systemen naast elkaar gebruiken, het HIS en het zorgdossier ONS en dan is er nog een soort ouderwetse lijn met de SO: mijn verwijzing gaat via de fax of een andere beveiligde mail verbinding naar de SO. En als zij bij de bewoner geweest is komt het bericht weer terug in het zorgdossier ONS, maar dat zie ik niet altijd direct want ik kijk niet de hele tijd in het systeem. Kortom er is op de digitale snelweg nog wel wat te verbeteren.'*

Voorwaarden

Als voorwaarden om goed samen te kunnen werken noemt de huisarts: elkaar kennen, een vaste SO en gemakkelijke bereikbaarheid en afstemming. Zowel wat betreft de formele correspondentie, als het contact via telefoon of app.

Marieke de Punder, SO: *'Belangrijk is denk ik dat je het samen moet willen, dat je ervoor open moet staan om te zien wat je kunt aanbieden aan elkaar: zorgpersoneel, huisarts en SO. Als organisatie moet je het inzicht hebben dat je de kwaliteit van zorg naar een hoger plan wil brengen en welke experts je daarvoor nodig hebt. Dat is het*

begin en dan kom je er voor de rest wel uit als je het belang van de bewoner gewoon voor ogen neemt.'

Wensen

Hanneke Wibbelink, huisarts: *'Wil je deze soms ingewikkelde patiëntgroep goed kunnen begeleiden als huisarts dan heb je daar ook echt een SO voor nodig die op de achtergrond in ieder geval inroepbaar is en waar in noodgevallen ook mee te overleggen is. Verder is er nog wel wat te verbeteren aan de digitale communicatie. Want elkaar informeren gaat niet op een makkelijke manier. Nu moet er nog uitgeprint en gemaild of gefaxt worden, dat kost heel veel tijd en dat is jammer.'*

Marieke de Punder, SO: *'Ik zou graag nog beter kijken hoe ik bij welke bewoner mogelijk nog wat eerder betrokken kan zijn en vanuit het patiëntperspectief nog wat concreter afspreken welke betrokkenheid dat dan is. Dat is een zoektocht waarvoor je elkaar moet leren kennen en ik denk dat we al hele goeie stappen maken. Daar zou ik verder mee willen gaan.'*

Resultaten

- Bewoners zijn (in principe) patiënt bij twee vaste huisartsen(praktijken).
- Een SO is beschikbaar voor consult, overleg en advies over bewoners en organisatie van zorg.
- SO en huisarts vullen elkaar aan in kennis en leren van elkaar.
- Vanuit Novicare is ook een ouderenpsycholoog beschikbaar.
- Bewoners kunnen langer en prettiger met goede medische zorg in de villa blijven wonen.
- Huisarts vindt het fijn samen te werken met een vaste SO.
- Het geeft de SO voldoening door kleine interventies en meedenken met de huisarts meerwaarde te kunnen bieden voor de zorg aan de bewoners.
- Een SO is als achterwacht telefonisch bereikbaar tijdens ANW.



De Wulverhorst: SO en huisarts werken samen

In het kleinschalig woonzorgcentrum De Wulverhorst in Oudewater werkt een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) vanuit behandeldienst Novicare complementair aan de huisarts. Dit omdat dat prettiger en beter is voor de bewoner. De huisarts richt zich op de basis medisch-generalistische zorg en de SO samen met de Verpleegkundig Specialist (VS) op de meer specialistische vraagstukken. Dit vraagt om een goede samenwerking.

Aanleiding

Een deel van het verzorgingshuis De Wulverhorst veranderde vijf jaar geleden in een verpleeghuis. Alle drie de huisartsenpraktijken in Oudewater hadden patiënten in het verzorgingshuis. Een deel van de mensen had een verpleeghuisindicatie en gingen over naar het deel dat verpleeghuis werd. Een aantal vond het jammer dat ze daardoor van arts moesten veranderen. Ook in de jaren daarna zagen huisartsen mensen, die zij al heel lang als patiënt hadden, overgaan naar een SO in het verpleeghuis. En dat voor het relatief korte stukje leven wat ze nog hadden. De huisartsen en het verpleeghuis zijn toen in gesprek gegaan over samenwerking en of het mogelijk was dat de vertrouwde huisarts toch betrokken kon blijven. Toen is de constructie opgezet waarbij iemand, zodra deze overgaat naar het verpleeghuis, de basiszorg blijft ontvangen van de huisarts en de SO beschikbaar blijft voor de meer complexe zorg. Ze zijn gestart met een pilot. Mensen die overgingen naar het verpleeghuis mochten hun eigen huisarts behouden. Dat gold niet voor de mensen die al in het verpleeghuis woonden en ook niet wanneer patiënten van buiten Oudewater in het verpleeghuis kwamen wonen. Deze mensen kennen immers de huisarts(en) waardoor er voor hen geen meerwaarde is.

De organisatie van de medische zorg door de huisarts, de SO en de VS

De afspraak is dat mensen met een somatische indicatie per definitie onder de zorg van de huisarts blijven vallen, tenzij er een goede reden bestaat om daarvan af te wijken. Het is aan de huisarts en/of de nieuwe bewoner om aan te geven of ze dat willen of niet. Voor de bewoners op de afdeling Psychogeriatric (PG) is precies het tegenovergestelde afgesproken. Daar gaan de mensen over naar de

PROFIEL:

De Wulverhorst

- kleinschalig woonzorgcentrum in Oudewater met 17 bewoners
- 24 bewoners op een gesloten afdeling met psychogeriatric problemen
- ook bewoners met somatische indicatie waarvan een deel met behandeling

Huisartsenpraktijk Brinkhuijsen en Karstens

- biedt zorg aan 3650 patiënten in Oudewater
- 2 huisartsen, huisarts in opleiding, 3 praktijkondersteuners, 3 praktijkassistentes

Novicare

- behandelen patiënten (geheel of gedeeltelijk) in verschillende geclusterde woonvormen en thuis.
- zelfstandige behandeldienst voor ouderen en verstandelijk gehandicapten
- biedt behandeling, advies, scholing en training

SO, tenzij er een goede reden bestaat om dat niet te doen. Uitgangspunt voor de besluitvorming hierover is de meerwaarde voor de bewoner. Huisartsen geven zelf vaak aan dat zij onvoldoende kennis hebben van de dementiële beelden en alles wat dit met zich meebrengt.

Arno Karstens, werkt al 16 jaar als huisarts in Oudewater: *'De dementie wordt op een gegeven moment steeds erger en problemen zijn dan vooral gedragsmatig. Hoe ga je daar mee om? Het is dan belangrijk dat je de verzorging aanstuurt. Dat is echt werk voor de SO. En als mensen de huisarts ook niet meer herkennen, dan bestaat die toegevoegde waarde er niet meer.'*

In de rolverdeling tussen de huisarts en de SO is het uitgangspunt dat de basiszorg door de huisarts wordt geleverd. De SO doet de meer overstijgende dingen. Denk hierbij aan medicatiereview, familiegesprekken, beleidsafspraken, gedragsproblemen, psychofarmaca, zaken die onder de Wet zorg en dwang (Wzd) vallen en het multidisciplinair overleg.

SO en VS

SO Herman Horninge van Novicare, werkt sinds begin 2019 twaalf uur per week voor De Wulverhorst. De hbo-verpleegkundige van de Wulverhorst die in 2018 was gestart met de opleiding tot VS, is in het tweede opleidingsjaar door de SO begeleid. Sinds het afstuderen van de VS werken SO en VS samen in de zorg voor alle mensen met een verblijfspot inclusief behandeling van uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Ieder heeft zijn vaste patiënten zodat deze allemaal een vast gezicht hebben. De SO is medisch eindverantwoordelijk en doet tevens de zaken die wettelijk gezien niet gedaan mogen worden door een VS, zoals het schouwen van overleden personen. Ook kan de VS de SO consulteren, bijvoorbeeld hoe te hechten, omdat hij daar geen ervaring mee heeft. Wekelijks hebben de SO en de VS een supervisie-uur waarin ze een complexe casus met elkaar doorspreken.

Herman Horninge, SO: *'In die eerste periode had ik achttien PG-patiënten en een stuk of tien somatische patiënten. Sinds de VS is afgestudeerd werkt hij een dag per week extra. Hij heeft een aantal van mijn taken overgenomen in de patiëntenzorg. Ik heb nu eigenlijk alleen nog maar achttien PG-patiënten waardoor ik in de toekomst misschien wat minder uren kan gaan maken. En de VS wat meer in de lead kan komen te staan.'*

Novicare heeft een eigen team met een psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist en een logopedist. Als er dus voor de bewoners een andere zorgverlener aan te pas moet komen dan kan die ook worden ingeschakeld. Zij hebben vaak rechtstreeks contact met de huisartsen over gezamenlijke patiënten.

Arno Karstens, huisarts: *'Van onze praktijk ben ik degene die meestal in De Wulverhorst komt, maar als er een vraag is en ik ben er niet, dan moet mijn collega huisarts of de huisarts in opleiding dat oplossen. Onze praktijkondersteuner begeleidt mensen met diabetes of COPD, die ziet ze een paar keer per jaar. Als die mensen dan overgaan naar het verpleeghuis, zetten we die zorg ook gewoon voort in het verpleeghuis.'*

Huisarts Arno Karstens levert In De Wulverhorst zorg aan zeven patiënten met een Wlz-indicatie, maar ook aan patiënten die daar een appartement huren en onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen. Controles probeert hij te clusteren op een vaste dag, maar wanneer er dingen zijn die niet kunnen wachten dan komt hij ook op andere dagen, zoals bij nieuwe klachten of als het ineens slechter gaat met een patiënt.

Spoed en zorg tijdens avonden, nachten, weekenden

De zorg tijdens avonden, nachten en weekenden voor bewoners van De Wulverhorst wordt geleverd door artsen van Medtzorg. Hier zijn de huisartsen aanvullend geschoold voor de zorg aan ouderen.

De samenwerking tussen de huisarts en de SO

Herman Horninge, SO: *'Soms vangen wij al wel wat zorg voor de huisarts op. Dan geven wij beperkte adviezen aan de verpleging over patiënten die wij toch zien, zodat de huisarts voor kleine dingetjes niet hoeft te komen en de verpleging het kan oplossen. We nemen op die manier toch ook een beetje voor elkaar waar en hanteren de rolverdeling dus niet heel strikt gescheiden, zo van "dit is huisarts, dit is SO", maar het loopt ook wel af en toe in een grijs gebied in elkaar over.'*

Huisartsen vragen mij ook regelmatig om bij complexe ouderen in de thuissituatie in consult te komen en daar dan adviezen te geven aan de thuiszorg. Ze hebben allemaal mijn 06-nummer dus kunnen me elke dag van de week bellen. Als ze er dan niet uitkomen vraag ik of ze een consultvraag aan mij richten, zodat ik me kan verdiepen in de vraag. Maar soms lukt het ook om telefonisch met een oplossing te komen.'

Arno Kartsens, huisarts: *Voor al mijn patiënten kan ik de SO inschakelen voor een consult. Steeds meer ouderen kampen met meerdere ziektes en aandoeningen tegelijk. En blijven langer thuis wonen met hulp en ondersteuning. Er moet meer thuis en er kan meer thuis. Veel mensen met een Wlz-indicatie wonen nog thuis met extra thuiszorg. De problematiek van deze mensen gaat soms de pet te boven voor de huisarts. Het is ook geen reguliere huisartsenzorg meer, het is gewoon echt verpleeghuiszorg. Dan is het wel fijn wanneer er ook af en toe een SO mee kan kijken en kan adviseren en natuurlijk helemaal als het iemand is die je kent en waar je makkelijk mee kan overleggen.*

In Oudewater is ook nog een ander huis, een kleinschalige woonvorm met zestien of zeventien bewoners die allemaal vallen onder de huisartsenzorg. Daar zijn ook wel eens mensen met cognitieve problemen of gedragsproblemen bij voor wie ik de SO in consult vraag. Die kan eventueel met een psycholoog daar naartoe en die geeft dan weer advies aan mij en aan de verzorging.'

Afstemming

De SO is maar anderhalve dag per week in Oudewater in De Wulverhorst. De rest van de tijd is er de VS die altijd een beroep kan doen op de SO's van Novicare. Als de huisarts iets met de SO wil overleggen, kan dat dagelijks ook per telefoon of mail. De huisarts probeert aanwezig te zijn bij het tweejaarlijks multidisciplinair overleg per patiënt. Als dat niet lukt, overlegt hij van tevoren telefonisch met SO/VS om af te stemmen over het beleid en vervolg.

Twee keer per jaar is er een evaluatiemoment over de samenwerking tussen huisarts en SO. En af en toe is er overleg over farmacotherapie. Ook heeft de SO een keer een uitgebreide presentatie over urineweginfecties gehouden voor alle huisartsen in de regio.

Informatie-uitwisseling

Wanneer de SO in consult wordt gevraagd, ontvangt hij via de huisarts een brief met medische gegevens die per beveiligde mail wordt verstuurd. Na een visite aan de patiënt, maakt de SO een verslag met een advies dat hij weer aan de huisarts mailt. De huisarts scant dit in voegt dit toe in het HuisartsenInformatieSysteem (HIS) en het systeem van De Wulverhorst als het om een bewoner gaat. Voor het voorschrijven van medicatie bestaat er weer een apart systeem.

De overdracht van de avond-, nacht- en weekendzorg door Medtzorg gaat via het

digitale systeem alleen naar Novicare, dus naar de SO. De SO moet er dan voor zorgen dat de betrokken huisartsen op de hoogte worden gebracht. Dit gebeurt niet alleen digitaal, maar ook vaak telefonisch omdat het vaak gaat om een wat complexere situatie.

Voorwaarden

Arno Karstens, huisarts: *'Belangrijk is dat je elkaar makkelijk en snel kunt vinden voor overleg en goede afspraken over wie doet wat en wanneer. Dan kun je profiteren van elkaars capaciteiten. Nadeel is dat je twee dokters hebt bij een patiënt en verschillende computersystemen. Dus daar moet je wel goeie afspraken over maken hoe je daarmee omgaat. Ik moet als huisarts in het systeem van het verpleeghuis kunnen voor mijn patiënten daar, want ook de verzorging moet mijn bevindingen kunnen lezen. En als ik iets wijzig in de medicatie, moet ik dat doorgeven zodat het ook in het systeem bij de apotheek terechtkomt. Dus het is belangrijk dat je als huisarts ook toegang hebt tot dat systeem.'*

Herman Horninge, SO: *'Ik denk dat er nadrukkelijk gekeken zou moeten worden hoe de SO en de huisarts naast elkaar werkend op een goede manier gefinancierd kunnen worden. En het is belangrijk om op de hoogte te zijn van wat de andere partij doet/gedaan heeft.'*

Wensen voor de toekomst

Herman Horninge, SO: *'De communicatie zou nog wat gestroomlijnder kunnen. Het zou fijn zijn wanneer ik gewoon in het HIS van de huisarts zou kunnen. In ieder geval om te lezen, maar misschien ook wel om te rapporteren. En digitale communicatiemiddelen zoals Zorgdomein zouden wel heel prettig zijn.'*

De verzorging heeft de neiging om als de SO in huis is, toch regelmatig even een vraag te willen stellen over een bewoner, omdat ze anders de huisarts moeten bellen die dan pas weer 's middags of de volgende dag komt.

Herman Horninge, SO: *'Maar dat is nou net niet de patiëntgerichte, patiëntgeoriënteerde zorg die we hier willen verlenen. Ik denk dat de verpleging nadrukkelijk moet beseffen dat we dit doen vanwege de wensen van de bewoner en om optimale zorg te leveren. Hierbij wordt de patiënt centraal gesteld in alles wat je doet. Als er dan al aan de voorkant besloten is dat de huisarts de hoofdbehandelaar blijft bij opname in het verpleeghuis, dan is dit een van de consequenties daarvan.'*

Zowel Herman Horninge als Arno Karstens zien een toekomst voor meer samenwerking tussen huisartsen en SO's.

Herman Horninge, SO: *'Ik denk dat we als huisartsen en SO's in de toekomst veel meer samen moeten gaan werken en daar is dit misschien een klein tussenstapje in. Ik denk dat er zowel een tekort aan huisartsen als aan SO's is dan wel gaat komen. Dus dan moet je kijken op wat voor manier we allebei efficiënter kunnen functioneren voor de kwetsbare ouderen. Los van het feit of ze in een verpleeghuis verblijven of thuis wonen.'*

Arno Karstens, huisarts: *'Ik ben ook kaderarts ouderengeneeskunde dus ik werk al langer samen met SO's. Ik heb voor mijn werkregio ook de samenwerking opgezet. In het begin was er heel veel terughoudendheid, zowel bij de SO's, de verpleeghuizen, maar ook bij de huisartsen. Dat kwam voornamelijk voort uit onbekendheid, de persoon niet kennen en niet weten waarvoor je iemand kan inschakelen. Ik zie overal dat de samenwerking alleen maar toeneemt als het eenmaal van de grond komt. Dus dat ze elkaar kennen, elkaar weten te vinden en weten waarvoor ze elkaar kunnen inschakelen. Mijn advies is altijd: ga gewoon kennismaken met elkaar en bespreek wat je voor elkaar kunt betekenen. Maak dan afspraken hoe je elkaar kunt vinden en hoe je het vastlegt. En ga het maar gewoon eens proberen.'*

Bij ouderen is vaak sprake van complexe problematiek en dit kost veel tijd. Het is juist fijn om dan de SO om advies te vragen. Het gaat dan vaak niet zozeer meer om het medische, maar meer over hoe moeten we hiermee omgaan en wat kunnen we inzetten? Zaken waar de SO veel verstand van heeft, dus daar zou ik zeker gebruik van maken.'



Resultaten

- Patiënten vinden het prettig om bij verpleeghuisopname hun huisarts te behouden.
- Patiënt staat centraal in de zorg.
- Huisarts levert de generalistische medische zorg en SO de specialistische medische zorg op het gebied van de geriatrie.
- De huisarts vindt het fijn betrokken te blijven bij patiënten die ze lang kennen.
- Huisartsen kunnen de SO ook bij hun andere patiënten in consult vragen.
- De SO wordt door Novicare efficiënt ingezet op het eigen vakgebied en specialisme bij verschillende organisaties.
- VS biedt aanvullende en ondersteunende rol voor de SO.

KING ARTHUR GROEP: huisartsen en SO bieden samen zorg

In woonvoorziening Ridderspoor van de King Arthur Groep (KAG) in Hilversum wonen 22 mensen met dementie. De huisartsen uit Huisartsenpraktijk Bader en Toutenhoofd bieden de huisartsenzorg en er is een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) beschikbaar.

Aanleiding

De KAG is gestart als thuiszorgorganisatie voor mensen met dementie. Later is een ontmoetingscentrum opgericht en van daaruit is toen het idee ontstaan om ook een kleinschalige woonvoorziening in te richten. Vanuit hun ervaringen, wilde de KAG van begin af aan (2013) al een SO betrekken, naast een huisarts. De KAG werkt vanuit de visie dat mensen met dementie aangesproken moeten worden op wat iemand nog wel kan. Om hier gehoor aan te geven bij de inrichting van kwalitatief goede zorg, wilde de KAG naast vaste huisartsen, een SO betrekken met kennis van dementie en alles wat dat met zich meebrengt. Zoals de problemen waar de familie tegenaan loopt, verwerking daarvan, maar vooral de verandering van gedrag, benadering en begeleiding van patiënten.

De organisatie van de medische zorg door de huisarts en de SO

KAG kende SO Jacqueline de Groot al vanuit haar rol als projectleider van het Netwerk Dementie in De Bilt. Van begin af aan is zij door KAG betrokken bij de uitwerking van de plannen en het beleid voor woonvoorziening Ridderspoor.

Jacqueline de Groot werkt als zelfstandig SO in de eerste lijn en heeft nog een aantal particuliere kleinschalige huizen waar zij mee samenwerkt. Door haar jarenlange werkervaring en contacten met huisartsen, heeft zij ervaren hoe waardevol het is om de SO ook in de thuissituatie in te zetten. Daarom startte zij begin 2017 samen met zes andere SO's de coöperatie SO Consult. Vanuit SO Consult werd het mogelijk afspraken te maken met zorgkantoren voor het gebruik van gelden uit de toenmalige 'Subsidieregeling Extramurale behandeling' uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Inmiddels wordt deze geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen sinds 2020 gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet.

PROFIEL:

King Arthur Groep, Ridderspoor

- woonvoorziening in Hilversum voor 22 bewoners met dementie
- zorgaanbod van KAG bestaat verder uit: begeleiding en zorg thuis (in de regio 't Gooi- en Eemland en Gooi- en Vechtstreek), casemanagement, wijkverpleging en ontmoetingscentra

SO Consult

- coöperatie van 7 SO's

Huisartsenpraktijk Bader en Toutenhoofd

- 2430 patiënten in Hilversum
- 2 huisartsen, 3 assistentes, POH-S, POH-GGZ en POH Ouderen

Met de KAG heeft Jacqueline de Groot een zogenoemd Service Level Agreement voor haar werkzaamheden bij woonvoorziening Ridderspoor: als zij zelf niet beschikbaar is, wordt zij door een andere SO uit de coöperatie SO Consult waargenomen. Vanuit SO Consult zijn vaste koppels gemaakt die voor elkaar waarnemen zodat huisartsen weten met wie ze te maken hebben.

Jacqueline de Groot, SO: *‘Dat is echt wat heel veel huisartsen prettig vinden en ik zelf ook. Je weet wat je aan iemand hebt en het vertrouwde gezicht is gewoon heel belangrijk.’*

Sinds april 2017 bieden de twee huisartsen van Huisartsenpraktijk Bader en Toutenhoofd in Hilversum, de huisartsenzorg aan de (meeste) bewoners van woonvoorziening Ridderspoor. Alle nieuwe bewoners worden verzocht zich in te schrijven bij deze huisartsenpraktijk. Vanuit KAG heeft dit de voorkeur omdat er dan vanuit eenduidig beleid gewerkt kan worden. Dit komt de kwaliteit van de zorg ten goede. Wanneer een patiënt hier bezwaar tegen heeft en er een huisarts in de buurt is die de zorg wil blijven leveren, dan kan dat bij uitzondering. Twee keer per jaar overleggen huisartsen, SO en de directie van KAG met elkaar om beleid, samenwerking en protocollen te bespreken.

Hestia Toutenhoofd, huisarts: *‘Het komt wel eens voor dat een patiënt een huisarts van een andere praktijk heeft die het dan net weer even anders doet, bijvoorbeeld met palliatief beleid. Wij zijn inmiddels meer ingespeeld op de zorg bij dementerenden. Je klinisch denken wordt hierdoor beïnvloed en dat bepaalt je beleid. Je merkt dat de verpleging het ook prettiger vindt om met vaste huisartsen te werken. Dat geldt bijvoorbeeld voor intramurale zorgmedewerkers die elkaar veel afwisselen in diensten. Dan werkt het gewoon heel goed en helder om één beleid te hebben.’*

Zowel huisarts als SO bezoeken wekelijks Ridderspoor. De huisarts is hoofdbehandelaar en is het eerste aanspreekpunt voor alle medische vragen. Bij gedragsmatige vragen of pijnklachten met het vermoeden dat er meer speelt, overlegt de huisarts met de SO. Bij acute onrust doordeweeks wordt ook de huisarts eerst gebeld. Zij komt dan ofwel meteen langs, of overlegt eerst met de SO.

Jacqueline de Groot, SO: *‘Het grootste deel van de zorg voor mensen met dementie, de ongecompliceerde dementie, kan door de huisarts geleverd worden. Voor de huisarts zijn er elke week een aantal vragen. Voor mij is er niet altijd elke week een expliciete vraag.*

Maar eigenlijk zijn er altijd wel twee of drie bewoners bij wie zeer intensieve betrokkenheid van mij nodig is vanwege probleemgedrag of multimorbiditeit.’

Avonden, nachten, weekenden

Tijdens de avonden, nachten en weekenden blijft de huisarts het eerste aanspreekpunt. Binnen de regio is er een waarneemgroep van specialisten ouderengeneeskunde, die door de huisarts geconsulteerd kan worden, maar in de praktijk wordt hier weinig gebruik van gemaakt. Vaak kan het toch wachten tot de volgende dag of na het weekend.

De samenwerking tussen de huisarts en de SO

Huisartsenpraktijk Bader en Toutenhoofd en SO Jacqueline de Groot werken nu ruim drie jaar samen en dit bevalt ze erg goed. De lijntjes zijn kort en ze weten wat ze aan elkaar hebben.

Jacqueline de Groot, SO: *‘Als ik het vergelijk met de reguliere verpleeghuizen waar ik jaren gewerkt heb, dan zie ik nu dat zowel de huisarts als ik doen waar we goed in zijn. Ik ben niet meer bezig met een ingegroeide teennagel bij wijze van spreken, dat is de expertise van de huisarts. Ik ben veel meer gericht op de complexiteit van de zorgvraag. Met de expertise die ik heb over het inzetten van de diverse mensen. Niet alleen rondom het ziektebeeld, maar ook rondom familie en de geneeskundige expertise in de multimorbiditeit. Het multidisciplinaire proactieve stuk is waar ik voor ben opgeleid. Advanced Care Planning zit bij ons gewoon in het bloed. Je vraagt altijd: wat wil iemand zelf nog, wat is belangrijk? Wat kost het en wat levert het op? Heeft het zin dat iemand naar het ziekenhuis gaat of kunnen wij hier ook een aantal dingen pragmatisch regelen en dat dan bespreekbaar maken met de familie? Het is wel echt een groot verschil: het reactieve van de huisarts en het proactieve van ons als SO’s.’*

De SO merkt dat naarmate ze langer samenwerkt met huisartsen, zij ook leren van haar werkwijze als SO. Een huisarts zou iemand met aanhoudende buikpijnklachten meestal doorsturen naar een maag-darm-leverarts (MDL-arts), terwijl een SO eerst wil onderzoeken of er misschien iets anders achter zit. Wanneer is het begonnen? Wat ging eraan vooraf? Hoe is het verloop? Is er een patroon? Deze benadering kan nieuwe inzichten opleveren, waardoor een verwijzing van de patiënt naar een specialist in het ziekenhuis niet meer nodig is.

Hestia Toutenhoofd, huisarts: *'Ik ervaar de samenwerking met de SO als heel prettig. Jacqueline is echt gespecialiseerd in de ouderengeneeskunde en ook in dementie. Dat is toch een aparte groep patiënten, vooral op psychisch gebied. Je moet er ook rekening mee houden dat, bijvoorbeeld als je medicijnen geeft, de werking anders kan zijn dan bij iemand zonder dementie. Soms kom ik er dan toch niet helemaal uit en vraag ik me af wat er precies aan de hand is. Als ik dan met Jacqueline overleg, kan zij daar hele goede suggesties over geven. Samen komen we vaak tot een goede oplossing.'*

Hestia Toutenhoofd, huisarts: *'Het is lastig om mensen met dementie te volgen in de psychisch sociale onrust. Dan kun je inderdaad denken: ligt dat nu aan iets lichamelijks? Om een voorbeeld te noemen: bij ouderen met dementie die wat incontinent zijn, zie je toch vaak dat ze een blaasontsteking ontwikkelen. Ze kunnen dat vaak moeilijk aangeven en dat ga je vaak merken in gedragsverandering. Dan ga je op een gegeven moment wel een blaasontsteking uitsluiten, dan wel aantonen. Als het geen blaasontsteking blijkt te zijn, kan het helpen om het even met de SO kort te sluiten. Zij is ook meer betrokken bij het Multidisciplinair Overleg (MDO) met andere zorgverleners, en weet ook vaak meer over hoe mensen zich gedragen en of het gedrag afwijkend is.'*

Jacqueline de Groot, SO: *'Ik denk dat wij er alles aan doen om goede kwaliteit van zorg te verlenen aan deze doelgroep. Het belangrijkste is dat je elkaar aanvult in de lacunes die er zijn. Kwetsbare ouderen met meerdere zorgvragen zijn natuurlijk een specifieke doelgroep. Het kan eigenlijk ook alleen maar goed gedaan worden als een huisarts weet wat hij niet weet. En je weet pas wat je niet weet als je het een keer meemaakt. Het begint al bij erkennen dat je niet alles weet.'*

Samenwerken in de eerste lijn

Ook in de eerste lijn werken zowel huisartsenpraktijk Bader en Toutenhoofd, als de KAG samen met SO Jacqueline de Groot. Zij wordt dan gevraagd, bijvoorbeeld door een casemanager of praktijkondersteuner, om mee te denken in een thuissituatie.

Hestia Toutenhoofd, huisarts: *'Ik had het met Jacqueline wel eens over een patiënt uit mijn praktijk met specifieke ouderenproblematiek. Ze gaf aan de patiënt te kunnen consulteren en toen is dat balletje gaan rollen om haar in te zetten. Dat wordt nog niet heel veel door huisartsen gedaan. Wij doen dat nu steeds meer en dat werkt ook heel prettig. We zien geregeld veel co-morbiditeit met psychosociale problematiek bij een patiënt. Jacqueline kan er soms een ander licht op werpen, waardoor we een patiënt beter kunnen behandelen en kunnen bijstaan in de thuissituatie.'*

Jacqueline de Groot, SO: *'Het lukt vaak om mensen langer thuis te laten wonen door een juiste psycho-educatie en ondersteuning van het hele netwerk samen met de casemanager. Door verschillende invalshoeken te belichten van het ziekteproces. En als het dan echt niet langer gaat, dan denk ik mee in wat dan een geschikte plek is voor de patiënt. En met het hele proces van indicatiestelling en warme overdracht. Zodat je de juiste zorg ook doorzet. Ik noem het soms ook wel "familiegeneeskunde" wat we aan het doen zijn. Zeker bij mensen met dementie. En dat is essentieel om het goed te laten zijn thuis.'*

Informatie-uitwisseling

In Ridderspoor wordt gebruik gemaakt van het elektronisch cliëntendossier Qurentis. Daar maken alle zorgprofessionals en begeleiders gebruik van. Ook gebruiken zij Siilo, een beveiligde app waarin ook gegevens of zelfs documenten uitgewisseld kunnen worden. En ook beveiligde mail wordt gebruikt om elkaar op de hoogte te houden.

Voorwaarden

Als voorwaarden voor een goede samenwerking worden een aantal zaken genoemd: dat je elkaar af en toe ook echt ziet, vertrouwen, laagdrempeligheid: elkaar makkelijk kunnen vinden en bereiken en flexibiliteit over en weer.

DeSO vindt het heel fijn wanneer ze in de zorg voor bewoners van een woonvoorziening te maken heeft met één, hooguit twee verschillende huisartsenpraktijken.

Daarnaast helpt het om goede werkafspraken te maken. Wie doet wat? Zeker in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd) kan het helpen om met elkaar zaken goed te regelen. Maar ook bijvoorbeeld over het voorschrijven van medicatie.

Tot slot is het een hele belangrijke voorwaarde dat zowel huisarts als SO kunnen werken in het elektronisch cliëntendossier. Zo weten de verzorging en de begeleiding wat de gemaakte afspraken zijn tussen de huisarts en de SO.

Wensen

De huisarts zou graag meer tijd hebben zodat ze twee keer per week in de woonvoorziening kan zijn.

Hestia Toutenhoofd, huisarts: *'Wij komen visite doen. Je hoort een klacht, je gaat*

naar iemand toe en je kijkt of luistert en je bespreekt een beleid. Maar heel vaak, zeker bij deze patiëntengroep, zou je ook wel wat meer willen observeren. Dus dat delegeer je wel. Dat laat je dan de verpleging doen, maar soms wil je bijvoorbeeld zelf zien hoe iemand zijn bed uitkomt. Is het inderdaad zo pijnlijk of is de patiënt alleen maar angstig of onrustig? Daar zou ik graag wat meer tijd voor willen hebben. Maar ik weet dat dat er gewoon niet is. Ik denk dat als die ruimte er zou zijn, dat dat voor alle partijen prettiger zou zijn.'

Een andere wens is minder wisseling van omringend personeel en goede kwaliteit van de verzorgenden en verplegenden.

Hestia Toutenhoofd, huisarts: *'Eigenlijk zou je willen dat elke instelling zoals de KAG dat ook heeft: een SO verbonden aan het huis. De samenwerking tussen huisarts en een SO is voor beide partijen een groot voordeel.'*

Resultaten

- Kwalitatief goede multidisciplinaire zorg voor de bewoners.
- Continuïteit van zorg geborgd door zowel huisarts als SO.
- Eenduidig beleid, helder voor zorgpersoneel.
- Minder doorverwijzingen naar medisch specialisten en voorkomen van ziekenhuisopnames, onder andere door goede Advanced Care Planning
- Beter zicht op polyfarmacie.
- Huisartsen leren van benadering SO en ervaren de meerwaarde van inzet SO in eerste lijn.
- Door inzet SO bij mensen thuis, lukt het mensen langer thuis te laten wonen.

Ouderenpoli van Florence: helpt huisartsen bij complexe zorg voor ouderen

In regio Haaglanden kunnen huisartsen voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag gebruik maken van de dienstverlening van de Ouderenpoli van Florence. Specialisten ouderengeneeskunde (SO) kunnen huisartsen ondersteunen met advies, diagnostiek en multidisciplinaire behandeling.

Aanleiding

De toenemende groep kwetsbare ouderen die langer thuis blijven wonen was de belangrijkste reden voor het opzetten van de Ouderenpoli. SO's van Florence zagen ouderen steeds later in de intramurale zorg, en ook met dusdanige problemen dat zij zich afvroegen of zij niet al preventief in de thuissituatie meerwaarde zouden kunnen bieden. Ook vanuit de thuiszorg die Florence biedt, kwam steeds vaker de behoefte naar voren dat een SO meekijkt om te bekijken hoe de zorg voor de kwetsbare ouderen kan worden verbeterd in de thuissituatie. Daarnaast krijgen huisartsen steeds vaker te maken met de complexe zorg voor ouderen waar zij niet altijd een pasklaar antwoord op hebben. Florence schreef een visie op basis van deze ontwikkelingen en startte in 2019 met de Ouderenpoli.

De organisatie van de Ouderenpoli

De Florence Ouderenpoli is gespecialiseerd in de behandeling van ouderen. De behandelaren werken dagelijks met de (tijdelijke) bewoners van de verpleeghuizen van Florence aan hun gezondheid en welbevinden. Alle kennis en benodigde disciplines en behandelingen zijn aanwezig: ouderengeneeskunde, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, psychologische diagnostiek en behandeling, casemanagement (dementie), valpreventie, stervensbegeleiding en polyfarmacie (gebruik van vijf of meer geneesmiddelen).

Het werkgebied is verdeeld in vier regio's en aan elke regio is een vaste SO gekoppeld. De SO kan op verzoek van de huisarts bijvoorbeeld ook bij een oudere patiënt thuis langsgaan voor een 'geriatisch assessment'. Dit is een uitgebreid onderzoek waarbij onder meer wordt gekeken naar de gezondheid en de woonsituatie van de

PROFIEL:

Florence

- biedt zorg aan 20.000 inwoners in regio Haaglanden
- thuiszorg, geriatrische revalidatie, woonzorgcentra en verpleeghuizen
- 3.500 medewerkers en ruim 1.600 vrijwilligers
- advies, diagnostiek en multidisciplinaire behandeling door een multidisciplinair team in de Ouderenpoli (SO's, GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist, diëtetiek, logopedie, fysiotherapie, ergotherapie, casemanagement, maatschappelijk werk)

Huisartsenpraktijk Bongers

- 2400 patiënten in Wassenaar waarvan ongeveer 50 thuiswonende kwetsbare ouderen
- 2 huisartsen, 3 assistentes, 1 praktijkondersteuner en 1 praktijkmanager

oudere. Op basis daarvan kan de huisarts samen met de SO besluiten welke acties en behandelingen nodig zijn.

De SO's van Florence combineren het werk intramuraal met het extramuraal werk voor de Ouderenpoli naar eigen inzicht. Ze hebben een vast aantal uren voor de eerste lijn.

De samenwerking tussen de huisarts en de SO

Esther Meijer is één van de vijf SO's van Florence in de eerste lijn. Naast haar intramurale inzet, werkt zij tien uur per week extramuraal in haar regio die bestaat uit twee gemeenten met ongeveer negen huisartsenpraktijken per gemeente. In de gemeente Wassenaar werkt zij onder meer samen met huisarts Wouter Bongers van huisartsenpraktijk Bongers. Een praktijk met 2400 patiënten waarvan ongeveer 50 kwetsbare ouderen.

Wouter Bongers, huisarts: *'Ik denk dat er per praktijk hier in Wassenaar wel vijftig-tachtig kwetsbare ouderen zijn waarvoor ik mij als huisarts minder bekwaam voel. Ik merk dat ik soms tegen grenzen aanloop. Mensen denken vaak dat lost de huisarts wel op, terwijl dat dan niet onze expertise is. En gelukkig hebben we dan de SO, want de kwetsbare ouderen verdienen het om een gespecialiseerde dokter erbij te hebben.'*

De huisarts heeft in een jaar tijd ongeveer twintig verwijzingen gedaan naar de Ouderenpoli. Hij neemt contact op met SO Esther Meijer zodra hij er zelf niet meer uitkomt. Zij bezoekt dan meestal binnen drie weken de patiënt, doet een geriatrisch assessment en komt met een conclusie en advies. De bevindingen worden telefonisch besproken en opgenomen in een uitgebreide brief aan de huisarts. Afhankelijk van hoe de samenwerking tussen SO en huisarts loopt, wordt er gekeken wie de vervolgstap opakt.

Esther Meijer, SO: *'Op verzoek van huisartsen, maar ook indirect via thuiszorg of casemanagers, gaan wij bij kwetsbare ouderen thuis langs voor verschillende hulpvragen: beoordeling kwetsbaarheid, cognitie, polyfarmacie en bijvoorbeeld vallen. Allerlei geriatrische onderwerpen waarvan wij denken een meerwaarde te kunnen bieden om uiteindelijk de verbinding tussen de eerste en tweede lijn te verstevigen en helder te maken. Zodat minder opnames in het ziekenhuis en verpleeghuis noodzakelijk zijn. Om mensen de zorg te leveren maar dan thuis, in samenwerking met partners van de eerste lijn.'*

Wouter Bongers, huisarts: *'Als het met iemand minder gaat, ga ik eerst zelf kijken en indien nodig bel ik Esther en vraag wat zij zou doen. Zij kent die patiënt dan en geeft me advies. En zo nodig gaat zij nog een keer extra langs. Ik vind het fijn dat ze die patiënt ook kent en misschien op sommige vlakken nog wel beter dan ik. Want ik heb twintig minuten voor een visite en zij kan daar twee uur gaan zitten, dat is echt wel even een verschil.'*

Met een aantal huisartsen uit haar regio heeft SO Esther Meijer regulier overleg om alle kwetsbare ouderen door te spreken en te kijken en wat nodig is. Bij deze Gemeenschappelijke Praktijk Overleggen (GPO) zijn ook de praktijkondersteuner (POH), casemanager en indien mogelijk ook iemand van de thuiszorg aanwezig.

Het aantal consulten dat wordt aangevraagd bij de Ouderenpoli, is flink toegenomen sinds de start. Zeker ook nu SO's vanuit de Wet zorg en dwang (Wzd) per 1 januari ook de beoordeling van gedwongen opnamen moeten doen. Het aantal verwijzingen per huisarts(praktijk) verschilt nogal. Dat heeft te maken met de nog relatieve onbekendheid. Ook maakt het verschil of een huisarts al een positieve ervaring heeft gehad met de samenwerking en/of er een actieve casemanager betrokken is die veel contact met een huisarts heeft.

De meerwaarde van de samenwerking tussen huisartsen en de Ouderenpoli is goed zichtbaar in de indirecte scholing die op deze manier plaatsvindt. De huisarts ervaart een steile leercurve op het gebied van zorg aan kwetsbare ouderen.

Esther Meijer, SO: *'Als ik voor een huisarts bijvoorbeeld drie keer een consult heb uitgevoerd voor een vergelijkbare situatie en ik geef drie keer hetzelfde advies, dan leert de huisarts daar natuurlijk ook van. Ik merk dan dat de vraag van een huisarts aan mij ook steeds specifiekere wordt op een onderdeel waarop het voor de huisarts echt te complex is, maar de basis is dan al geregeld. Dat vind ik fantastisch. Daar doe je het uiteindelijk voor.'*

Informatie-uitwisseling

Bij een verwijzing naar de Ouderenpoli neemt de SO telefonisch contact op met de huisarts (of casemanager) om de hulpvraag te verhelderen. De informatie van de huisarts is belangrijk om te weten wat er eventueel al is gedaan. Na het bezoek aan de patiënt thuis bespreekt de SO telefonisch de bevindingen met de huisarts. En de SO stuurt tevens het advies in een uitgebreide brief aan de huisarts.

Een aantal huisartsen maakt gebruik van het Keteninformatiesysteem (KIS), een multidisciplinair systeem waar de huisarts ook de eerstelijns behandelaren, de SO en bijvoorbeeld de casemanager voor kan uitnodigen. Een deel van het Huisartsinformatiesysteem (HIS) staat daar in en ook de andere deelnemers kunnen informatie toevoegen die dan automatisch in het dossier komt te staan.

Diverse huisartsen maken gebruik van Zorgdomein voor de verwijzing naar de SO. Noodzakelijke patiëntinformatie komt dan met de verwijzing mee. Waar geen gebruik gemaakt wordt van gezamenlijke digitale systemen, gaat de noodzakelijke informatie via de assistentes en per fax.

Voorwaarden

Belangrijk voor de SO is dat de financiering helder is. Die is nu beperkt, waardoor de SO's meer doen dan ze kunnen declareren. Vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) mag de SO alleen directe tijd met de patiënt en de huisarts declareren. Overleg met de huisarts is lastig zonder dat de patiënt is gezien. Dat betekent dat kleine consultaties, waarbij de SO de huisarts alleen op weg wil helpen, onder druk komen te staan. Terwijl dat misschien juist wel de oplossing is voor de toekomst.

De huisarts vindt het fijn om te kunnen samenwerken met een vaste SO en dat er onderling vertrouwen is. De huisarts voelt zich gesteund met de korte lijntjes en snel antwoord bij korte vragen. Het liefst zou de huisarts in de toekomst gezamenlijk met de tien huisartspraktijken in Wassenaar, over 2 fte SO beschikken voor heel Wassenaar.

Wouter Bongers, huisarts: *'Als iemand een heup breekt of als het vermoeden bestaat dat iemand een CVA heeft, moet ik er als huisarts naar toe. Als er echter sprake is van hoog complexe geriatrie zorg dan ben ik van mening dat de patiënt beter af is bij een SO. Dan bel je de huisartspraktijk en de doktersassistente plant het in. Bij mij plant ze het somatische deel in, bij de SO wanneer er sprake is van psychogeriatrische problematiek.'*



Resultaten

- In 2019 waren er in totaal 576 verwijzingen van huisartsen naar de Ouderenpoli.
- Betere kwaliteit van leven voor de kwetsbare ouderen thuis.
- Onnodige ziekenhuisopnames worden voorkomen.
- Kennisoverdracht van SO naar huisartsen.
- Huisarts voelt zich gesteund en kan laagdrempelig en snel overleggen met SO.
- Door regulier overleg (GPO) is de kans dat zaken gemist worden kleiner.



MY-DOC: ontwikkeling en innovatie door verbinding en kruisbestuiving

My-doc is een groeiend team met specialisten ouderengeneeskunde (SO), huisartsen en een aantal adviseurs/trainers. My-doc heeft de ambitie om impact te maken en vernieuwing in gang te zetten voor een toekomstbestendige, kwalitatieve organisatie van de medische zorg voor ouderen. Zij doen dit door als huisarts of SO tijdelijk aan de slag te gaan in een artsenteam bij een zorgorganisatie. Naast het verlenen van patiëntenzorg, kijken ze ook hoe ze een positieve bijdrage kunnen leveren aan kleine of grote veranderingen die spelen in de organisatie van de medische zorg. Het team van My-doc komt regelmatig bij elkaar om praktijkervaringen met elkaar uit te wisselen en elkaar te prikkelen in de professionele ontwikkeling. Daarnaast organiseren zij landelijke symposia en diverse vormen van scholing; voor verbinding en uitwisseling met collega's in het werkveld en om ontwikkeling, co-creatie en innovatie binnen de ouderengeneeskunde te bekrachtigen.

Aanleiding

My-doc is 5 jaar geleden gestart als reactie op de demografische ontwikkelingen, krapte op de arbeidsmarkt, alle veranderingen in het werkveld en de vraag hoe artsen daar hun rol in kunnen nemen. In de basis zijn zij een (netwerk)organisatie om bestaande kennis en expertise veel meer uit te wisselen en te verspreiden en daarmee kruisbestuiving en innovatie in de medische zorg voor ouderen te ondersteunen. Via een digitaal platform en door actieve uitwisseling, bijvoorbeeld op symposia met goede voorbeelden van de organisatie van ouderenzorg uit het veld. Om de kennis ook te kunnen vertalen naar de (eigen) praktijk zijn er vervolgens trainingen ontwikkeld. Twee en een half jaar geleden zijn de eerste huisarts en SO gestart die vanuit My-doc zorg verlenen binnen een zorgorganisatie om een artsenteam ook echt in de dagelijkse praktijk te kunnen ondersteunen in de patiëntenzorg en in de ontwikkelingen die gaande zijn.

Verbinding en kruisbestuiving in de praktijk

De artsen van My-doc maken tijdelijk deel uit van het artsenteam in een zorgorganisatie. In de basis om patiëntenzorg te verlenen, maar ook om als 'vertrouwde buitenstaander met frisse energie' een rol te vervullen in het team en de actuele behoeften. Dit kan bijvoorbeeld gaan over het aanjagen en ondersteunen

PROFIEL:

My-doc

- Opgericht in 2015 als (netwerk)organisatie met als ambitie om artsen in het werkveld te verbinden en inspireren om samen ontwikkeling, co-creatie en innovatie binnen de ouderengeneeskunde te bekrachtigen.
- Groeiend team met momenteel 2 huisartsen, 4 SO's en een aantal adviseurs/trainers.
- Artsen sluiten tijdelijk aan bij het artsenteam binnen een zorgorganisatie. Zij verlenen patiëntenzorg en leveren een positieve bijdrage aan kleine of grote veranderingen en ontwikkelingen in de organisatie van de medische zorg in de dagelijkse praktijk.
- Veel aandacht voor kennis en expertise, innovatie van zorg, professionele ontwikkeling en (behoud van) werkplezier door kruisbestuiving in de praktijk.

van veranderingen in de dagelijkse organisatie van zorg, teamvorming, de samenwerking met andere disciplines of taakherschikking. De artsen van My-doc kijken daarbij ook hoe de huisarts en SO als 'eerstelijnsdokters' hierin kunnen samenwerken en elkaar kunnen aanvullen. Leidraad daarbij is de vraag: 'Hoe kunnen we samen kwalitatieve medische zorg voor ouderen op efficiënte en effectieve wijze organiseren met (behoud van) werkplezier, nu en in de toekomst?'

Minimaal een keer per maand komt het team van My-doc bij elkaar voor het uitwisselen van praktijkervaringen en handvatten, leren van goede voorbeelden, intervisie en onderwijs, maar ook om zelf even uit de dagelijkse praktijk te stappen en met afstand te kunnen kijken: 'Waar ben ik eigenlijk mee bezig en waarom?'. Door deze werkwijze blijven ze geprikkeld en vindt er veel kruisbestuiving plaats. Deze kennis en expertise nemen de artsen weer mee naar de zorgorganisaties waar zij tijdelijk aan de slag zijn.

Twee en een half jaar geleden startten de eerste huisarts, Claudia Kok en de eerste specialist ouderengeneeskunde, Bart van Lange bij My-doc. Claudia heeft, naast haar werk in een huisartspraktijk, twee en een half jaar lang vanuit My-doc in het verpleeghuis gewerkt en Bart is net bij zijn vierde zorgorganisatie begonnen.

Claudia Kok, huisarts: *'In de huisartsopleiding is er relatief weinig aandacht voor ouderenzorg, terwijl ik als huisarts steeds meer zorg draag voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Ik denk dat ik meer voor deze groep kan betekenen door mijn kennis op dit vlak te vergroten en te investeren in de samenwerking met de betrokken zorgverleners. Ik wilde graag het verpleeghuis in om deze expertise op te doen, te leren van de werkwijze van de SO en samen te kijken hoe we passende zorg voor deze patiënten in kunnen richten. Door de combinatie van mijn werkzaamheden in het verpleeghuis en in de huisartspraktijk kan ik opgedane kennis overbrengen naar de huisartspraktijk en andersom.'*

Bart van Lange, specialist ouderengeneeskunde: *'SO's zijn gewend om na de opleiding direct in dienst te gaan bij een zorgorganisatie. We hebben nu ook een aantal collega's in het team die er aan het begin van hun loopbaan juist voor kiezen om in verschillende zorgorganisaties aan de slag te gaan. Hiermee kunnen ze hun frisheid behouden, zichzelf verder ontwikkelen en kijken wat bij hen past om met energie en veerkracht in het vak te staan. Voor mij als ervaren arts lag dat anders: na twee keer*

langdurig als vaste SO voor een zorgorganisatie te hebben gewerkt, heb ik gekozen voor My-doc vanuit de behoefte om flexibeler te zijn, mijn ervaring breder te kunnen delen en positieve bewegingen in gang te zetten samen met teams in de praktijk.'

Door als arts tijdelijk aan te sluiten bij een artsenteam van een zorgorganisatie, is er volledige betrokkenheid maar lukt het beter met meer afstand te kijken waardoor er ook meer ruimte ontstaat voor observatie en analyse. De artsen van My-doc durven de vragen te stellen die niemand durft te stellen, kunnen andere perspectieven inbrengen en positieve energie toevoegen.

Huisarts en specialist ouderengeneeskunde leren van elkaar

Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde kunnen veel voor elkaar betekenen, niet alleen door nog meer met elkaar samen te werken in de directe patiëntenzorg, maar ook door van elkaar te leren over de wijze waarop zij de zorg organiseren. Een voorbeeld is de effectieve ondersteuning van de huisarts door het medisch secretariaat in een huisartspraktijk. Als dit vertaald wordt naar de setting van een verpleeghuis kan een SO ook efficiënter en effectiever werken. Daarnaast komt het ten goede aan kwalitatieve zorg en meer werkplezier omdat de SO kan doen waarvoor deze is opgeleid.

De artsen van My-doc ervaren op de werkvloer vaak nog strikt gescheiden domeinen: de SO levert vooral zorg aan de ouderen in het verpleeghuis en de huisarts aan de ouderen die thuis wonen.

Bart van Lange, specialist ouderengeneeskunde: *'Het kost ons altijd wat uitleg als er vanuit My-doc een huisarts in een verpleeghuis komt werken. De huisarts is niet de specialist, maar gaat wel het werk doen? En levert de huisarts dan de gehele zorg of een deel? Ik voer als SO ook nooit de ouderengeneeskunde in de volle breedte uit. Ik kan het wel, maar heb ook mijn specialisaties en mijn voorkeuren in het vak. Dus ik denk dat er veel meer ruimte is om hierin bandbreedte te creëren. En daar past een huisarts net zo goed in als een collega die helemaal thuis is in de Wet Zorg en Dwang en in de psychogeriatric, wat dan weer iets minder mijn "cup of tea" is. Ik vind het heel positief dat we een platform bieden waarbij een huisarts zorg verleent in het verpleeghuis. Ik denk dat dat een goede start kan zijn om ook de SO makkelijker en vaker naar de huisartsenpraktijk en thuissituatie toe te halen. Omdat we zien en ervaren wat we toevoegen in de zorg voor ouderen.'*

Claudia Kok, huisarts: *‘Oudere patiënten eerstelijnszorg leveren, dat doen wij allebei. Ik kan veel betekenen voor een oudere patiënt tot op een bepaald moment de expertise van een SO echt een bijdrage levert. Bijvoorbeeld bij ouderen met cognitieve stoornissen, gedragsproblematiek, veel co-morbiditeit of polyfarmacie. Of als ze zes specialisten zien in een ziekenhuis, dan wordt het erg ingewikkeld om als huisarts nog een goede helicopterview te behouden. Daar is de SO veel meer in gespecialiseerd. Andersom kan ik in het verpleeghuis huisartsgeneeskundige zorg leveren wat nu veelal door de SO wordt gedaan. Wij geloven dat de zorg voor een kwetsbare oudere niet per definitie of alleen bij de huisarts of alleen bij de SO hoort, maar dat dit veel dynamischer vormgegeven kan worden en wij elkaar hierin goed kunnen aanvullen.’*

Bart van Lange, specialist ouderengeneeskunde: *‘Het is best bijzonder, ik werk nu in een huis met wonen en zorg door elkaar, dus de patiënten vallen onder de zorg van de huisarts of de SO. Ik loop daar nu een paar maanden rond en heb met enige moeite de huisarts gesproken. Ik vind dat best lastig, als je vanuit patiëntperspectief kijkt, zou je elkaar dan toch gewoon moeten kunnen vinden? Dat je samen kijkt en zegt: “Die 24-uurs acute zorg pakt de huisarts op, die zijn daar prima in georganiseerd, en juist zodra het meer gaat over interactie, gedrag en over ruimte, dan kun je zoveel meer samen doen dan wat je alleen kan.” Die verbinding creëren, daar zijn we bijna 24 uur per dag mee bezig. Om te kijken wat we daar nu en in de toekomst in kunnen faciliteren en organiseren.’*

Wensen

De wensen liggen op het vlak van ontschotting, openheid en elkaar meer waarderen. Echt met elkaar samenwerken en oog hebben voor elkaars cultuur, vakmanschap en toegevoegde waarde. Vooral de mogelijkheden opzoeken en daar de verbinding maken, niet alleen artsen onderling, ook met andere zorgverleners, beleidsmakers en betrokkenen in het zorglandschap.



Resultaten

- Verspreiding en kruisbestuiving van best-practices, expertise en praktische handvatten.
- Aanzetten tot en het bekrachtigen van vernieuwende initiatieven in het zorglandschap van de ouderengeneeskunde.
- Het verbinden en verstevigen van de samenwerking tussen huisarts en SO.
- Efficiëntie slagen door de samenwerking en organisatie van de zorg te optimaliseren, waardoor de arts doet waar hij van is, met meer plezier en aandacht voor de patiënt.
- Mogelijkheid voor SO en huisarts om brede werkervaring op te doen, zich blijvend te ontwikkelen en te onderzoeken wat bij hen past en wat hen drijft.

DE ZEVENSTER: een huisarts in huis en de SO waar nodig

De Zevenster, Huisartspraktijk Van Breugel en de landelijke behandeldienst Novicare werken samen om de medische behandeling van de verpleeghuisbewoners in de Zevenster op een voor de regio andere manier te organiseren. De huisarts is de dokter van alle verpleeghuisbewoners. Een specialist ouderengeneeskunde (SO) van Novicare is wekelijks beschikbaar voor alle bewoners en daarnaast altijd oproepbaar. Waar nodig kan de SO advies geven of de behandeling overnemen. Met deze nieuwe vorm van samenwerking is de huisarts dagelijks beschikbaar voor de algemene medische zorg en kan er op afroepbasis specialistische behandeling worden ingezet.

Aanleiding

Omdat het landelijke tekort aan SO's de komende jaren alleen maar zal toenemen, er vaak een wisseling was van de SO die de zorg leverde, en de SO maar beperkt aanwezig was, heeft de Zevenster gezocht naar nieuwe mogelijkheden om de medische zorg te organiseren. De Zevenster wil graag zelfstandig blijven, zoveel mogelijk verbonden zijn met de dorpsgemeenschap in Zevenhuizen en continuïteit bieden in de zorg. Daarom is gezocht naar alternatieven met minder afhankelijkheid van een (fulltime) SO waarbij meer gebruik gemaakt wordt van artsen die al werkzaam zijn in Zevenhuizen. In het dorp zijn twee huisartspraktijken en heeft de huisarts een centrale rol.

Anniek Peelen, bestuurssecretaris: *'We wilden de medische behandeling borgen. Dat kon de SO doen maar hoefde niet per se. Toen zijn we verder gaan kijken. Hoe kunnen we het op een andere manier vormgeven? Wij werkten al samen met huisarts Wieteke van Breugel en zij was daar erg enthousiast over, heeft het altijd al als een uitdaging gezien om meer in de ouderenzorg te doen. En hoe mooi is het voor mensen die naar het verpleeghuis moeten, dat ook hun huisarts daar een rol heeft. Dus dat was gewoon een kans.'*

PROFIEL:

De Zevenster

- levert verpleeghuiszorg (VVT) aan mensen met (beginnende) dementie of aan oudere mensen met een somatische aandoening
- intramurale zorg en dagbesteding op 1 locatie in Zevenhuizen
- circa 85 cliënten, inclusief ELV en crisisopvang
- circa 160 medewerkers, niveau 1 tot en met 4, assistenten welzijn en vrijwilligers

Novicare

- zelfstandige behandeldienst voor en door behandelaren, gespecialiseerd in chronische complexe zorg
- een van de grootste werkgevers voor SO's
- behandelen cliënten in verschillende geclusterde woonvormen en thuis

De organisatie van de medische zorg door de huisarts en de SO

De nieuwe vorm van samenwerking is gestart op 1 september 2019. Voor de medische zorg aan de 85 bewoners met dementie en /of lichamelijke beperkingen van de Zevenster, wordt Huisarts Wieteke van Breugel voor negentien uren per week ingehuurd. Vanuit Novicare wordt SO Jeroen Janssens ingehuurd voor twaalf uur per week. Op maandag t/m vrijdag is de huisarts in huis op vaste dagen en tijden. De huisarts brengt aan elke afdeling op een vaste dag een visiteronde. Op maandag de afdeling open Psychogeriatric, op dinsdag de afdeling gesloten Psychogeriatric en op woensdag de afdeling voor somatische patiënten. Op donderdag doet de huisarts een ronde waarin alle spoedzaken van die dag worden opgepakt, zoals iemand met koorts of een dreigende longontsteking. Op vrijdag loopt de huisarts alles voor het weekend nog even na en is er afstemming met de SO.

SO Jeroen Janssens is maximaal acht uren per week aanwezig verdeeld over de dinsdag en vrijdag. Op dinsdagmiddag doen huisarts en SO samen de multidisciplinaire overleggen (MDO's). Na afloop van de MDO's en ook op vrijdag is de SO aanwezig voor het zien van patiënten, voor verdere afstemming met de huisarts en met de andere disciplines die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten. De rest van de week is de SO telefonisch bereikbaar voor overleg. De SO vervult taken zoals het opstellen van infectieprotocollen of taken op het gebied van de nieuwe Wet Zorg en Dwang.

Spoed en zorg tijdens nachten, avonden, weekenden

Voor spoedgevallen doordeweeks is de huisarts bereikbaar tussen 8.30 en 17 uur. Voor avonden, nachten en weekenden heeft Novicare een contract met Gericall. Gericall biedt spoed- en complexe medische dienstverlening in de avond-, nacht- en weekenddiensten van verpleeghuisinstellingen en revalidatiecentra. Zij werken met basisartsen/huisartsen of een SO in opleiding als voorwaarde die een SO als achterwacht beschikbaar heeft.

De samenwerking tussen de huisarts en de SO

De algemene medische zorg voert de huisarts uit. De SO wordt ingeschakeld als het echt te specialistisch wordt of als er sprake is van ernstige gedragsproblemen, vrijheidsbeperkende maatregelen, of complexe somatische patiënten.

Specialist Ouderengeneeskunde Jeroen Janssens: *‘Waarbij het natuurlijk niet zo*

zal zijn dat we een patiënt opknippen in stukjes: de een doet het ene stukje en de ander het andere stukje zonder dat daar enige coördinatie op is, want dat is waar het nu juist om gaat: dat je goed samenwerkt.’

De huisarts verleent de meeste zorg, gaat bij alle mensen langs, doet de visiterondes op alle afdelingen en de SO kijkt misschien bij één of twee mensen in de week mee wanneer de huisarts hem mee vraagt. Maar soms kijkt hij ook alleen ‘op papier’ mee.

Huisarts Wieteke van Breugel: *‘Qua patiëntenzorg, als we gedragsproblemen, onvrijwillige zorg en MDO's erbuiten laten (want die doen we nog samen), doe ik echt wel 80% van de zorg. 20% heb ik gewoon niet gehad tijdens de opleiding en tijdens mijn afgelopen 10 jaar werken en die moet ik dus goed met hem afstemmen. En soms vraag ik ook wel eens of hij het kan overnemen en dan zegt hij: “Hier groei je wel in, want als we een half jaar verder zijn heb je mij waarschijnlijk veel minder vaak nodig.’*

De MDO's doen de huisarts en SO nu nog samen, het streven is om uiteindelijk de huisarts de halfjaarlijkse MDO's zelfstandig te laten doen. De SO zal bij alle eerste MDO's na een nieuwe opname aanwezig blijven, omdat er dan vaak nog veel speelt en veel moet worden afgesproken; bijvoorbeeld beleidsafspraken over wel of niet reanimeren. Op termijn is de verwachting dat de SO behalve bij de eerste MDO's alleen nog aanwezig is bij een MDO over mensen met ernstige gedragsproblemen of andere complexe problematiek. Door in het begin intensiever samen te werken, is de verwachting dat de huisarts steeds meer zelfstandig zal kunnen doen en het aantal uren zorg door de SO via Novicare omlaag kan.

Specialist Ouderengeneeskunde Jeroen Janssens: *‘Ik kan me voorstellen dat over twee jaar de huisarts veel meer dingen zelfstandig doet waarbij die multidisciplinaire samenwerking veel meer als vanzelf loopt en dat ik me daar nog veel minder mee hoeft te bemoeien dan nu.’*

Huisarts Wieteke van Breugel: *‘Ik leer heel veel door de zorg en door gewoon op de afdelingen te zijn, in gesprek te zijn met zorgmedewerkers en familieleden en te horen wat die meneer of mevrouw nog bezighoudt of wat hem of haar nog blij maakt. Maar hoe je dat organiseert in de praktijk en hoe je dat vormgeeft en hoe je die gesprekken doet met familie, waarom je wel of niet nog iemand instuurt naar het ziekenhuis; dat soort zaken laat ik ook terugkomen op mijn overleg met de SO.’*

Wat als heel waardevol wordt ervaren, is dat de huisarts zeker 30/40% van de bewoners van De Zevenster zeer goed kent. De huisarts heeft ze vaak al thuis begeleid, kent de partner - als die er (nog) is - en de kinderen, vaak de kleinkinderen, de achterkleinkinderen. Bewoners en familie vinden het heel fijn een vertrouwd gezicht te hebben en dat de huisarts bekend is met de historie en context van de bewoner. Het is voor de huisarts, de bewoner en familie makkelijker praten en afstemmen over moeilijke zaken. Ook voor de SO is het prettig.

Specialist Ouderengeneeskunde Jeroen Janssens: *'Ik werd bijvoorbeeld laatst gebeld over een patiënt die ineens agressief was en dan weet de huisarts meteen: "o maar die patiënt komt uit zo'n soort gezin en die heeft altijd dit soort problemen gehad." Dus zij kent de context van dit soort mensen veel en veel beter dan ik. Dat heeft zeker meerwaarde.'*

Informatie-uitwisseling

De huisarts en de SO registreren in hetzelfde systeem. Een systeem van Novicare voor de behandelaren waarin ze elkaar ook berichten kunnen sturen; opvolgacties. Daarin wordt bijgehouden wie wat doet en hoe het met iemand gaat. In het systeem van de Zevenster wordt alles gekopieerd zodat ook de zorgmedewerkers kunnen zien wat er is afgesproken. Verder hebben huisarts en SO twee keer per week overleg met elkaar en spreken zij elkaar indien nodig nog telefonisch. Huisarts en SO werken samen met andere paramedische disciplines zoals de fysiotherapeut en de psycholoog. En er is nauw contact met de eerste contactverzorgenden.

Voorwaarden

Een model als dit lijkt vooral geschikt in een kleine dorpsgemeenschap waar de huisarts vervlochten is met het dorp en het verpleeghuis. Om deze vorm van samenwerking te laten slagen, noemen zowel huisarts als SO dat het belangrijk is om goed samen te kunnen werken, dat er vertrouwen in elkaar is en enthousiasme. Als huisarts moet je wat langer in het vak zitten zodat je het huisartsenvak niet meer als ingewikkeld ervaart. De SO moet veel ervaring hebben met de diverse ziektebeelden.

Specialist Ouderengeneeskunde Jeroen Janssens: *'Belangrijkste is dat je aan tafel zit met mensen die er zin in hebben, die elkaar vertrouwen en die elkaar wat gunnen en die ook het experiment aandurven. Dat kan alleen als er een basis van vertrouwen is. Dat is toch altijd de basis: goede mensen aan tafel, dan volgt de rest vanzelf.'*

De huisarts moet echt veel aanwezig kunnen zijn en voldoende uren beschikbaar hebben die vergoed worden. Om voldoende beschikbaar te zijn voor het werk in de Zevenster, heeft Huisartspraktijk van Breugel een extra huisarts aangenomen. Dit werd mogelijk doordat het verpleeghuis haar voor 19 uren contracteerde.

De huisarts is nu ook aan het onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om na de huisartsopleiding via extra opleiding bevoegd te worden om ook als SO te kunnen gaan werken. Hiermee zou een huisarts bijvoorbeeld op latere leeftijd ervoor kunnen kiezen om te gaan werken als SO. Dit lijkt haar beter vol te houden tot pensioenleeftijd omdat het een hele andere manier van werken is, waarbij de werkdruk beter te spreiden is.

Huisarts Wieteke van Breugel: *'De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is drie jaar, de huisartsopleiding ook en in de huisartsopleiding heb je drie maanden stage in een verpleeghuis, vaak op één afdeling. Ik kan me voorstellen dat als je de huisartsopleiding kan uitbreiden met nog een stuk van de zorg die wij niet geleerd hebben in de opleiding, met name over mensen met dementie en gedragsproblemen, dat je dan ook opgeleid zou kunnen zijn als SO. Bijvoorbeeld door een extra kopstudie van een half jaar, driekwart jaar of een heel jaar als je weinig ervaring hebt.'*

Resultaten

- De Zevenster heeft dagelijks een arts in huis voor de medische zorg.
- Alleen waar de expertise echt nodig is, wordt de SO ingezet: 2 middagen per week aanwezig, 24/7 telefonisch bereikbaar.
- Bewoners en familie zijn blij met een vertrouwd gezicht die veel van ze weet.
- Voor de zorgmedewerkers van de Zevenster is het fijn dat er elke dag een dokter in huis is.
- De huisarts vindt het leuk, krijgt er positieve energie van en ziet het tevens als een mooie manier om het werk als arts vol te houden tot de pensioenleeftijd.
- Het onderzoeksproject 'Duurzame medische zorg en behandeling aan ouderen in de regio' vanuit de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) onderzoekt de nieuwe vorm van samenwerking.

Dagelijks Leven met NAAST: verpleegkundige inzet op afstand

NAAST werkt volgens het model 'de juiste vraag op de juiste plek'. Het gaat hierbij met name om mensen in kleinschalige woonsettingen. De verpleegkundigen en verzorgenden van Dagelijks Leven krijgen verpleegkundige ondersteuning op afstand, vanuit het callcenter van NAAST in Varsseveld. De ondersteuning is gericht op het klinisch redeneren en het goed uitvoeren van de triage. Deze pilot is inmiddels verder uitgerold vanwege goede resultaten voor alle betrokkenen.

Aanleiding

NAAST verleende deze dienstverlening al voor Sensire met goed resultaat. Door bestaande contacten in de regio kwam de vraag van Dagelijks Leven of NAAST ook voor hun woonvormen deze ondersteuning kon bieden. Voor Dagelijks Leven helpt het om de kwaliteit van hun zorgverlening te verbeteren. Omdat de druk op de huisartsenposten toenam, onder andere door toename van diverse kleinschalige woonvormen, heeft men besloten de vragen beter toe te leiden en vroegtijdig af te vangen indien mogelijk, door betere ondersteuning ter plekke in de woonlocaties en ondersteuning bij de triage.

Ontlasten van specialisten ouderengeneeskunde en huisarts door triage

De samenwerking in de regio blijft zoals deze al was. Dit betekent dat de huisarts het eerste aanspreekpunt blijft voor de bewoner, maar dat verzorgenden op een woonlocatie professionele ondersteuning op afstand kunnen inschakelen op het moment dat dit nodig is.

Dagelijks Leven heeft vijf specialisten ouderengeneeskunde (SO's) in dienst die een regionale functie hebben. De taakverdeling tussen de SO en de huisarts verschilt per regio, locatie en natuurlijk per bewoner. Tijdens de pilot bleek dat het contact tussen de verzorgenden en NAAST over medisch inhoudelijke vraagstukken direct en snel effect opleverde. *Tijdens een pilot van vier maanden hebben we dertien locaties*

PROFIEL:

Dagelijks Leven

- woonzorgorganisatie met 41 locaties voor telkens 20 ouderen met ZZP 5 en hoger
- kleinschalige woonzorglocaties met gespecialiseerde verpleegkundige zorg midden in de wijk
- 24-uurs zorg en ondersteuning met medische zorg uit de Zvw aan cliënten met geheugenproblematiek, psychogeriatrische beperkingen, of aanverwante aandoeningen
- ongeveer 800 cliënten
- locatie Apeldoorn deed mee aan pilot, nu uitbreiding naar alle 40 locaties
- medewerkers: helpenden, verzorgenden, activiteitenbegeleiders, verpleegkundigen
- in 2019 in top 3 van beste werkgevers in Nederland

NAAST

- zorgverlening breed in de regio, Varsseveld als basis
- 24 uur per dag, 7 dagen per week monitoring en coaching op afstand van chronisch zieken met technologie
- 110.000 cliënten
- dochteronderneming van Sensire
- levert zorg aan 53 (zorg)organisaties
- aantal medewerkers per 31 december 2018: 31 verpleegkundigen, 23 verzorgenden niveau 3, 18 medewerkers ondersteuning/management, totaal fte 51

ondersteund,' zegt senior-adviseur Mirthe van de Belt van NAAST. 'Sinds de zomer zijn we dit aan het opschalen naar alle 41 locaties van Dagelijks Leven.'

De pilot heeft zijn waarde bewezen, stelt: *'Er zijn ongeveer 150 zorgvragen gesteld bij 13 locaties in het eerste half jaar van de pilot. Daarvan konden we 55 procent direct oplossen samen met het personeel van Dagelijks Leven. Een derde van de vragen hebben we doorverwezen naar een specialist ouderengeneeskunde of HAP. De overige vragen waren meer organisatorisch. Die nemen af in de tijd. Het is vooral de laagdrempelige mogelijkheid tot ruggespraak die de medewerkers van Dagelijks Leven zekerder maakt.'*

Vragen worden gesteld in de ANW-uren. *'Je zou het systeem dus kunnen zien als een vorm van instroom-management voor huisartsenposten,'* zegt Garnt Postma. Hij ziet callcenters en huisartsenposten in de toekomst steeds meer naar elkaar toe groeien. Door de triage op de locaties te versterken kan een deel van de vragen door de verpleegkundige worden opgelost. De vragen die wel doorgaan naar de huisarts zijn dan beter onderbouwd en sneller op te pakken waardoor de druk op de huisarts vermindert. De verwachting is dat ongeveer twee derde van de vragen aan de voorkant opgevangen en afgehandeld kan worden en een derde van de vragen nog moet worden doorgestuurd.

Informatieuitwisseling

Mirthe van de Belt, senior-adviseur Naast: *'Zorg op afstand zou ook voor nazorg na ziekenhuisbezoek een uitkomst kunnen zijn, want mensen hebben vooral vragen in de ANW-uren en het ziekenhuis werkt vooral van negen tot vijf. Dan draait het weer om ruggespraak. Je zekerder voelen, ook voor patiënten. Zo kan zorg vanuit een callcenter voorkomen dat mensen onnodig op een huisartsenpost belanden.'*

De informatieuitwisseling bestaat voornamelijk uit telefonisch contact en het gezamenlijk gebruik en inzien van de cliëntendossiers van Dagelijks Leven door de verpleegkundigen van NAAST. Dit is voorwaarde om de context van de cliënt goed te kunnen inschatten. Deze manier van werken vraagt om interne bekendheid en een goede samenwerking tussen de locaties en NAAST. De monitoring en coaching op afstand door NAAST gebeurt onder andere door dubbelcontrole medicatie, telecardiologie, medicatie uitgifte controle, beeldzorg, verpleegkundige assistentie op afstand, videomonitoring, service- en bereikbaarheidsdiensten en personenalarmering.

Wensen

Er wordt gestreefd naar gezamenlijke doelstellingen op regionaal niveau om kwaliteit van zorg met elkaar te verbeteren en zo de kwetsbare ouderen op een goede manier te kunnen helpen. De gedeelde verantwoordelijkheid in netwerken komt niet altijd vanzelfsprekend op gang. Mogelijk zou hier regie of steun van koepelorganisaties of zorgkantoren voor nodig zijn. Kennis delen met elkaar over goede initiatieven is van groot belang.

Senior-adviseur en huisarts bij NAAST, Garnt Postma: *'Voer met elkaar het goede gesprek in de regio. Hoe zorgen we met elkaar ervoor dat de kwaliteit van zorg verbetert en dat de juiste dingen op de beste manier gedaan worden?' Mirthe van de Belt, senior-adviseur Naast voegt daaraan toe: 'Het is belangrijk om buiten de gebaande paden te kijken en het werk anders en slimmer te organiseren.'*

Resultaten

- Er zijn in 4 maanden tijd ongeveer 150 zorgvragen gesteld. Daarvan zijn er 55 procent direct opgelost samen met het personeel van Dagelijks Leven. Een derde van de vragen is doorverwezen naar een SO of HAP.
- De positieve resultaten van de pilot worden sinds september 2019 opgeschaald naar alle locaties van Dagelijks Leven.
- De verwachting is dat twee derde van de vragen afgehandeld kan worden aan de voorkant.

WELTHUIS-GOUDENHART: samen werken aan complexe zorgvragen

In de woonzorgcentra van WelThuis ontvangen bewoners medische zorg regulier via de huisartsenpraktijk en huisartsenpost. De huisarts kan de specialist ouderengeneeskunde (SO) inschakelen op het moment dat dit nodig is. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen huisarts en de SO vanuit de behandeldienst van Goudenhart. Daarnaast wordt van oudsher door meerdere partijen, ook voor de extramurale inzet van SO's, samengewerkt met de Stichting Georganiseerde eerstelijns Zorg (SGZ) in Zoetermeer.

Aanleiding

De aanleiding voor nieuwe vormen van samenwerking bij het verlenen van medischgeneralistische zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie is de toenemende vraag naar die zorg. Ook in Zoetermeer en omgeving neemt door de dubbele vergrijzing en extramuralisering de behoefte aan doelmatige en kwalitatief hoogstaande medischgeneralistische zorg toe, waarbij SO's de reguliere huisartsenzorg ondersteunen. Huisartsen hebben steeds vaker te maken met thuiswonende ouderen met complexe problemen, of met bewoners van woonzorgcentra die hun eigen huisarts houden. Huisartsen hebben onvoldoende tijd voor de intensieve zorg aan deze mensen. Ook ontbreekt het hen vaak aan expertise. Voor de Fundis groep was het bundelen van medische zorg in een multidisciplinaire behandeldienst een oplossing voor complexe zorgvragen vanuit hun locaties en activiteiten.

Samenwerking huisarts en specialist ouderenzorg

In de regio Zoetermeer werd al goed samengewerkt binnen de SGZ. Door de gesignaleerde toename van complexe zorgvragen rond ouderen bleek er een grote bereidheid van huisartsen om meer en beter gebruik te maken van de expertise van de SO. Met behulp van zorgverzekeraar CZ zijn daarom met alle nodige partijen afspraken gemaakt voor de financiering van de inzet van een SO.

Huisarts: *'Over de taakverdeling tussen de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts hoeft wat mij betreft geen discussie te bestaan. Ik zie het meer als samenwerking dan als*

PROFIEL:

WelThuis

- woonzorg vanuit de Wlz voor ouderen met medische zorg vanuit de Zvw
- locaties: Zoetermeer, Rotterdam, Gouda, Bergambacht, Haastrecht, Schoonhoven, Stolwijk, Linschoten, Capelle aan den IJssel en Woerden
- bijna 1000 medewerkers
- onderdeel van Fundis groep
- biedt geen zorg in de thuissituatie

Goudenhart

- zelfstandige behandeldienst voor medische zorg aan kwetsbare ouderen
- werkgebied: Zuid-Holland en Utrecht
- 100 specialistische zorgverleners
- behandelteams worden ingezet voor medische zorg in verpleeghuissetting, kortdurende revalidatie en poliklinische zorg
- alleen zorg aan patiënten binnen de eigen polikliniek
- onderdeel van de Fundis groep
- verleent medische zorg aan WelThuis, In-Beweging, Transmitt Revalidatie en Zorgpension Fundis

gescheiden pijlers. Er moeten natuurlijk wel samenwerkingsafspraken gemaakt worden, maar over de invulling daarvan hoeven we niet al te rigide te zijn.'

Voor de SO is de samenwerking met de huisarts een verbreding van de huidige inzet. Het is een kans om samen met de huisarts constructief te werken aan goede ouderenzorg in de regio.

Specialist ouderengeneeskunde: *'Als ik bij een oudere op bezoek ben geweest, merk ik soms dat ik voorstellen doe die voor mij heel logisch zijn maar die de huisarts toch niet zo snel zou bedenken. Aan de ene kant verrast me dat dan maar anderzijds begrijp ik het ook wel. Soms spelen zulke complexe zaken dat het heel verhelderend kan zijn iemand van buitenaf te laten meekijken. Iemand bovendien die heel specifieke expertise heeft op het gebied van de zorg voor ouderen. Wij hebben een andere manier van denken, zijn echt andere dokters dan de huisartsen. Het zit heus niet alleen in het feit dat wij meer tijd hebben dan de huisarts voor het bezoek aan een oudere.'*

De meerwaarde van de samenwerking ontstaat door het leren van elkaars aanpak en benadering. De reguliere aandacht van de huisarts, die de patiënt vaak lang kent, is complementair aan de bredere en andersoortige aanpak van de SO. Het streven is om al werkende te komen tot nauwere samenwerking tussen de SO, de casemanager dementie en de praktijkverpleegkundige, om samen met de huisarts complexe ouderenzorg te optimaliseren.

Specialist ouderengeneeskunde: *'Ik hoor het ook terug van de wijkverpleegkundigen en de eerstelijnsverpleegkundigen, die de positieve gevolgen van het opvolgen van onze adviezen zien. En ik merk het aan de familieleden van de oudere om wie het gaat. Die betrek ik altijd bij mijn bezoek, omdat ik helder wil krijgen of de vragen en zorgen die zij hebben dezelfde zijn als die van de huisarts. Ze zijn blij met de interventies die ik als specialist ouderengeneeskunde voorstel. En mijn tussenkomst helpt hen ook om te accepteren dat hun naaste toch echt langzaam maar zeker achteruit gaat.'*

Wensen

Voor de SO is toegang tot het Huisartsinformatiesysteem een belangrijke randvoorwaarde voor goede samenwerking. Aandachtspunt is de privacywetgeving en expliciete toestemming van cliënt, patiënt en bewoner voor de uitwisseling van medische gegevens. De inrichting van de Persoonlijke Gezondheidsomgeving

(PGO) is een actuele aanleiding om – multidisciplinair – het zorgdossier toegankelijk te maken. Medische eindverantwoordelijkheid moet eenduidig zijn belegd, in deze samenwerking is dat bij de huisartsen.

Daarnaast is voor deze complexe zorg voor ouderen niet alleen een betere afstemming tussen de huisartsen en de SO nodig, maar ook met de praktijkondersteuner ouderenzorg, de casemanager dementie en de wijkverpleegkundige.

Daarnaast zijn blijvend goede afspraken met de zorgverzekeraar belangrijk. Het tekort aan SO's lost Goudenhart op door inzet van basisartsen die intramuraal onder supervisie werken. Extramuraal worden basisartsen (nog) niet ingezet door Goudenhart. Het tekort aan capaciteit van SO's in de regio levert bij extramurale inzet knelpunten op.

Resultaten

- Met 52 huisartsen van SGZ is sinds 2018 een overeenkomst van kracht voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde voor 1.500 uur op jaarbasis.
- Structurele inzet van SO op locatie vanaf 2018 geregeld, onder andere via spreekuren.
- Zelfredzaamheid van thuiswonende oudere beter behouden door inzet van kennis van SO.
- Hogere kwaliteit van medische behandeling van ouderen met complexe hulpvragen.



Samen Slimmer Drenthe: garantie van kwalitatieve zorg tijdens ANW

Het samenwerkingsinitiatief Samen Slimmer Drenthe doet iets aan de krappe arbeidscapaciteit tijdens de diensten in de avonden, nachten en weekenden (ANW). Zo is er steeds een triagerend verpleegkundige beschikbaar die binnen dertig minuten bij iedere patiënt aanwezig kan zijn. De specialist ouderengeneeskunde (SO) is op afstand consulteerbaar voor de verpleegkundige.

Aanleiding

Samen Slimmer Drenthe is opgericht omdat er een tekort aan SO's bestaat in de provincie Drenthe. Door te zorgen voor een samenwerking over de grenzen van de deelnemende organisaties heen, kan er efficiënter gebruik worden gemaakt van verpleegkundigen en specialisten. In totaal nemen twaalf zorg- en welzijnsaanbieders aan Samen Slimmer Drenthe deel, waaronder Interzorg en Icare.

Iris Mensing, triagerend verpleegkundige bij Interzorg: *'Het grote voordeel van samenwerken met andere organisaties is dat je een stukje kennisverbreding krijgt. Je kunt elkaars kennis en expertise delen. Je kunt verpleegkundigen uitwisselen en zo toch goede kwalitatieve zorg leveren. Op deze manier zijn er ook minder verpleegkundigen nodig.'*

Verbinding en kruisbestuiving in de praktijk

Interzorg werkt nu al samen met andere organisaties van Samen Slimmer Drenthe. Namelijk: Icare en Zorggroep Drenthe. Interzorg is nog niet zo lang geleden aangesloten bij Samen Slimmer Drenthe. Het kan zijn dat zij op grotere schaal hun diensten gaan aanbieden. Maar dat moet nog blijken. Momenteel zitten ze vooral in de oriënterende fase als het gaat om wat ze voor andere organisaties van Samen Slimmer Drenthe kunnen betekenen en andersom.

Bij Interzorg zijn de verpleegkundigen opgeleid om te kunnen triageren en specialistische handelingen uit te kunnen voeren. De triagerend verpleegkundigen fungeren als tussenpersoon tussen de arts en de verpleeg- en verzorgingshuizen. Zij kunnen voor een deel ook zelf veel oplossen en adviseren. Hierdoor worden de artsen minder belast en dat is tijd- en kostenbesparend. De triagerend

PROFIEL:

Samen Slimmer Drenthe

- opgericht in september 2018
- deelnemende organisaties: Treant, Tangenborgh, NNCZ, Zorggroep Noorderboog, de Westerkim, ZZWD, Interzorg, Icare, Derkshoes, Accolade Zorg, Dignis en Zorggroep Drenthe

Interzorg

- biedt woon- zorg- en behandelingsmogelijkheden aan 1300 cliënten en hun naasten.
- 800 cliënten op woonlocaties, 500 zelfstandig wonende cliënten
- 9 locaties in Noord- en Midden-Drenthe
- 1400 medewerkers die werkzaam zijn in zorg, behandeling, huishoudens, keukens, restaurants en dagbesteding

Icare

- biedt verpleging, verzorging of thuisbegeleiding
- aanbod in wijkverpleging, thuisbegeleiding en wonen met zorg
- is actief in Flevoland, Drenthe, Gelderland, Overijssel en Groningen
- 10 locaties
- 6000 medewerkers
- 350 PG-/somatische cliënten (psychogeriatrische zorg) en 65 GRZ-clieënten (geriatrische revalidatiezorg)

verpleegkundigen gaan in de toekomst ook triageren voor Zorggroep Drenthe. Daar werken voornamelijk verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG'ers) in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Zij mogen een aantal handelingen niet uitvoeren en kunnen daarvoor de hulp inroepen van de triagerend verpleegkundigen bij Interzorg, ook tijdens ANW.

Iris Mensing, triagerend verpleegkundige bij Interzorg: *'In het triageren is het klinisch redeneren heel belangrijk. Dat we goed het hele beeld van de patiënt in beeld brengen. Wanneer een verpleegkundige met ons contact opneemt, is het ook een stukje sparren met elkaar. Wat is op dit moment het beste? Vragen die we krijgen gaan bijvoorbeeld over specialistische handelingen zoals het verwisselen van een katheter. We gaan soms ook naar de verpleeg- en verzorgingstehuizen toe om collega's te ondersteunen. Het gebeurt sporadisch dat we vragen van de andere organisaties krijgen tijdens ANW. Vaak is er bij hen toch genoeg kennis in huis. Maar voor hen is het fijn om te weten dat ze altijd kunnen overleggen. Het geeft toch een stukje zekerheid. Als je ergens over twijfelt, dan kun je door te overleggen met een triagerend verpleegkundige toch samen tot een besluit komen.'*

Icare en Interzorg hebben een driehoekssamenwerking als het gaat om de ANW-diensten. Samen met ANW Nederland en Interzorg is er een pool van artsen beschikbaar. De artsen van Icare en Interzorg doen voornamelijk de dag- en weekenddiensten. Zodat de beleidslijnen van doordeweeks ook in het weekend kunnen worden voortgezet. ANW Nederland verzorgt de spoedaanvragen in de avonden en in de nachten. Daarnaast hebben Icare en Interzorg een gezamenlijk project opgericht voor de inzet van Geriatrische Revalidatiezorg. Zo kan er beter gebruik worden gemaakt van specialistische zorg en blijft de deskundigheid beter op peil dan dat beide organisaties het allebei maar 'een beetje doen'. Daarnaast werken Icare en Interzorg samen met Zorggroep Drenthe in een Coördinatie Tijdelijk Verblijf. Dit om zorg te dragen voor een goede triage die weer leidt tot goed gebruik van eerstelijnsbedden.

Anja de Groot, SO bij Icare: *'Bij de schaarste in SO's is er winst te behalen op delegatie naar triagerend verpleegkundigen en dat een SO voor een groter gebied ingezet kan worden. De diensten van de SO's zitten redelijk vol, maar er is nog wat schuifruimte. Soms ben je in een dienst van acht uur vijf en een half uur aan de slag. Dan kan je ook voor een andere organisatie wellicht iets doen. Mits de aanrijdtijd niet langer is dan dertig minuten. Want dat is nu de norm van de inspectie. Omdat Drenthe een dunbevolkt*

gebied is, is dat soms wel lastig. De inzet van triagerend verpleegkundigen door Interzorg, zouden we willen uitbreiden naar een groter gebied.'

'De druk zit vooral op de ANW-diensten. Daarom willen we met meerdere VVT-organisaties gaan samenwerken in een ANW-dienst. Zo kunnen nog meer SO's ontlast worden door de inzet van triagerend verpleegkundigen. Ook denken we aan een arts die vooral telefonische consulten afhandelt en een arts die echt visites gaat rijden. De arts die die visites gaat rijden heeft het dan rustig qua telefoon. Zo kan hij/zij mooi de focus houden op patiënten en familiegesprekken.'

Inzet van de SO, Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA)

Overdag heeft Interzorg voldoende eigen artsen beschikbaar. Tijdens ANW maken zij gebruik van ANW Nederland. Omdat er nu gebruik wordt gemaakt van triagerend verpleegkundigen, is er minder vraag naar SO's tijdens ANW. En dat scheelt kosten. De triagerend verpleegkundigen kunnen de vragen eruit filteren die kunnen wachten tot een volgende werkdag. Daarnaast maakt Interzorg gebruik van PA's omdat SO's schaars zijn en dit een toegevoegde waarde heeft bij de zorg aan patiënten. De PA's voeren altijd hun werk uit met een SO als supervisor.

Iris Mensing, triagerend verpleegkundige: *'Overdag proberen we zoveel mogelijk contact te zoeken met onze eigen artsen. Hoe vaak ik buiten kantooruren toch van een SO gebruik maak, is heel erg wisselend. Ook de inhoudelijke vragen die ik stel zijn wisselend. Soms kan het te maken met een medicatievraag. Of dat iemand heel onrustig en niet oncomfortabel is. Of iemand met een ernstig ziektebeeld. Dan weet je dat zoiets niet kan wachten tot de volgende dag.'*

Bij Icare wordt er binnen de behandeldienst veel samen gewerkt met VS-en. Zij nemen veel routinematig werk uit handen van de SO. Niet op alle locaties wordt er samengewerkt met een VS.

SO Anja de Groot: *'Op de kleine locaties verdient de inzet van de VS zich niet terug. Of de VS-er moet er dan naartoe gaan en dat ik op de achtergrond aanwezig ben voor vragen. Dat is ook nog een mogelijkheid voor de toekomst.'*

Samenwerking met de huisartsenpost

Op dit moment is er tussen het samenwerkingsverband Samen Slimmer Drenthe en de huisartsenpost nog geen intensieve samenwerking in de ANW. Terwijl daar nog wel voordelen in te behalen zijn. Daarom vinden er wel al gesprekken plaats met Huisartsenzorg Drenthe voor een goede uitwisseling met het samenwerkingsverband.

Projectleider Han Geisler, van Samen Slimmer Drenthe: *'We willen kijken hoe de huisartsenpost en de SO's de visites efficiënt kunnen uitvoeren in de verpleeghuizen. Voor de zorg die niet onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt, moet nu de huisarts langskomen, voor Wlz-zorg de SO, terwijl dat bijvoorbeeld ook in één visite kan worden meegenomen door één arts. Daarnaast wil de huisartsenpost meer gebruik maken van de kennis van de SO's voor de kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk. Daarom zijn we nu aan het kijken of SO's kunnen aansluiten bij de multidisciplinaire overleggen van de huisartsenpost. Dit zou bijvoorbeeld ook via videobellen kunnen. Op sommige plekken wordt dit nu al zo uitgevoerd.'*

Informatie-uitwisseling

Ook qua informatie-uitwisseling heeft het samenwerkingsverband nog stappen te zetten. Wel zijn er tussen een paar organisaties onderling wel al wat afspraken gemaakt. De triagerend verpleegkundigen van Interzorg registreren bij vraagstukken in het eigen elektronisch cliëntendossier (ECD). Ze kunnen ook in het dossier van Zorggroep Drenthe. Het lastige is wel dat iedereen gebruik maakt van een ander systeem. Voor nu worden de dossiers voornamelijk gebruikt om informatie in op te zoeken. Wanneer een verpleegkundige van een andere organisatie naar Interzorg belt, houdt die de gegevens bij de hand. Er zijn namelijk een aantal standaardzaken die de triagerend verpleegkundige wilt weten. Denk hierbij aan persoonsgegevens en vitale functies zoals bloeddruk en temperatuur. Dit scheelt ook weer tijd voor de SO. Die hoeft dan niet steeds teruggebeld te worden met de juiste informatie.

Iris Mensing, triagerend verpleegkundige: *'Op dit moment zijn we de informatie-uitwisseling tussen het verplegend personeel en het triageteam nog aan het ontwikkelen. We maken gebruik van de SBAR-methode. SBAR staat voor Situation, Background, Assessment, Recommendation. De SBAR-methode helpt de communicatie over een patiënt tussen de verschillende hulpverleners te verbeteren.'*

Bij Icare kunnen de externe artsen ook in het elektronisch cliëntendossier van Icare. Dat geeft alleen soms wel problemen. Artsen moeten hun wachtwoord onthouden.

Maar dat wachtwoord verloopt als zij een tijdje geen dienst hebben gedaan of ingelogd hebben op een bepaald systeem. Daarom registreren de artsen niet alleen in het ECD, maar ook in het werkportaal van ANW Nederland.

Anja de Groot, SO: *'We zijn nu overgaan op het ECD ONS. Zorggroep Drenthe is ook overgegaan op dit systeem en Interzorg overweegt dit. Het zou mooi als er in de regio wat meer voor één systeem gekozen wordt. Nu maken we naast het ECD ook gebruik van het werkportaal van ANW Nederland. Daar zetten we de opdrachten in. Dus als ik een patiënt van Interzorg zie, zet ik dat niet alleen in hun ECD, maar ook nog in het ANW-portaal. Zo kan de arts die het overneemt even snel scannen hoe of wat. En als hij meer wilt weten kan hij alsnog een kijkje nemen in het ECD.'*

Bij Icare kwam de inzet van technologie door de coronacrisis in een versnelling terecht. Hier hebben zij waardevolle lessen uit geleerd. Eerst werden veel consulten door de arts telefonisch afgehandeld. Denk hierbij aan medische zaken als problemen met de bloedsuiker of blaasontsteking. Door corona ontdekte Icare dat er via beeldbellen met Microsoft Teams meer mogelijk is in consultatie op afstand. Denk aan beoordeling van een wond of de inschatting hoe ziek een patiënt is door even met hem/haar te overleggen (klinische blik). Via beeldbellen zou de SO bijvoorbeeld ook overleg kunnen hebben met de triagerend verpleegkundige waardoor diens beoordeling beter wordt. Daarnaast heeft Icare ook geëxperimenteerd met een Augmented-reality-bril (AR-bril). Dit is een bril waardoor je de 'echte wereld' ziet, aangevuld met digitale informatie die aan de binnenkant van de glazen wordt weergegeven. Op afstand kan de SO dan een verpleegkundige instrueren of een patiënt beoordelen. Als bijvoorbeeld een patiënt een heupfractuur heeft, kan de verpleegkundige op aanwijzingen van de arts bepaald onderzoek uitvoeren terwijl de arts meekijkt. Dat scheelt weer een rit voor de SO.

Anja de Groot, SO: *'We merkten dat het werken met de bril veel vaardigheden vraagt van degene die de bril op heeft. Bij de locatie waar we hebben getest, kwam het te weinig voor dat de bril ook werd ingezet. Hierdoor werd de deskundigheid niet behouden. Ook is het lastig werken met de positie van de camera. Die zit aan de rand van iemands gezicht, waardoor diegene net wat verder zijn/haar gezicht moet draaien dan hij/zij denkt. En je moet hele goede WIFI hebben. Ondanks dat er speciaal een goede WIFI was aangelegd, haperde dat nog weleens. Daarom hebben we besloten om hier niet mee door te gaan. Tijdens corona merkten we dat we ook gewoon de videofunctie van de telefoon of iPad goed konden gebruiken. Als arts kreeg ik dan ook gelijk de patiënt in beeld met wie ik kon praten. Met de AR-bril, die de verpleegkundige ophad, kon dat niet. Dan moest ik zeggen:*

“Wil je tegen de patiënt zeggen dat...” Dat voelde onnatuurlijk. Hoe dan ook: Door corona hebben we gemerkt dat beeldbellen wel echt voordelen heeft. Het is wel degelijk mogelijk om je visites grotendeels uit te voeren met beeldbellen.’

Aanbevelingen voor andere organisaties

Anja de Groot, SO: *‘In de samenwerking begint het met elkaar leren kennen en vertrouwen. Het scheelt dan dat je elkaar al goed kent. Zo weet ik bijvoorbeeld goed wie de SO's zijn van Interzorg. Daarnaast hebben we met elkaar het triageprotocol opgesteld. Dat is heel waardevol omdat je dan met elkaar vastgesteld (ook met Zorggroep Drenthe) hebt hoe je de triage wilt gaan doen. Hierin staat bijvoorbeeld voor welke medicijnen de verpleegkundige bevoegd is om die te geven zonder overleg met de SO. Je moet elkaar ook feedback durven geven. Dat is makkelijker op basis van zo'n protocol.’*

Daarnaast is het belangrijk dat de randvoorwaarden goed geregeld zijn voor bijvoorbeeld het beeldbellen. De ICT-voorziening moet daarvoor in orde zijn.

Anja de Groot, SO: *‘Ook is het belangrijk dat alle medewerkers goed met beeldbellen weten om te gaan en daar eventueel op getraind worden. Zodat de zorgmedewerker aan de andere kant ook echt goed weet wat er moet gebeuren.’*



Resultaten Samen Slimmer Drenthe

- Het aantal ANW-diensten per zorgmedewerker is omlaaggegaan.
- De belasting tijdens de diensten is afgenomen.
- Medewerkers ervaren een betere balans tussen werk en privé.
- Voor verpleegkundigen en verzorgenden is het werk aantrekkelijker geworden.
- Zorgmedewerkers doen weer waarvoor zij zijn opgeleid.
- Beeldbellen brengt het aantal visites omlaag van de SO's.
- Door triagerend verpleegkundigen in te zetten, zijn de kosten voor externe inzet van artsen tijdens ANW afgenomen.
- Triage gebeurt op basis van triageprotocol dat is opgesteld door meerdere organisaties

SO's van de Posten bieden ondersteuning aan huisartsen

Huisartsen in Enschede maken steeds meer gebruik van de mogelijkheid een patiënt door te verwijzen naar een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) van zorgorganisatie de Posten. Soms zijn er vragen over geheugenverlies, is er sprake van probleemgedrag of zijn er vragen over polyfarmacie. De SO's verrichten dan een geriatrisch assessment en brengen daarmee de patiënt helemaal in kaart, stellen zo mogelijk een diagnose, bespreken wensen over het behandelbeleid en geven een advies. Veel huisartsenpraktijken hebben daarnaast een Praktijkondersteuner Ouderen (POH-O) in de praktijk. Deze zorgt voor verbinding tussen huisartsenzorg, het overige veld van de ouderenzorg en het sociaal domein. Hiermee ontlast de POH-O de huisarts, probeert escalatie te voorkomen en draagt bij aan de juiste zorg op de juiste plek en ondersteuning van het mantelzorgsysteem.

Aanleiding

Ouderen in Nederland wonen zo lang als mogelijk thuis. Zorg aan de meest kwetsbare groepen vraagt om multidisciplinair samenwerken met persoonsgerichte zorg als uitgangspunt. Zorg in de eerstelijns is vaak reactief en ziektegericht, terwijl geriatrische syndromen en morbiditeit vragen om een bredere blik. Lang geleden al werd binnen de Posten nagedacht over de ontwikkeling van de behandeling in de toekomst waarin de zorg zich meer gaat verplaatsen naar de wijk. In 2014 zijn ze begonnen met hervormen, door de zorg steeds meer naar de mensen toe te brengen en te werken volgens het concept 'behandelaren aan huis', bedoeld om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen.

Desire Jansen, SO: *'Wij willen als organisatie ook een rol vervullen in de wijk. Dus niet alleen werken in het gebouw van de Posten, maar echt een verbindende factor in de wijk zijn. Een soort netwerk weven om het gebouw heen waarbij wij kwetsbare ouderen kunnen opvangen, eerder kunnen signaleren en in kaart hebben zodat er op tijd actie kan worden ondernomen.'*

De organisatie van de medische zorg door de huisarts en de SO

Vanuit de wijk worden door de huisarts steeds meer patiënten verwezen naar

PROFIEL:

De Posten

- 2 verpleeghuislocaties voor wonen met zorg in Enschede Zuid
- diverse appartementen voor zelfstandig wonen
- geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf, thuiszorg, verpleging en behandeling, verzorging
- medische vakgroep: 5 SO's, 3 Verpleegkundig Specialisten (VS-en)

THOON

- staat voor 'Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland'
- een organisatie ván en vóór huisartsen in Twente en directe omgeving
- biedt diensten op concrete onderdelen van praktijkvoering en door deel te nemen aan zorgprogramma's
- 63 medewerkers ondersteunen 190 huisartsen.
- 6 POH-O's van THOON werken bij huisartsen
- 1 coördinator zorgprogramma ouderen in dienst

de SO's. Met een geriatrisch assessment brengen de SO's de patiënt volgens een gestandaardiseerde methode op een aantal gebieden (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatie en voeding) helemaal in kaart en komen op basis daarvan tot een conclusie en advies voor de huisarts. Vanuit de Posten doet Desire Jansen dit samen met haar collega Marieke van Schoot. Samen hebben zij vier en een halve dag per week beschikbaar voor de eerstelijns. Intramuraal bij de Posten zijn zij alleen nog actief voor de waarneming en in de dienstenpool.

Desire Jansen, SO: *'Een schriftelijke aanvraag voor een consult komt binnen via ons secretariaat, vaak na een telefoontje van de huisarts of POH-O. Wij bespreken dat in ons wekelijks multidisciplinair overleg met de psycholoog. We bekijken dan wat we zullen doen. Vaak doen we een geriatrisch assessment bij iemand thuis, zodat we een goed beeld krijgen van hoe het gaat. Meestal zijn we 45-60 minuten met iemand bezig om echt een breed beeld te krijgen. Samen met andere gegevens zoals voorgeschiedenis en medicatie van de huisarts, bespreken we dit assessment dan weer in ons multidisciplinair overleg. Zo nodig vragen we nog nader onderzoek van het laboratorium of van de psycholoog. We sturen uiteindelijk een afsluitende brief naar de huisarts met onze onderzoeksresultaten, conclusie en advies.'*

In eerste instantie waren het vooral de huisartsenpraktijken rondom de Posten, in Enschede-Zuid, die gebruik maakten van de SO's in de wijk, maar inmiddels weten ook andere huisartsen ze te vinden voor consultatie. Bij drie huisartsenpraktijken hebben de SO's van de Posten multidisciplinair overleg (MDO) samen met de praktijkondersteuner en de huisarts zelf. Dan wordt er casuïstiek besproken of komen algemene meer organisatorische zaken aan de orde. De SO kan ter plekke een advies geven of er kan gezamenlijk gebrainstormd worden. Maar het kan ook tot een consultaanvraag leiden.

Jolande Huizinga is acht en een half jaar werkzaam als Coördinator zorgprogramma ouderen bij THOON. Daarnaast is ze als verpleegkundige POH-O werkzaam voor meerdere huisartsenpraktijken in Enschede Zuid.

Jolande Huizinga: *'We hadden vier keer per jaar MDO, maar dit hebben we na evaluatie teruggebracht naar twee keer per jaar MDO in de huisartsenpraktijk met een vast geriatrisch team. De ervaring leert dat we elkaar ook tussendoor regelmatig zien en spreken en we communiceren digitaal. Dat was de reden om het overleg naar twee keer per jaar terug te brengen.'*

Desire Jansen, SO: *'We hebben ook afspraken met een paar kleinschalige woonvormen waar wij de consultants voor de huisarts zijn. Maar ook medewerkers van het zorgteam kunnen aan ons vragen om mee te denken. Zo kunnen ze bijvoorbeeld een consult vragen aan mij als SO als iemand gedragsproblemen heeft. Zo nodig kan de psycholoog meekijken als er een specifieke benaderingswijze moet worden opgesteld. Met elke woonvorm zijn maatwerkafspraken gemaakt.'*

Liesbeth Godeke heeft na twaalf en een half jaar wijkverpleging de overstap gemaakt naar de functie van POH-O. Zij is in dienst van THOON en werkt voor vijf verschillende huisartsenpraktijken in Enschede-Zuid. Per huisartsenpraktijk heeft zij gemiddeld vijf uur per week beschikbaar.

Liesbeth Godeke: *'Toen ik als wijkverpleegkundige werkte had ik niet echt een beeld van wat de SO precies deed, maar ik vind het heel fijn. Wanneer ik nu ergens op huisbezoek kom en denk dat er meer aan de hand is, terwijl er nog geen officiële diagnose is, dan hoeven we iemand niet gelijk door te sturen naar bijvoorbeeld de geheugenpoli. Dan maakt de huisarts een verwijzing voor de SO en die komt gewoon aan huis. Het is voor de mensen natuurlijk veel prettiger, want naar het ziekenhuis is toch echt wel wat anders dan een huisbezoek. Wat ook heel prettig is: De huisarts krijgt een duidelijke en uitgebreide terugkoppeling van de SO in een brief en daar kunnen we dan echt mee verder.'*

De samenwerking tussen de huisarts en de SO

Eerder was er vooral contact tussen huisarts en SO als het ging om een crisisopname bijvoorbeeld. De SO's zijn gestart met het uitbouwen van de bestaande contacten met de huisartsen. Ze hebben hiervoor onder andere een presentatie gehouden op een symposium over de samenwerking met de eerstelijns. Ook hebben ze contact gezocht met de POH-O's. Tijdens nascholingen of een bijeenkomst met POH-O's stelden ze zich voor en vertelden ze wat ze zouden kunnen bijdragen en hoe ze zouden kunnen samenwerken.

Desire Jansen, SO: *'Zo gingen we ook naar huisartsen toe om aan te geven wat wij zouden kunnen bijdragen. De huisarts heeft vaak minder tijd, zeker als het om complexe casuïstiek gaat. En de huisarts is vaak reactief. Iemand heeft een klacht, als huisarts doe je daar iets mee en dan houdt het op. Wij hebben meer tijd om iemand breder in kaart te brengen, bij de patiënt thuis, met het geriatrisch assessment. Dat kan dan leiden tot een advies over zorginzet of nader onderzoek, zoals een neuropsychologisch onderzoek eventueel. Dat blijkt toch wel een bepaalde behoefte te vervullen voor de huisarts. Aanvankelijk werd het vooral gebruikt voor mensen die al bijna als crisis*

opgenomen werden, maar op een gegeven moment zag je het toch verschuiven naar wat meer proactieve acties of voor mensen voor wie het de bedoeling is dat ze langer thuisblijven. Dus nu is de diagnostiek van belang en wat we aan zorg gaan inzetten of verdere opvang. En daar kunnen we een rol in spelen.'

Jolande Huizinga, POH-O: *'In de twee huisartsenpraktijken waar ik nog werk, heb ik de afgelopen acht jaar gezien hoe de SO stap voor stap een vaste samenwerkingspartner van de huisarts/POH-O en het geriatrisch netwerk is geworden. De samenwerking is multidisciplinair waarbij huisarts, SO, relevante paramedici, casemanager dementie en wijkverpleging betrokken kunnen zijn.'*

Liesbeth Godeke, POH-O: *'Vooral bij een patiënt met geheugenproblemen schakelen we een SO in om een goede diagnostisering te krijgen en om daarna een casemanager in te kunnen zetten. We hebben dan duidelijk op papier staan hoe we verder kunnen en welk soort dementie het is. Er is dan een verwachting van hoe het verder zou kunnen verlopen en zij adviseren soms ook over medicatie, soort dagbesteding of over een mantelzorger die overbelast is en meer aandacht moet hebben.'*

'Waar ik zelf nog geen ervaring mee heb, maar waarvoor we ook terecht kunnen bij een SO is bijvoorbeeld voor polyfarmacie of vage klachten, zoals buikpijn. Dan hoef je niet direct naar het ziekenhuis, maar dan kan de SO ook eerst van alles uitvragen en proberen te achterhalen waar het vandaan komt.'

Desire Jansen, SO: *'Wat het voor mij leuk maakt is dat je een bijdrage probeert te leveren aan het leven in de wijk waardoor je iemand ook zo lang als kan, thuis kan laten wonen met voldoende ondersteuning. Ik denk dat wij daar ook echt als SO iets aan kunnen toevoegen, ook als het om medicatie gaat of gewoon om die diagnostiek.'*

Informatie-uitwisseling

Huisartsen en SO's maken gebruik van Zorgmail, een beveiligde mailverbinding om onder meer medische informatie versleuteld te verzenden. De SO's werken met systeem ONS van Nedap, een digitaal ECD. De huisarts kan daar niet in kijken. En de SO's kunnen niet in het huisartsendossier. Via het KOS (Keten Ondersteunend Systeem) van VHS (het vaste huisartsensysteem), kunnen huisartsen en SO's digitaal gegevens uitwisselen. Ook de POH-O kan gebruik maken van het KOS. Zo wordt tijdens het multidisciplinair overleg (MDO) het individuele zorgplan in KOS als leidraad voor de multidisciplinaire afstemming gebruikt. Een consultaanvraag kan zowel via Zorgmail of via het KOS binnenkomen.

Desire Jansen, SO: *'Het KOS is gekoppeld aan het huisartsendossier, maar niet aan ons ECD dus dat is een nadeel. Voor de huisarts is het makkelijk. Maar wij moeten in het KOS apart inloggen om te kijken of er berichten zijn, dus voor ons is het helemaal niet zo handig. Dat is nog vatbaar voor verbetering. Ook gebruikt niet elke huisarts het KOS voor de communicatie met de SO dus we krijgen ook nog via die mail huisartsenvragen binnen.'*

Voorwaarden

Desire Jansen, SO: *'Belangrijke voorwaarden zijn ondersteuning van management en bestuur en de raad van toezicht, ruimte in de formatie en financiering. Waarbij je als organisatie de keuze moet maken te willen investeren. Verder is persoonlijk enthousiasme een absolute vereiste. En je moet het als SO leuk vinden om samen met huisartsen op te trekken.'*

Liesbeth Godeke, POH-O: *'Bereikbaarheid: weten waar je terecht kan en dat je elkaar ook makkelijk kan bereiken als het nodig is. Elkaar vertrouwen en van elkaar weten wat je kan.'*

Jolande Huizinga, POH-O: *'Elkaar kennen en vinden, goede (werk)afspraken maken, weten van welk zorgaanbod je van de SO gebruik kan maken. Korte lijnen huisarts/POH-O en SO.'*

Wensen

Desire Jansen, SO: *'Wat je als SO in de eerstelijns nu kunt declareren valt nog steeds onder een subsidieregeling. We proberen ons als beroepsgroep hard te maken voor een Diagnose Behandelcombinatie (DBC) in de eerstelijns. Als het alleen blijft bij een consult om een indicatie te krijgen, dan is dat natuurlijk heel beperkt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat je graag iemand wilt volgen of dat je misschien nog een andere therapie wil inzetten of dat je toch, en dat is dan meer toekomstmuziek, meer MDO's in de wijk doet. Dat doen we nu bij een paar huisartsen, maar dat zouden we nog verder kunnen en willen uitbreiden.'*

Aanbevelingen

Desire Jansen, SO: *'Ik zou collega's willen motiveren om zich ook meer naar buiten te keren. Het is voor jezelf leuk en verrijkend om juist ook in de wijk te komen, of juist ook wat meer in een eerder stadium betrokken te zijn. Het is heel erg belangrijk om een netwerk te creëren en dat kost gewoon tijd. Daar moet je ook tijd voor kunnen en willen nemen, maar ik denk dat het wel bij ons vak past en dat wij onze meerwaarde kunnen*

laten zien in de wijk. Want de geriater zit in het ziekenhuis. En als er meer oudere en complexe mensen in de wijk blijven wonen, dan zie ik daar wel een SO naast een huisarts. Ik kan het echt aanbevelen, het is leuk om ook ambulante bezig te zijn, dat je ook echt bij mensen thuiskomt en dat geeft je ook een beter beeld van iemand.'

'De ontwikkeling naar meer alternatieve woonvormen ondersteun ik, maar ook daar moet je zorgen dat er voldoende deskundigheid is. Dat is natuurlijk ook het hele idee van de behandeling: meer naar de wijk brengen. Deskundigheid die wij intramuraal in ons behandelteam hebben gestoken, gedurende al die jaren, dat we die dus ook in de wijk kunnen gebruiken.'

Jolande Huizinga, POH-O: *Tijd en verschillende financieringen zijn ingewikkeld. Cure, care en het sociaal domein: ieder spreekt zijn eigen taal en bekijkt het uit eigen perspectief. Het is belangrijk om echt samen de verantwoordelijkheid te voelen, proactief te zijn en lef te hebben om out of de box te denken. Om als een lerend netwerk continu de samenwerking te borgen, te evalueren en bij te stellen. Het is een kwestie van een lange adem met een belangrijke rol voor sleutelfiguren en kartrekkers. Sluit aan bij wat ouderen belangrijk vinden en kijk ook naar landelijke en regionale initiatieven.'*

Liesbeth Godeke, POH-O: *'Ik denk dat de stap om iemand door te verwijzen naar een SO veel kleiner is dan om iemand door te verwijzen naar het ziekenhuis. Je hebt veel sneller duidelijkheid en een leidraad hoe je verder kan gaan. En omdat de SO aan huis komt is het veel vertrouwder voor een patiënt. Ik denk dat dat heel veel meerwaarde heeft.'*

Resultaten

- Huisartsen kunnen een consult van de SO aanvragen in de thuissituatie van een patiënt. Diagnostiek, geriatrisch assessment en advies.
- SO is beschikbaar voor huisarts als medebehandelaar en voor intercollegiaal overleg.
- Overgang van thuis naar opname gaat makkelijker omdat iemand al in beeld is.
- Minder crisisopnames doordat SO ook proactief wordt ingezet in de wijk.
- Mensen kunnen langer en met meer kwaliteit van leven thuis blijven wonen.



PRAKTIJKVOORBEELDEN GEHANDICAPTENZORG

Siloah: continuïteit van huisartsenzorg met efficiënte inzet van de AVG

Op de woonlocaties 'De Eersteling' en 'Beth-San' van Siloah in Moerkapelle verricht een Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) aanvullende diensten vanuit behandeldienst Novicare. De huisarts richt zich op de basis medisch-generalistische zorg en de AVG op de meer specialistische vraagstukken. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen de huisarts en de AVG.

Aanleiding

Siloah heeft van oudsher verschillende locaties gehad in Moerkapelle waar de huisartsen altijd al hoofdbehandelaar waren voor de bewoners. Een jaar of tien geleden kwam de nieuwe locatie Beth-San erbij waar zorg aan mensen met een ernstige verstandelijke beperking wordt geleverd. Voorheen was een AVG van een andere instelling in de buurt beschikbaar voor de bewoners van Siloah, maar deze moest stoppen bij Siloah vanwege de krapte aan AVG-capaciteit in de eigen organisatie. Het management van Siloah heeft toen contact gezocht met AVG Margriet van Duinen die in die tijd samen met collega AVG Michiel Vermaak onder de naam 'Jouw Dokter' startte met het bieden van AVG consultdagen op locatie van kleinschalige woonvoorzieningen. In november 2019 is 'Jouw Dokter' samengegaan met behandeldienst Novicare.

De organisatie van de medische zorg door de huisarts en de AVG

Huisarts Robert Cranendonk is hoofdbehandelaar van alle patiënten op de zorgintensieve locatie Beth San en op de iets minder zorg intensieve locatie 'De Eersteling'. Een keer per week, op een vaste ochtend, komt hij langs op de woonlocatie Beth-San. Bezoek aan locatie 'De Eersteling' is op indicatie. Afspraken met verzorgenden of visite-afspraken worden ingepland en hij ontvangt van tevoren de vragen van de verzorgenden zodat hij er alvast over na kan denken. Kleine verrichtingen zoals het uitspuiten van oren of het geven van een injectie, wordt op afspraak gedaan door de doktersassistentes die dan langsgaan bij de patiënten. De huisarts doet de Advanced Care Planning.

PROFIEL:

Siloah Moerkapelle

- Woonlocatie De Eersteling: 26 mensen met een verstandelijke beperking wonen in eigen appartementen met gezamenlijke woonkamers.
- Woonlocatie Beth San: woongroepen en dagbesteding voor 12 mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende problematiek, zoals dementie en (ernstige) lichamelijke beperkingen.
- Siloah is onderdeel van Zorggroep Sirjon en biedt zorg en begeleiding vanuit een reformatorische identiteit.

Huisartsenpraktijk Moerkapelle

- Biedt zorg aan 5000 patiënten in Moerkapelle.
- 3 huisartsen, 2 POH's, 4 doktersassistentes, 1 praktijkmedewerker.

Novicare

- Zelfstandige behandeldienst voor en door behandelaren in de langdurige zorg voor ouderen en verstandelijk gehandicapten.
- Biedt behandeling, advies, scholing en training.
- Behandelen cliënten (geheel of gedeeltelijk) in verschillende geclusterde woonvormen en thuis.

Een keer per maand is AVG Margriet van Duinen van Novicare van 9 tot 15 uur aanwezig op de woonlocaties. Met de AVG worden door een secretaresse van Siloah afspraken ingepland: een consult van ruim een uur voor nieuwe bewoners zodat de AVG ze goed in kaart kan brengen.

Margriet van Duinen, AVG: *'Mensen met een verstandelijke beperking hebben proactieve zorg nodig want die vertellen vaak niet zelf waar ze last van hebben. Dus in een eerste consult wil ik onder andere een beeld hebben van de visus, het gehoor, hoe iemand kan eten, bewegen en wat de medische achtergrond is.'*

Voor vervolggconsulten (op initiatief van een verzorgende, huisarts of AVG) wordt een half uur gepland. Verder is de AVG tijdens kantooruren beschikbaar voor advies aan de huisarts. Momenteel wordt gekeken of 7x24 uren beschikbaarheid wenselijk is. Ongeveer 1x per jaar neemt Margriet van Duinen een psychiater - met expertise over deze doelgroep - mee naar de patiënten met ingewikkelde psychiatrische problematiek.

Spoed en zorg tijdens nachten, avonden, weekenden

Huisarts Robert Cranendonk is de vaste huisarts voor de cliënten, maar wordt bij spoed, wanneer hij zelf niet beschikbaar is, waargenomen door zijn twee collega's van de huisartsenpraktijk. Tijdens nachten, avonden en weekenden kunnen verzorgenden contact opnemen met de Huisartsenpost.

De samenwerking tussen de huisarts en de AVG

Huisarts Robert Cranendonk en AVG Margriet van Duinen werken nu zo'n 10 jaar samen. De rolverdeling is heel duidelijk: de huisarts doet echt de 24-uurs-zorg, is de hoofdbehandelaar en de AVG is de consulent voor de medische problemen die voortvloeien uit de verstandelijke beperking. Fysiek zien de huisarts en AVG elkaar enkel als dat echt nodig is, in principe overleggen ze per telefoon en mail. Dat gaat heel goed.

Margriet van Duinen, AVG: *'Ik vind het een uitdaging om te kijken hoe we het samen zo kunnen doen dat we in ieder geval het optimale bereiken. Hij besteedt aan deze cliënten wat meer tijd dan gemiddeld en heeft misschien ook wat vaker visites. Ik kom 1 keer per maand op locatie vanuit Brabant en ben altijd bereikbaar voor overleg. Daarbij heb ik*

ook moeten leren hoe je als consulent op afstand werkt, hoe leg je dan de lijntjes? Ik ben blij met het resultaat, want nu hebben deze patiënten zowel een huisarts als een AVG die beide hun expertise toe kunnen voegen op een efficiënte manier.'

Robert Cranendonk, huisarts: *'Wat ik heel fijn vind is dat ik voor het specifieke AVG-deel altijd een beroep op haar kan doen. Ze heeft de cliënten ook heel goed in kaart gebracht. Ze kent ze, dus als er tussendoor vragen zijn dan kan ik altijd bij haar terecht. Het is heel prettig dat er een specialist met veel kennis op de achtergrond meedenkt die je altijd kunt consulteren.'*

Op de dagen dat de AVG naar de woonlocaties komt, kan de huisarts, familie of de begeleiding van tevoren een consult aanvragen voor een cliënt. De AVG ziet de patiënt en het netwerk en maakt een brief voor de huisarts met een advies voor hem waarin zij heel duidelijk beschrijft welke dingen zij doet. Ook is in deze brief ruimte voor advies aan de verzorgenden, die net als de wettelijk vertegenwoordigers een kopie van de brief krijgen. Ook als er adviezen zijn over wijzigingen zijn op het gebied van medicatie wordt de huisarts daarover per brief geïnformeerd.

Margriet van Duinen, AVG: *'Als ik een advies heb waarvan ik denk dat het best wel ingrijpend is, dan bel ik hem even op om te bespreken of hij zich erin kan vinden en wat zijn overwegingen zijn. Maar er is ook vaak tussendoor contact, bijvoorbeeld als er iets verandert bij een patiënt en ik voorlopig niet op de locatie van Robert kom. Dan mailt hij mij met de vraag of ik hem kan bellen omdat hij iets wil voorleggen. Zo is de basis-generalistische zorg geborgd door de huisarts en kijk ik mee als het specifieke handicapgebonden problematiek betreft.'*

Robert Cranendonk, huisarts: *'Als huisarts ben je vooral bezig met de follow-up bij chronisch somatische ziekten. Ik word door de zorg goed geïnformeerd over gedragsproblemen. Als deze acuut zorg nodig hebben, pak ik het op en stem ik af met Margriet. De AVG wordt vooral ingezet om de lang lopende gedragsproblemen te behandelen die veelal samenhangen met bepaalde syndromen. Maar ook heel de aanpak eromheen, wat je kan bieden aan ondersteuning en aan structuur, wat verzorgenden dan nodig hebben, dat kun je als huisarts niet bieden, maar een AVG kan dat wel.'*

De huisarts betreft de AVG vooral op het gebied van gedragsproblematiek. Als er

gedragsstoornissen zijn, sprake is van ontwikkeling van dementie, als complexe epilepsie een rol speelt en ook als er complexe syndromen ten grondslag liggen aan de verstandelijke beperking.

Robert Cranendonk, huisarts: *‘Wanneer nieuwe mensen worden opgenomen dan kunnen ze soms veel medicatie gebruiken, psychofarmaca en dergelijke waar ik als huisarts gewoon te weinig van af weet en waar je ook niet zo snel iets aan durft te veranderen. Een AVG kan dat wel in een goed kader plaatsen en aanpassingen doen, of afbouwen omdat ze nu in een andere context opgenomen zijn. En dat komt absoluut de kwaliteit van de zorg ten goede.’*

Informatie-uitwisseling

De huisarts is dossierhouder en ontvangt na elk consult van de AVG een brief met advies dat hij toevoegt aan het dossier. De AVG heeft geen toegang tot het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Een uitslag van bijvoorbeeld een bloedonderzoek komt daarom via de doktersassistente bij de AVG zodat zij kan bekijken of er acties nodig zijn. Ook is er telefonisch contact tussen de huisarts en de AVG.

Voorwaarden

Belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerking is dat beide partijen zich committeren om goede en duidelijke afspraken met elkaar te maken. Over wie waar verantwoordelijk voor is en hoe met elkaar te communiceren, documenteren en evalueren. Ook de bereikbaarheid van beide artsen en laagdrempelig intercollegiaal contact zijn van belang.

Margriet van Duinen, AVG: *‘Ik denk dat het succesvol kan zijn als je die commitment echt met elkaar aan kunt gaan en daarbij goede randvoorwaarden hebt, waarbij ieder de professionele rol en verantwoordelijkheid kan nemen die past bij zijn vak en waar hij zich prettig bij voelt. Je moet het gesprek met elkaar aangaan en beide uitspreken waar je expertise ligt, hoe je de samenwerking voor je ziet en dat blijven evalueren, want dat kan zich ook weer ontwikkelen.’*

Daarnaast is het maken van goede financiële afspraken belangrijk zodat duidelijk is per patiënt hoe de financiële afhandeling geregeld moet worden.

Aanbevelingen

Margriet van Duinen, AVG: *‘Ik ben van mening dat iedereen met een verstandelijke beperking het best bediend wordt als die een huisarts en een AVG heeft. Omdat ook de nieuwe generatie AVG's niet meer huisartsgeneeskundig wordt opgeleid. Dus bijvoorbeeld suikerziekte of een hartinfarct herkennen en behandelen, zit niet meer in die opleiding. Natuurlijk ben je wel arts, maar dat stukje mis je. Ik vind het echt een uitdaging hoe we het in de eerste lijn ondanks de krapte goed met elkaar kunnen organiseren. Want als wij als AVG's beschikbaar willen zijn voor alle specialistische zorg in de regio dan kunnen wij het huisartsenstuk er niet bij doen, ongeacht of dit wel of niet in de opleiding zit.’*

Robert Cranendonk, huisarts: *‘Ik ben eigenlijk wel heel tevreden met hoe het nu gaat. Deze samenwerking kan ik andere huisartsen echt wel aanbevelen. Het is hele andere huisartsenzorg omdat het om een specifieke patiëntengroep gaat, maar dat geeft ook op een bepaalde manier weer voldoening. Het is mooi om als huisarts zo samen met de AVG iets te kunnen betekenen voor deze kwetsbare mensen.’*

Resultaten

- Continuïteit en kwaliteit van zorg is geborgd door de huisarts met de expertise van de AVG waar nodig.
- De huisarts komt wekelijks op de woonvoorzieningen, de AVG maandelijks en is 24/7 bereikbaar per mail of telefoon.
- Minder verwijzingen naar een specialist in het ziekenhuis waardoor deze kwetsbare groep niet uit de vertrouwde setting gehaald hoeft te worden.
- Jaarlijkse consultdag van AVG samen met psychiater op de woonvoorziening.



De AVG Praktijk Arnhem Siza: voor advies, onderwijs en onderzoek

Bij de AVG Praktijk Arnhem werken Artsen Verstandelijk Gehandicapten (AVG's) van Siza. Voor een bezoek aan de AVG Praktijk Arnhem is een verwijzing van de eigen huisarts nodig. Een huisarts kan een patiënt naar de AVG Praktijk verwijzen bij alle vragen en problemen die (vermoedelijk) met een verstandelijke beperking te maken hebben.

Aanleiding

AVG's van Siza deden al regelmatig consulten op verwijzing van huisartsen. Sinds 2019 is dit geformaliseerd en georganiseerd onder de naam AVG Praktijk Arnhem Siza, in navolging van de werkwijze bij de AVG Praktijk Nijmegen, waar ook AVG's van Siza werken.

De AVG Praktijk Arnhem Siza is opgezet in nauwe samenwerking met 'De Praktijk Arnhem', een netwerkorganisatie tussen Elver, Pluryn, Driestroom en Siza waardoor onder andere orthopedagogen, (GZ-)psychologen, AVG-artsen, therapeuten en maatschappelijk werkers beschikbaar zijn. 'De Praktijk Arnhem' werkt met triagisten die bij de verschillende organisaties werken en dus betaald worden uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Op basis van de vraag van de verwijzer, bijvoorbeeld een huisarts, wordt door de triagist gekeken welke professionals ingeschakeld worden. Is bij de huisarts al direct duidelijk dat die een AVG wil betrekken in de behandeling, dan kan direct naar de AVG Praktijk Arnhem Siza worden verwezen.

De organisatie van de medische zorg door de huisarts en de AVG

Voor de AVG Praktijk Arnhem Siza zijn 3 à 4 AVG-artsen van Siza beschikbaar. Ondersteuning van de AVG Praktijk komt uit de medische dienst van Siza. Doktersassistenten verwerken aanmeldingen en maken telefonische afspraken. De financiële afdeling van Siza brengt de consulten in rekening en de consulten vinden plaats bij de medische dienst van Siza.

Mathilde Mastebroek, AVG: *Wij willen vooral diensten kunnen aanbieden vanuit ons*

PROFIEL:

Siza

- Ondersteuning en zorg aan mensen met een lichamelijke, verstandelijke of meervoudige beperking en mensen met autisme of niet-aangeboren hersenletsel.
- 2500 medewerkers bieden zorg en ondersteuning aan ruim 3500 mensen.
- 150 locaties verspreid over Gelderland en Midden-Brabant.
- AVG's van Siza werken voor AVG Praktijk Nijmegen en AVG Praktijk Arnhem.
- AVG Praktijk Nijmegen werkt samen met de Academische Werkplaats 'Sterker op Eigen Benen' waar het Radboudumc onderdeel van is.
- AVG Praktijk Nijmegen geeft inmiddels > 500 consulten per jaar.

Huisartsenpraktijk Johan de Witt & Cornelis

- 8700 patiënten in Arnhem, waarvan een groot deel met lage sociaaleconomische status en laag IQ.
- 6 huisartsen, 6 praktijkondersteuners, 8 doktersassistenten.

vakgebied aan meer dan alleen de mensen die hier in een instelling wonen. Dus dat de zorginstelling daar gelegenheid voor geeft, is fijn.'

Geraline Leusink, medisch directeur Siza en hoogleraar Geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking: *'Als je kijkt naar de deskundigheid van AVG's en de deskundigheid van huisartsen en het tekort aan zowel huisartsen als AVG's, dan moeten we naar dit soort vormen van samenwerking. Dan kan een AVG in een organisatie zorg verlenen aan patiënten die in zorglocaties wonen waar mensen matig en ernstig verstandelijk beperkt zijn, maar kan een AVG ook deskundig zijn op het gebied van andere problematieken. Ik zie dit wel als een oplossing die ik voor de lange termijn bruikbaar en haalbaar acht.'*

De AVG Praktijk Arnhem Siza is op dit moment nog minder bekend onder huisartsen, maar het aantal verwijzingen neemt duidelijk toe.

De samenwerking tussen de huisarts en de AVG

Mathilde Mastebroek werkt als AVG 6 uur per week voor de AVG Praktijk Nijmegen, 6 uur voor de AVG Praktijk Arnhem Siza en 12 uur in de instellingen van Siza. Huisarts Dorien Cohen Stuart werkt in een praktijk in een achterstandswijk in Arnhem waar een laag IQ veel voorkomt. Als kaderarts GGZ hoorde zij een paar jaar geleden over consultatie door AVG's toen er een verzoek kwam om te overleggen met de regionale huisartsenorganisatie over wat zij konden betekenen voor de huisartsen. Daarna en daardoor heeft zij een aantal keer patiënten met GGZ-problemen en met een laag IQ die vastliepen in de reguliere zorg, doorverwezen naar De Praktijk Arnhem. Ook is zij met haar collega's in de huisartsenpraktijk gaan nadenken hoe ze het zelf in de huisartsenpraktijk beter zouden kunnen doen voor patiënten met een verstandelijke beperking. Er is een signaleringskaart gemaakt en het screeningsinstrument SCIL voor een Lichte Verstandelijke Beperking (LVB) is geïntroduceerd, waar met name de praktijkondersteuners GGZ mee werken. Ook worden nu afspraken gemaakt met wijkteams en andere samenwerkingspartners, waaronder De Praktijk Arnhem.

Dorien Cohen Stuart, huisarts: *'Als huisarts moet je je er bewust van zijn dat je ook aan LVB moet denken. Het is een belangrijke doelgroep die we vaak over het hoofd zien omdat het niet opvalt. Mensen worden boos en gefrustreerd omdat ze het vaak niet goed begrijpen. Je moet beter uitleggen, langzaam praten, de tijd nemen, daar zijn we*

veel meer mee bezig gegaan. Je kunt in je bejegening enorm veel winst behalen als je je hiervan ervan bewust bent. En we raadplegen pas de AVG Praktijk als mensen helemaal vastlopen. Als het echt complex wordt.'

Mathilde Mastebroek, AVG: *'Ik vind dat de drempel voor een huisarts om te verwijzen heel laag moet zijn. Ik merk soms wat aarzeling bij huisartsen. Op zich vind ik het heel oprecht dat ze zorgvuldig zijn in waar ze voor verwijzen en dat ze misschien ook eerst even willen bellen voor de zekerheid. Maar die drempel zouden ze niet hoeven te voelen.'*

Richtlijnen voor een verwijzing naar de AVG zijn in de praktijk niet altijd zo duidelijk. De verstandelijke beperking kan voor allerlei praktische en complexe problemen zorgen. Het gaat er vaak om dat iemand informatie niet begrijpt of een behandeling niet kan uitvoeren omdat iemand de mogelijkheden zelf niet heeft of niemand in de omgeving daarbij goed kan helpen.

Mathilde Mastebroek, AVG: *'Je zou kunnen zeggen dat een huisarts daar misschien zelf ook het een en ander in kan bedenken, maar als die zelf voelt "mijn energie of mijn creativiteit is nu een beetje op in deze situatie, ik zie even niet meer wat een goeie manier is om verder te gaan", dan moet dat voldoende reden zijn om naar een AVG-arts te gaan.'*

Geraline Leusink, medisch directeur Siza en hoogleraar Geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking: *'We zien vaak "onverstaanbaar of onverklaarbaar gedrag" bij mensen met een verstandelijke beperking. En als je er als huisarts in je generalistisch vak met kennis niet uitkomt, wil je graag een specialist raadplegen. Wij zien de AVG als specialist voor geneeskunde aan mensen met een verstandelijke beperking.'*

De AVG Praktijk Arnhem Siza heeft alle huisartsen van de buitenlocaties van Siza benaderd en gevraagd welke ondersteunende diensten ze graag van de AVG-artsen van Siza zouden willen hebben. Want het gaat ook om patiënten met een Wlz-indicatie met behandeling en die hebben, als het nodig is, ook recht op een AVG-arts.

Dorien Cohen Stuart, huisarts: *'Dat ik nu iemand heb met wie ik kan overleggen met kennis van zaken op het gebied van LVB, dat is een enorme verbetering. Als ik bel voor overleg zijn ze super bereikbaar. Je hebt nu gewoon een maatje om te overleggen van*

wat kunnen we hier überhaupt mee? Zonder dat je per se die patiënt hoeft te verwijzen. Dat vind ik heel fijn, je hebt in ieder geval een soort back-up en kennis van een AVG in de buurt, want die was er gewoon niet.'

Bij een doorverwijzing is de AVG vaak wel een maand bezig om informatie te verzamelen, vragen uit te zetten en mensen aan de lijn krijgen om hun perspectief te horen.

Mathilde Mastebroek, AVG: *'Wij kunnen meer tijd nemen voor het uitpluizen van een complexe situatie. De huisarts heeft helemaal geen tijd om al dat soort uitpluis- en uitzoekwerk te doen. Het hoort ook minder bij een huisarts. Daar komt zo veel bij kijken. Snappen hoe iemands ontwikkelingsniveau is, wat het betekent dat iemand een laag sociaal emotionele ontwikkeling heeft, of wat een disharmonisch ontwikkelingsprofiel betekent. Of dat er aanwijzingen zijn voor autisme die maken dat iemand niet zelfstandig kan functioneren.'*

Wat de AVG voor huisartsen ook kan betekenen is medicatiebewaking. Het gaat hierbij om medicatie waarvoor huisartsen zich niet bekwaam voelen zoals antipsychotica, antidepressiva, slaaptabletten maar ook anti-epileptica. De huisarts kan wel herhaalrecepten uitschrijven, maar bij problemen of vragen dan verwijzen naar de AVG.

Informatie-uitwisseling

Huisartsen kunnen Zorgdomein gebruiken voor het verwijzen naar de AVG Praktijk. En ook kan de AVG de informatie die geen haast heeft, via Zorgdomein Overleg toesturen aan de huisarts. Die informatie kan dan automatisch ingeladen worden in het huisartsinformatiesysteem (HIS).

Vrij snel na het eerste contact met de patiënt stuurt de AVG een brief aan de huisarts waarin staat dat het eerste contact heeft plaatsgevonden en waar de AVG Praktijk mee bezig is. De huisarts kan dan makkelijker even bellen, want de AVG heeft de patiënt gezien en is als medebehandelaar nu betrokken.

Dorien Cohen Stuart, huisarts: *'Van Mathilde kreeg ik een keer een uitgebreide brief over een patiënt die ik ook grondig met haar besproken had voordat ik 'm verwees. In deze brief stond het hele doel en plan in 4 A4 uitgelegd en wat ze gingen doen, fantastisch was dat. Zo had ik ook richting en kon ik ook aan hem weer vertellen wat ze van plan waren zodat hij aangehaakt bleef.'*

Voorwaarden

Een AVG moet affiniteit hebben met het poliklinische werk want de manier van werken is heel anders dan intramuraal. Het is veel meer solistisch en vraagt om een steunnetwerk daaromheen in kaart te brengen of nog mensen daarbij te zoeken. Bekendheid, zichtbaarheid en vindbaarheid van de dienstverlening door AVG-praktijken is belangrijk. Dit gebeurt nu via de website van NVAVG, via Zorgdomein en scholing aan huisartsen.

Het is belangrijk dat er geen wachtlijsten ontstaan, dat er geen drempels zijn voor het maken van afspraken en dat het mogelijk is om multidisciplinair samen te werken.

Laagdrempelig contact en goede terugkoppeling van AVG naar huisarts over ondernomen acties en vervolgstappen is belangrijk. En voor de patiënt is het prettig werken wanneer bijvoorbeeld een bloedonderzoek geregeld kan worden vanuit de huisartspraktijk.

Wensen

Voor de huisarts is het niet helemaal duidelijk wat de AVG Praktijk te bieden heeft. Meer informatie daarover is wenselijk.

Veel patiënten met een verstandelijke beperking kunnen niet terecht bij de reguliere GGZ of de verslavingszorg, maar ook een AVG vult dat gat inhoudelijk niet helemaal. Meer samen optrekken en/of het behandelaanbod in de reguliere GGZ zorg en verslavingszorg uitbreiden met behandelaanbod voor deze doelgroep zou wenselijk zijn.

Vanuit de AVG bestaat een sterke wens om nog meer samenwerking met praktijkondersteuners van huisartsen op te zetten. Zij kunnen in het voortraject of juist in het natraject een belangrijke rol spelen. In het voortraject kunnen zij signaleren dat er überhaupt een sterke beperking is of er alert op zijn. Soms is er sprake van problematiek die niet per se de inzet van een gespecialiseerde psycholoog vraagt, maar wel extra begeleiding nodig heeft. Deze begeleiding zou eventueel de Praktijkondersteuner GGZ van de huisartspraktijk (POH GGZ) kunnen bieden. De AVG zorgt dan voor de medicatie, de POH GGZ richt zich dan bijvoorbeeld op steunende contacten of het aanleren van copingvaardigheden.

Mathilde Mastebroek, AVG: *'POH's GGZ hebben veel in hun mars als het gaat om patiënten met psychische problemen. Ze kennen de context gewoon heel goed. Alles wat in de omgeving van een patiënt ook op orde moet zijn om te zorgen dat iemand weer een beetje goed functioneert. Zij hebben ook contacten in de eerste lijn met bijvoorbeeld wijkteams en sociaal maatschappelijk werk, dus het zou een heel belangrijke samenwerkingspartner van ons kunnen worden. En misschien ook wel in de samenwerkingsvorm dat ik als AVG wat meer in een huisartsenpraktijk kom, in plaats van dat patiënten naar mij toe moeten komen.'*

Resultaten

- 4 AVG's beschikbaar voor AVG Praktijk Arnhem Siza.
- Ongeveer 75 patiënten in 2019, met en zonder Wlz-indicatie.
- Consult met AVG mogelijk, juist ook voor mensen die niet in een instelling wonen.
- Nieuwe zorgroutes beschikbaar voor patiënten van huisartspraktijken.
- Verwijzing is nu mogelijk via Zorgdomein.
- AVG communiceert met patiënten op een niveau dat ze begrijpen.
- AVG's zorgen voor medicatiebewaking voor medicatie waar huisartsen zich niet bekwaam in voelen.
- AVG's monitoren de gezondheid bij mensen met een verstandelijke beperking veroorzaakt door een syndroom.
- Als huisartsen weten dat ze terecht kunnen bij een AVG, accepteren ze eerder patiënten uit een zorginstelling.



MIDDIN-GEZONDHEIDSCENTRUM VAILLANTPLEIN: AVG in de huisartspraktijk

Gezondheidscentrum Vaillantplein biedt huisartsenzorg aan de bewoners van de Haagse Schilderswijk en Transvaal, daklozen, bewoners van enkele maatschappelijke opvanginstellingen en aan twee woonvoorzieningen van Middin voor mensen met een verstandelijke beperking. Voor diverse locaties van Middin in Den Haag, waar nog geen huisartsenzorg in de wijk geregeld is, biedt een van de Artsen Verstandelijke Gehandicapten (AVG's), naast AVG-zorg, ook de huisartsenzorg voor bewoners. Sinds 3,5 jaar ontvangt de AVG regelmatig patiënten in een spreekkamer van Gezondheidscentrum Vaillantplein. Wekelijks is de AVG een vaste middag aanwezig in het gezondheidscentrum. Inmiddels bestaat een intensieve samenwerking tussen de huisartsen en de AVG. Een specialistisch ambulante begeleider van Middin is betrokken voor advies voor het organiseren van zaken zoals huisvesting, financiën en ambulante ondersteuning.

Aanleiding

Vanwege de geografische spreiding en de vele locaties van Middin in Den Haag waren van oudsher al veel huisartsen betrokken bij locaties in de wijk. In 2016 kwam er een extra AVG bij Middin werken voor het centrum Den Haag. Voor een aantal locaties deed zij ook de huisartsenzorg. Het idee ontstond om een werkplek voor de AVG in het centrum te zoeken. Ook omdat het voor de mensen die huisartsenzorg van de AVG ontvangen, prettiger is om het gevoel te hebben 'naar een gewone huisartsenpraktijk te gaan'. Met de huisartsen van Vaillantplein was al een samenwerking, omdat zij de huisartsenzorg boden voor een woonlocatie van Middin. Op deze locatie van Middin ging de nieuwe AVG de echte AVG-zorg leveren en dus meekijken met patiënten met een complexere zorgvraag. Later werd zij ook gevraagd om dat te doen voor de andere locaties, waar de huisartsen de zorg boden. Vervolgens werd dit steeds meer uitgebreid.

Samenwerking tussen huisartsen en AVG

De huisartsen bieden zorg op twee locaties van Middin. De AVG wordt betrokken bij patiënten met psychiatrische problemen en de evaluatie van de psychofarmaca. De AVG neemt deel aan een multidisciplinair overleg (MDO) over mensen met een

PROFIEL:

Middin

- 5000 cliënten verspreid over 193 locaties in Zuid-Holland
- begeleiding, werk en dagbesteding voor diverse doelgroepen
- regio Den Haag: 5 parttime AVG's, 1 aios AVG, 1 basisarts, 1 parttime huisarts voor de huisartsenzorg op de grote locatie, doktersassistentes en een praktijkverpleegkundige

Huisartsen Vaillantplein

- 4700 patiënten die in de Haagse Schilderswijk en Transvaalbuurt wonen en/of verblijven in opvanghuizen en hospicezorg
- veel patiënten met een migratieachtergrond, + 15% is onverzekerd
- opleidingspraktijk die NHG-geaccrediteerd is
- Gezondheidscentrum Vaillantplein is onderdeel van de SHG Groep die uit 8 gezondheidscentra met 5 apotheken bestaat

behandelplek (Wlz met behandeling). En voor de mensen die daar wonen zonder behandelplek (Wlz zonder behandeling) vraagt de huisarts via een verwijzing regelmatig de AVG om mee te kijken, bijvoorbeeld voor het opstellen van niet-reanimeerbeleid en controle van psychiatrische medicatie. De verpleegkundige in de huisartsenpraktijk inventariseert een maal in de drie weken alle vragen op locatie en voert bijvoorbeeld bloeddruk- en diabetescontroles uit. De huisarts en AVG voeren samen met de apotheker de medicijnevaluaties van alle cliënten van de twee locaties uit. Door de vaste werkplek van de AVG op het Gezondheidscentrum Vaillantplein, werd intercollegiaal overleg tussen huisarts en AVG laagdrempelig; dat heeft de samenwerking bevorderd.

AVG Kathleen van den Brink: *‘Op een gegeven moment kwamen de huisartsen ook met verhalen over patiënten in de praktijk met wie ze vastliepen. Want ik zei elke keer: als je vastloopt en je denkt dat de hulpvraag onderliggend met een verstandelijke beperking te maken heeft, kom maar langs.’*

Door de geïntensiveerde samenwerking bij de ingewikkeldere casuïstiek merkten de huisartsen dat de expertise van de AVG, juist ook in de complexe doelgroep van de eigen praktijk van pas kon komen. Deze huisartsen hebben te maken met een speciale doelgroep in deze achterstandswijk waardoor de verstandelijke beperking niet altijd meteen opvalt. En waar het vaak moeilijk is de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. De huisartsen kregen scholing over het herkennen van een verstandelijke beperking.

Huisarts Richard Starmans: *‘Ons gezondheidscentrum heeft een wat ingewikkelde populatie. Zoals: veel mensen met een migratieafkomst, een aantal huizen met licht verstandelijk gehandicapt, daklozen, mensen zonder status. Grote groepen met problematieken die voor een deel ook voortkomen uit hun verstandelijke beperkingen. Dat kan lastig zijn en dan is het handig om daar een vorm van back-up bij te hebben. Dat verbetert de kwaliteit van zorg, het maakt het ook efficiënter en niet in de laatste plaats: het vergroot ook je eigen werkplezier. Je veerkracht als huisarts met een ingewikkelde populatie stijgt enorm als je daarover af en toe iemand mag raadplegen.’*

De huisarts raadpleegt de AVG zodra hij er zelf niet meer uitkomt, bij de complexere zorgvragen. Bijvoorbeeld bij patiënten met een verstandelijke beperking bij gedragsproblemen, angstklachten, het vermoeden van dementie, psychiatrische

problemen, slaapproblemen, of somatiek die verbonden is aan een verstandelijke beperking.

AVG Kathleen van den Brink: *‘Een huisarts is er om te kijken of het iets is wat in zijn vakgebied valt. En als dat niet zo is, dan stuurt hij het door. Net als naar een internist, een dermatoloog, en daar zou, als het iemand met een verstandelijke beperking betreft, de AVG eigenlijk ook bij moeten horen. Er zijn vragen die te veel tijd kosten om daar helemaal in te duiken omdat het dan met een verstandelijke beperking of een onderliggend syndroom te maken heeft. Dan kijken we mee. Ook kijken we overkoepelend en intensiever mee bij de MDO's. Dus niet zozeer op één vraag van één huisarts, maar structureel bij de ingewikkelde problemen van mensen die een hoge zorgzwaarte hebben.’*

Voor de huisarts betekent het samenwerken met de AVG en met de specialistisch ambulante begeleider van Middin, dat hij nu mensen met een verstandelijke beperking, bij wie vaak ook sprake is van een cumulatie van problemen op het gebied van bijvoorbeeld huisvesting en financiën, beter kan helpen. Door de inzet van de specialistisch ambulante begeleider lukt het vaak weer om orde aan te brengen in het leven van iemand, waardoor het daarna beter lukt om ook met de gezondheidsproblemen aan de slag te gaan.

Huisarts Richard Starmans: *‘In de samenwerking nu is de bereidheid om problemen op dat gebied op te pakken veel groter. Veel groter dan dat ik hier per keer zou moeten gaan uitzoeken bij wie ik daar nu voor terecht kan. In de waan van alledag en met de drukte lukt dat niet. Nu weet ik gewoon dat ik even kan overleggen waarna het goed wordt opgepakt. Dat wil niet zeggen dat altijd alles lukt, maar je hebt een ingang. Voordat we deze samenwerking hadden, deed je weliswaar je best als huisarts maar kwam je er dan toch vaak niet uit, of je liet het maar liggen en accepteerde dat soms dingen gewoon onmogelijk waren.’*

Voor de AVG betekent het samenwerken met huisartsen dat huisartsen de zorg kunnen bieden in de buurt van de patiënt en passend binnen het vakgebied. Dat voorkomt situaties als een AVG die bijvoorbeeld van Kijkduin naar Zoetermeer moest rijden om een rood oog van een patiënt te bekijken. En dat de AVG zich nu meer kan richten op de complexere zorgvragen.

Afstemming

Huisarts en AVG stemmen af door bij elkaar binnen te lopen op de middag dat de AVG aanwezig is bij Gezondheidscentrum Vaillantplein. En zij zien elkaar periodiek bij MDO's, waarbij ook de persoonlijke begeleider van de bewoners en soms een familielid of een mentor aanwezig is. Ook zien zij wel eens samen een patiënt, bijvoorbeeld wanneer sprake is van een verstandelijke beperking, bij wie ook somatische zaken en gedragsproblemen spelen. Zij ervaren het samen zien van een patiënt als uiterst effectief. Een gezamenlijk dossier er niet, over en weer wordt schriftelijk gerapporteerd en informatie uitgewisseld. Bij een verwijzing van de huisarts naar de AVG, plant een doktersassistente van Middin een afspraak in. Zij beheert de agenda van de AVG en kan goed inschatten welke hulpvragen welke prioriteit hebben.

Wensen

Voor mensen met een verstandelijke beperking is het laagdrempeliger om naar een consult van de AVG te komen op de voor hen vertrouwde huisartsenpraktijk. De kosten voor AVG-zorg via de Zorgverzekeringswet (Zvw) gaan af van het eigen risico, maar dat zou juist voor deze groep een drempel kunnen zijn.

Voorwaarde voor de succesvolle samenwerking tussen deze huisartsen en AVG is dat zij elkaar periodiek zien, laagdrempelig contact zoeken met elkaar, samenwerken vanuit het belang van de patiënt en met respect voor elkaar. Een gezamenlijk informatiesysteem zou ideaal zijn, maar lijkt moeilijk te organiseren. Informatie-uitwisseling via beveiligde mail werkt ook.

De huisarts pleit ervoor dat de mensen die binnenkomen in daklozenvoorzieningen (via het daklozenloket van de gemeente), meteen daar gescreend worden op verstandelijke beperkingen.

Extra vergoedingen voor huisartsen voor deelname aan MDO's zijn wenselijk. De huisartsenpraktijk is zowel met de zorgverzekeraar als bij Middin, hierover in onderhandeling.

Met slechts 230 AVG's is het niet mogelijk om alle mensen met een (licht) verstandelijke beperking de mogelijkheid tot AVG-zorg te bieden als AVG's ook nog algemeen medische zorg op diverse verspreide locaties moeten leveren. In de ideale situatie levert de huisarts deze algemeen medische zorg dichtbij de patiënt en is een AVG beschikbaar voor de complexe zorgvragen.

Resultaten

- Wekelijks is een AVG een middag aanwezig op de huisartspraktijk voor consulten met patiënten.
- Intercollegiale afstemming en raadpleging tussen huisarts en AVG is heel laagdrempelig.
- Ook de toegang tot het netwerk van de AVG en de beschikbaarheid om andere zorgvormen in te zetten is laagdrempelig.
- De kwaliteit van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is toegenomen doordat deze groep nu beter en efficiënter wordt geholpen.
- Het makkelijk kunnen raadplegen van de AVG heeft een groot leereffect voor de huisartsen over deze doelgroep en vergroot hun werkplezier.
- Huisarts Starmans gebruikt dit voorbeeld van samenwerking tussen huisartsen en AVG in de huisartsopleiding Leiden waar hij docent is.

De Zijnen: verpleegkundig specialisten vormen de spil in de zorg

Bij De Zijnen vervullen verpleegkundig specialisten (VS-en) al heel lang een spilrol in de zorg voor hun bewoners met een verstandelijke beperking. Dit doen zij voor de hele provincie Groningen. In de woonplaats van de patiënt is een huisarts geregeld in een huisartsenpraktijk. VS-en leveren meer of minder ondersteuning aan de patiënten of aan de huisartsen. In twee woonplaatsen lukt het niet om de zorg zo te organiseren. Daarvoor heeft De Zijnen een huisarts in dienst genomen die de complexe zaken doet, naast de VS-en die daar primair de huisartsenzorg leveren. Voor de meer complexe VG-zorg hebben zij sinds een jaar ook weer een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) beschikbaar.

Aanleiding

Zo'n twintig jaar geleden koos de toenmalige AVG er heel bewust voor om verpleegkundigen een belangrijke rol te geven in de zorg aan mensen een verstandelijke beperking. Sandra de Wit startte in 2000 als wijkverpleegkundige bij de medische dienst en volgde later de opleiding tot VS.

Sandra de Wit, VS: *'Het was een inhoudelijke motivatie om de zorg zo te organiseren en geen verlegenheidskeus. Daar ben ik best trots op. De AVG redeneerde: "Ik ben als behandelaar betrokken, maar jullie zijn eigenlijk mijn ogen en oren, jullie zitten dicht bij de patiënten, zien ze vaker en er zijn een aantal gebieden waarop jullie zelfstandig je ding kunnen doen." Dat was op het gebied van obstipatieklachten, wondzorg en huidproblematiek. Dit was al voordat het vak Nurse Practitioner en later het vak VS bestond. Wij werkten al op die manier omdat de arts ook zag dat dat kon en dat de patiënt daar beter van werd.'*

De organisatie van de medische zorg door de VS, huisarts en AVG

De Zijnen heeft ruim dertig woonlocaties waar mensen wonen met een indicatie voor behandeling en verblijf. Daarnaast zijn er 31 dagbestedingslocaties en bieden ze ambulante begeleiding en logeren. Aan de locaties met behandeling en verblijf is de medische dienst verbonden. Voor de locaties met alleen dagbesteding, werkvoorziening of logeren is de medische dienst soms betrokken. De mensen

PROFIEL:

De Zijnen

- biedt zorg en ondersteuning aan circa 1100 mensen met een verstandelijke beperking
- zorg in de gehele provincie Groningen
- ruim 30 locaties waarvan 17 met behandeling en verblijf

Huisartsenpraktijk Maring

- praktijk aan huis in Tolbert
- biedt zorg aan ruim 2600 patiënten
- 1 huisarts, 1 waarnemend huisarts, 2 doktersassistentes, 1 praktijkverpleegkundige, 1 POH GGZ, 1 diëtiste

hebben zoveel mogelijk een lokale huisarts zodat ze in het reguliere circuit kunnen meedraaien. Ruim zestig huisartsen hebben een contract met De Zijlen om lokaal huisartsenzorg te leveren.

In 2005 stopte de toenmalig AVG bij De Zijlen. Huisarts Hans Maring is vanaf 2005 betrokken voor de huisartsgeneeskundige zorg voor ruim tweehonderdtwintig patiënten met verblijf en behandeling op diverse woonlocaties in en nabij Tolbert. Sinds najaar 2019 heeft De Zijlen weer een AVG: Annelies Smits, voor twee dagen per week. Voordat zij kwam, was er een AVG van een andere organisatie op contractbasis beschikbaar voor acht uur per week. De spil in de medische zorg werd en wordt nog steeds gevormd door het team van VS-en (drie gediplomeerd, twee in opleiding). De Zijlen werkt vraag-georiënteerd. Medische vragen en problemen moeten via de persoonlijk begeleider bij de medische dienst gemeld worden. Daar komt de vraag binnen bij de assistente en zij triert.

De gedragskundige is hoofdbehandelaar en voert de regie op alle onderdelen van de inhoudelijke zorg. Die houdt het overzicht en kijkt bijvoorbeeld ook of vrijetijdsbesteding kwalitatief goed is en of de competenties van de begeleiders voldoende aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt.

Annelies Smits, AVG: *'De spil van de medische zorg wordt gevormd door het team van VS-en. Daar zit ik dan achter als AVG en de huisarts voor de huisartsenzaken en zo nog een aantal mensen eromheen.'*

VS-en zijn het eerste aanspreekpunt voor huisartsgeneeskundige zorg voor twee locaties, het oude instellingsterrein in Tolbert en nog een locatie in Appingedam. Daar draaien ze spreekuur en leggen ze visites af.

Sandra de Wit, VS: *'Wij verlenen voor een deel als VS de huisartsgeneeskundige zorg. Bewoners komen dus bij ons op het spreekuur met niet-acute klachten. Verreweg de meeste vragen op huisartsgeneeskundig gebied worden door ons beantwoord.'*

Hans Maring, huisarts: *'Ik doe structureel een dagdeel in de week spreekuur op de medische dienst bij De Zijlen voor reguliere niet spoedeisende huisartsenzorg. Verder ben ik heel de week beschikbaar voor spoedgevallen en voor overleg met verpleegkundigen op De Zijlen. Ik draai mee met de geneesmiddelencommissie, dat is een commissie die zich bezighoudt met medicijntoediening bij patiënten van De Zijlen. En ik doe jaarlijks medicatiereviews voor alle patiënten in Leek/Tolbert samen met de apotheker en de*

persoonlijk begeleider en eventueel de VS.'

De Zijlen heeft afspraken met diverse specialisten zoals een neuroloog en een psychiater die ze kunnen consulteren.

Sandra de Wit, VS: *'We organiseren dan een soort spreekuur op de medische dienst. Het voordeel daarvan is dat er ook meer mensen bij kunnen zijn, bijvoorbeeld de familie of de gedragsdeskundige als dat wenselijk is. En we kunnen dan ook wat meer tijd organiseren voor de patiënt.'*

Een deel van de epilepsiezorg voeren de VS-en zelf uit, zo nodig met de AVG. Jaarlijkse evaluaties, bijstelling anti-epileptica en het instellen van verder onderzoek of diagnostiek. De VS bereidt met het team of de persoonlijk begeleider een consult voor en bespreekt dit dan samen met de neuroloog en de patiënt op het spreekuur. Vervolgens speelt de VS een rol in de opvolging van de adviezen die zijn gegeven.

Sandra de Wit, VS: *'We zorgen van tevoren voor aanvullende diagnostiek zoals prikken in het lab of beeldmateriaal, zodat de beoordeling door de neuroloog ook goed kan plaatsvinden. Als je pas in het consult hoort dat de neuroloog graag beeldmateriaal zou willen zien, krijg je vertraging, want die neuroloog komt pas drie maanden later weer.'*

Voor de locaties waar mensen wonen zonder indicatie voor behandeling, zijn de VS-en het aanspreekpunt voor de VG-zorg. Daar doet een lokale huisarts alle huisartsenzorg en sluiten zij aan bij multidisciplinaire overleggen (MDO) en bijzondere vraagstukken die specifiek met een verstandelijke beperking te maken hebben.

Sandra de Wit, VS: *'Met bepaalde locaties hebben we de afspraak dat we daar wekelijks of maandelijks op vaste momenten zijn. Ook zijn er vaste momenten voor multidisciplinair overleg op locaties. De frequentie is afhankelijk van de grootte van de locatie en de samenstelling van de bewoners op de locatie.'*

Spoed en zorg tijdens avonden, nachten, weekenden (ANW)

Tijdens ANW is er een nachthoofd: een verpleegkundige die kijkt of ze het zelf kan oplossen of dat er lichamelijke medische behandeling of diagnostiek nodig is. Dan gaat het naar de dienstdoende huisarts. Licht het probleem op een ander vlak? Dan is er een dienstdoende gedragskundige van De Zijlen die kan bijstaan.

De samenwerking tussen de VS, huisarts en AVG

Annelies Smits, AVG: *'Cruciaal in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is toch de continuïteit; het overzicht van het lichamelijk en psychisch beeld door de tijd heen. Voor deze doelgroep geeft dat heel veel aanwijzingen. Het is heel mooi om de VS in de regierol te hebben. Die heeft een somatische achtergrond en kan goed inschatten waar het over gaat. Tegelijkertijd is de VS heel goed thuis in de VG-zorg en snapt die hoe het werkt in een organisatie in een begeleidingssetting en wat de patiënten ook nodig hebben op andere vlakken. Ze kunnen goed inschatten of iets somatisch is of iets voor de gedragskundige. Zij moeten dan natuurlijk wel mensen achter de achter de hand hebben die ze kunnen inzetten op het moment dat het nodig is. Maar juist die cruciale spilfunctie die bestaat uit het hebben van overzicht in tijd en verstand van beide achtergronden; dat is echt de kracht van de VS in een VG-instelling.'*

Sandra de Wit, VS: *'Voor de vragen waar wij niet uitkomen, niet bevoegd of bekwaam voor zijn, kunnen wij een beroep doen op de huisarts. Om een voorbeeld te noemen: Ik kan prima vaststellen of iemand cardiale problemen heeft, maar ik ga geen diagnose stellen of een behandelplan opstellen. Maar ik kan wel bepalen of iemand naar de huisarts of het ziekenhuis moet. Maar als ik hier iemand krijg met longproblemen kan ik prima een longontsteking diagnosticeren en start ik zelf een behandelplan. Als de vraagstelling te complex is voor ons, of bij bepaalde gedragsbeïnvloedende medicatie, dan schakelen we de AVG in.'*

Annelies Smits, AVG: *'Ik kom in beeld als het medisch heel complex is, de verstandelijke beperking een grote rol speelt en soms ook als er een organisatorisch facet is: Kunnen we de juiste zorg bieden aan een patiënt op deze plek? Wat is daarvoor nodig en hoe moeten we daar verder mee? Dat zijn ook dingen die je met elkaar moet afwegen. Daar is de VS dan zeker bij betrokken want die kent het hele systeem, die kent alle knelpunten. Ik kijk dan ook mee vanuit mijn kennis: Doen we hier nou de juiste dingen in?'*

Hans Maring, huisarts: *'We werken op De Zijlen multidisciplinair waarbij iedereen zijn eigen deskundigheid inbrengt en er geen hiërarchische onderverdeling is. We treffen elkaar wekelijks op de medische dienst- dat levert veel op- ik kan het iedereen aanbevelen. Ik heb altijd veel ruimte geboden aan de rol van de VS om beleid te voeren en in de meeste gevallen toch haar ding te doen en open te staan voor overleg als dat nodig is. Het heeft mij veel geleerd. De verpleegkundige inbreng en kijk op de patiënt, zeker bij zo'n complexe groep als bij De Zijlen, is vaak veelzijdiger dan alleen maar de huisartsgeneeskundige traditionele blik. De verpleegkundige heeft meer tijd voor de patiënt, is meer praktisch*

ingesteld en heeft meer verstand van wondbehandeling. Vakinhoudelijk vind ik het een hele nuttige aanvulling op wat ik zelf zie en doe.'

Sandra de Wit, VS: *'Voor alle patiënten met een indicatie verblijf en behandeling willen wij in beeld hebben wat er nou precies speelt om ook inhoudelijk adviezen te kunnen geven over handicap-gerelateerde zaken. Zodat ook de huisarts zich gesteund weet. We zijn heel erg gericht op de patiënt en zijn context waardoor onze adviezen heel erg toegesneden zijn op de praktijk van de patiënt, maar ook wat de begeleiding nodig heeft om adviezen op te volgen. Dat is voor huisartsen nog weleens lastig, die voeren ook gewoon hun beleid maar kunnen niet goed inschatten of het voor die patiënt en begeleiders haalbaar is om het ook zo uit te voeren.'*

Annelies Smits, AVG: *'Bij een probleem met een patiënt, bellen we altijd even de huisarts om te vragen: "Heb je deze persoon de laatste tijd nog gezien? Wat is jouw indruk? Wat speelt er volgens jou allemaal nog meer mee? Wat voor lichamelijke klachten zit je nog aan te denken?" Wij delen dan onze visie. Want je merkt toch dat het echt twee hele verschillende werelden zijn en op het moment dat je ze bij elkaar legt, merk je echt dat ze complementair zijn.'*

'De meeste huisartsen hebben gewoon nog geen beeld van wat het specialisme van de AVG inhoudt. Door regelmatig met ze in gesprek te gaan en dingen langs te lopen of uit te leggen wat je doet of gewoon een casus te bespreken, leren ze je werkwijze, je zienswijze kennen. Ook zien nog maar weinig huisartsen dat de VS heel goed overzicht heeft en goed mee kan denken. Een huisarts wil eigenlijk gewoon de AVG spreken. Pas als je echt een band hebt opgebouwd, hebben ze ook geen probleem meer om VS-en ook in die rol te zien. Andersom geldt dat er ook vragen zijn waarvan ik denk ik ben geen huisarts, hier ga ik echt even een huisarts voor bellen.'

Afstemming

Maandelijks is er overleg met het team VS-en, de verpleegkundige, AVG en huisarts om goed af te stemmen. Over inhoudelijke medische onderwerpen, organisatiebrede zaken of een bepaalde doelgroep. Soms sluiten ook paramedici aan of mensen uit de organisatie.

Annelies Smits, AVG: *'Tussendoor is er ook heel veel maatwerk. Je moet eigenlijk continu per patiënt per situatie, wel bepaalde aanpassingen doen aan je beleid, of met elkaar erover hebben hoe je het vormgeeft, maar juist die structurele overlegmomenten*

zijn de momenten dat je elkaar echt even vindt en die ook zorgen dat het beleid gedragen wordt door iedereen die op dat moment betrokken is.'

'We komen ook jaarlijks bij alle lokale huisartsen om even te horen hoe het gaat, een aantal patiënten door te spreken of organisatorische aandachtspunten te bespreken. Heb je het over acute dingen, dan kun je elkaar natuurlijk tussendoor goed vinden, op de veilige app of even via de telefoon. Maar juist door een structureel moment te nemen dat je met elkaar de dingen doorloopt, maakt dat het gewoon goed blijft gaan, dat je een goed lijntje met elkaar houdt.'

Sandra de Wit, VS: *'Soms horen we dat adviezen die de huisarts geeft niet worden opgevolgd of de huisarts geeft aan dat de medewerkers meer kennis moeten hebben over een bepaald onderwerp. Wij kunnen dat team dan ondersteunen of scholen in wat er nodig is.'*

Informatie-uitwisseling

De Zijlen maakt sinds kort gebruik van een nieuw elektronisch cliëntdossier. De medische dienst moet belangrijke medische punten daarin noteren, maar er is ook een apart medisch dossier, want niet alle medische gegevens mogen, vanwege privacywetgeving, in het elektronisch cliëntdossier. Huisartsen hebben hun eigen huisartsendossier.

Annelies Smits, AVG: *'Nu is het vaak best omslachtig. Als je gegevens wil delen, dan moet je op een veilige manier gegevens naar elkaar zenden en dan weer knippen en plakken in je eigen dossier, waarbij je natuurlijk altijd een bepaalde vertraging hebt.'*

Sandra de Wit, VS: *'Op het moment dat wij informatie nodig hebben, moeten we eerst een toestemmingsverklaring laten tekenen en dan moeten we dat dossier opvragen. Daar gaat altijd een aantal weken overheen en dat is natuurlijk zonde. Eigenlijk wil je gewoon een gedeeld dossier.'*

Voorwaarden

Als belangrijke voorwaarden om goed met elkaar samen te kunnen werken wordt door AVG en VS genoemd: elkaar weten te vinden, laagdrempelig contact zoeken en bekendheid met elkaars vak en kennis maar ook met elkaars vragen. Weten wat je aan elkaar hebt en daar ook op kunnen vertrouwen. Enerzijds is een vaste structuur nodig, anderzijds ook ruimte voor flexibiliteit.

Annelies Smits, AVG: *'Binnen een team werk je natuurlijk heel nauw samen, dus je kent elkaar best goed, maar richting de huisartsen is het belangrijk om te investeren in het persoonlijk contact. Een huisarts wil gewoon een gezicht en een telefoonnummer hebben, en gewoon regelmatig eens even contact hebben over de patiënt of over de situatie.'*

Hans Maring, huisarts: *'Het belangrijkste is dat je gemotiveerd bent om voor deze doelgroep iets goeds te betekenen. Dat je betrokken bent bij de doelgroep. Dan komt de rest haast vanzelf. Ook het ondersteunen van het multidisciplinair werken is een belangrijke voorwaarde. Verder zijn korte lijntjes nodig, vaste afspraken en een goed uitgeruste spreekkamer. En het zou enorm helpen wanneer een begeleider goed voorbereid en met de juiste informatie en hulpvraag met een patiënt naar het spreekuur komt.'*

Sandra de Wit, VS: *'Bij ons wordt er geschoold om een stukje kennis bij de begeleiders aan te vullen. Zo leren ze beter zien dat als iemand met een beperking een klacht heeft, wat daar mogelijk mee te maken heeft.'*

Wensen

Annelies Smits, AVG: *'Een gedeeld digitaal medisch dossier zou heel wenselijk zijn. Een twijfelende huisarts zou je dan wat makkelijker aan boord krijgen om ook iets voor deze doelgroep te betekenen. Als wij efficiënt informatie over de zorg en de problematiek van de patiënt kunnen delen, dan wordt voor huisartsen de drempel een stuk lager, de samenwerking prettiger en de doelgroep minder eng. En wij kunnen ons voordeel doen omdat hun expertise dan optimaal ingezet kan worden voor onze patiënten.'*

Sandra de Wit, VS: *'Onze patiënten willen eigenlijk over het algemeen ook "zo gewoon mogelijk". Dus die willen gewoon naar de huisarts in hun dorp kunnen en dat kan nu niet overal, omdat er ook huisartsen zijn die hen weigeren. Ook zou het helpen als er bekostiging zou komen voor huisartsenzorg net zoals bij alle mensen die niet onder de langdurige zorg vallen. Het is nu omslachtig voor huisartsen om te declareren. En huisartsen kunnen nu prijsafspraken maken met locaties of met organisaties. Wij zien nogal een verschil in nota's.'*

Hans Maring, huisarts: *'In het opleidingsniveau van de begeleiding valt nog wel winst te behalen. Er zijn veelagogisch geschoolde begeleiders in de teams aanwezig. En maar een minderheid verpleegkundig geschoolde begeleiding, dat maakt bij medische zaken toch wel heel veel uit. Je zou wensen dat in elk team, er in de begeleiding iemand is met een klinische blik en de competentie om zichzelf de meest relevante vragen te stellen als*

er een probleem wordt gesignaleerd. Ook valt winst te behalen wanneer VS-en getraind worden in het systematisch goed gebruiken van een elektronisch huisartsendossier om episodegericht en probleem-georiënteerd goed te coderen en te rapporteren.'

Aanbevelingen

Sandra de Wit, VS: *'Juist in de langdurige zorg is de inzet van VS-en heel mooi. Dat is echt context zorg, mensen wonen hier langdurig en zijn minder gericht op snelle genezing. Verpleegkunde sluit daar heel mooi bij aan. We moeten voldoende aandacht hebben voor het gevoel van steun voor de huisartsen. Organisaties hebben een zorgplicht en moeten de huisarts goed ondersteunen. Maar het helpt ook als er van overheidswege aangedrongen wordt dat huisartsen deze doelgroep ook gewoon huisartsenzorg moeten verlenen.'*

Annelies Smits, AVG: *'Er is ook veel chronische zorg, niet per se heel complex, maar wel heel kenmerkend voor deze doelgroep en waarbij het belangrijk is om een vinger aan de pols te houden. Door de inzet van de VS-en blijft er meer tijd voor de AVG over voor de echt complexe zaken. Zo kun je toch goede zorg blijven bieden, ondanks de krapte van AVG's en je zet de AVG in op de punten waar hij of zij voor bedoeld is.'*

Hans Maring, huisarts: *'Ik zou heel graag willen dat onze beroepsgroep naar alle huisartsen toe uitstraalt, dat de huisartsenzorg ook voor deze groep mensen domweg geleverd moet worden door elke individuele huisarts. Dat dat gewoon behoort tot het normale huisartsgeneeskundige handelen om ook aan deze doelgroep zorg te verlenen. En dat niet te beschouwen als specialistische instellingszorg.'*



Resultaten

- Continuïteit van zorg geborgd door team VS-en.
- VS-en vormen spil in de zorg en bieden huisartsgeneeskundige zorg, VG-zorg en contextspecifieke zorg.
- Epilepsiezorg door VS, AVG of neuroloog.
- AVG beschikbaar voor twee dagen per week voor complexe zaken.
- Huisarts voert wekelijks spreekuur op medische dienst en is beschikbaar voor overleg.
- VS en AVG werken samen met vele lokale huisartsen in de regio.



'Stepped care' bij Talant vermindert de druk op huisartsen en AVG's

De zorgvraag voor de ruim twaalfhonderd bewoners met een verstandelijke beperking van Talant begint met een goede triage. Het stepped-care-principe zorgt ervoor dat huisartsen en Artsen Verstandelijk Gehandicapt (AVG's) alleen die vragen krijgen die ook echt bij hen thuishoren. Met name de inzet van verpleegkundig specialisten (VS-en) blijkt een succesfactor. Zij nemen steeds meer de regie op de toeleiding van zorg en verzorgen klinische lessen voor de triagisten. Bewoners van de grote terreinen kunnen voor huisartsenzorg terecht bij een aantal vaste huisartsen die spreekuur houden op de medische dienst, maar ook steeds meer op het spreekuur van de VS-en. Ook nemen zij deel aan multidisciplinaire overleggen. In de regio gaan mensen naar hun eigen huisarts. In enkele regio's is er ook ondersteuning door regioverpleegkundigen. Zij onderhouden relaties met de woning/huisarts/AVG en vervullen daarin een brugfunctie.

Aanleiding

Voor bewoners op de instellingsterreinen was de medische zorg goed geregeld, maar voor bewoners van de decentrale locaties, waar ook regelmatig complexe zorgvragen waren, werd alle zorg aan huisartsen overgelaten. Door de beperkte beschikbaarheid van AVG's en de wijze waarop de zorg georganiseerd was, lukte het niet om ook de bewoners in de regio te bedienen met meer specialistische medische zorg. Vanaf 2012 is Talant daarom gestart met het invoeren van taakdifferentiatie.

Mieke Draijer, Directeur Medische Zaken: *'De medische diensten met AVG's stonden op de drie instellingsterreinen, maar bewoners van locaties in de regio zagen nooit een AVG. Je moet de zorg niet organiseren op gebouwen of op schotten maar op de zorgvraag. We zijn gaan kijken hoe we de zorg dusdanig konden organiseren zodat de algemene medische zorg goed geregeld is en dat iedereen gebruik kan maken van de expertise van een AVG. Ook kwamen veel oneigenlijke vragen binnen bij de medische dienst, doordat medewerkers pedagogisch geschoold zijn en dus niet-medisch of -verpleegkundig. Dus tegelijkertijd met de taakdifferentiatie zijn we de medische kennis bij de medewerkers gaan opplussen. Een goede doktersassistente, die ook goed kan adviseren, doet nu de triage. Dat maakt dat we nu een heleboel vragen kunnen keren bij de poort.'*

PROFIEL:

Talant

- zo'n 700 mensen met Wlz-indicatie die wonen op 3 grote terreinen
- zo'n n 530 mensen met een Wlz-indicatie op woonvoorzieningen in de regio
- aanbod in wonen, dagbesteding en behandeling
- meerdere dagbestedingslocaties en 6 kinderdagcentra verspreid door Friesland
- 3200 medewerkers, onder andere 3,5 fte AVG en 6 VS-en
- consulentenschappen door revalidatiearts, orthooped, kinderneuroloog, epileptoloog
- onderzoek op locatie door VISIO (visusproblemen)

Huisartsenpraktijken

- 3 vaste huisartsen uit Huisartsenpraktijk & Apotheek De Fundatie in Beetsterzwaag en Huisartsenpraktijk de Hoek in Nij Beets
- bieden huisartsenzorg op de medische dienst in Beetsterzwaag

De organisatie van de medische zorg door de VS, huisarts en AVG

Op de twee grootste terreinen draaien gecontracteerde huisartspraktijken spreekuur (Beetsterzwaag en Drachten). Doktersassistenten van Talant ondersteunen de huisartsen tijdens deze spreekuren. Daarnaast is een VS en/of AVG altijd bereikbaar voor collegiale afstemming. In de regio gaan mensen naar hun eigen huisarts. Talant heeft met zo'n zeventig huisartspraktijken te maken, waarvan een aantal een contract hebben en een deel werkt op basis van een passantentarief.

Betty Sijtsma is een van de drie vaste huisartsen die sinds drie jaar een halve dag per week spreekuur houdt bij Talant op het terrein in Beetsterzwaag. Zij werkt als vaste waarnemer voor huisartsenpraktijk De Fundatie.

Betty Sijtsma: *'Huisartsenzorg bij Talant werd eerst door net afgestudeerde basisartsen uitgevoerd. Om de continuïteit te verbeteren wordt de zorg nu verzorgd door huisartsenpraktijken in de buurt. We houden nu met drie huisartsen spreekuur, drie dagdelen verspreid door de week, en voor spoed tussendoor maken we een dienstrooster. Voor niet-acute langer lopende zorgvragen is het wenselijk om telkens dezelfde huisarts te spreken. Met name voor deze patiënten is het heel fijn dat ze niet bij de ene dokter dit horen en bij de ander dat, want dat geeft onrust. Zij kunnen een afspraak inplannen op het moment dat ze weten dat hun eigen vertrouwde huisarts er is.'*

Binnen Talant is ruim drie jaar geleden gestart met het werken volgens het 'stepped care principe' om daarmee de vraag en druk op huisartsen en AVG's te verminderen. De opzet is dat zij alleen die vragen krijgen die door hen behandeld moeten worden. Voor alle medische zorgvragen wordt er zowel overdag als tijdens avonden, nachten en weekenden (ANW) een triagist telefonisch benaderd via één algemeen nummer. Overdag is de triagist een doktersassistente, tijdens ANW een verpleegkundige (mbo-niveau). De triagist hanteert de volgende stappen in stepped care: hbo-verpleegkundige, VS, basisarts, huisarts (al dan niet gecontracteerd), AVG.

Lida van Rijn, AVG: *'Op de terreinen is de AVG hoofdbehandelaar van medische zorg en voor de patiënten in de regio de huisarts. Voor het algemeen behandelplan is de gedragskundige de hoofdbehandelaar. De VS-en de huisarts zijn wel zelfstandig behandelaren en kunnen hun eigen beslissingen nemen. Daarin hebben ze ook eigen verantwoordelijkheden. Als het om erg complexe multidisciplinaire problematiek gaat,*

worden wij daarvan op de hoogte gesteld en betrokken.'

Het potentieel aan VS-en groeit waardoor een deel van de spreekuurpatiënten voor de huisarts naar het spreekuur van de VS gaat. Jaarlijks neemt Talant nieuwe VS-en in opleiding, zodat telkens na twee jaar het potentieel weer toeneemt. Vanuit de regiefunctie van de VS kan ook in de regio het 'stepped-care-principe' stringenter worden toegepast. VS-en krijgen in dat concept een regio toebedeeld, worden ondersteund door regioverpleegkundigen en werken onder eindverantwoordelijkheid van een AVG. Regioverpleegkundigen onderhouden intensief de relatie met de huisartsen en vullen het spreekuur voor een AVG met mensen die echt door hen gezien moeten worden. Dit is nog niet in alle regio's doorgevoerd; enerzijds vanwege budgetkrapte, anderzijds door beperkte beschikbaarheid van VS-en.

Lida van Rijn, AVG: *'De VS wordt eigenlijk een beetje gezien als de medisch coördinator voor de cliënten op de woningen. Een VS kan medicatie voorschrijven en diagnoses stellen, is dus veel meer zelfstandig behandelaar dan de verpleegkundige. Vanwege de krapte aan AVG's hier in het noorden, moeten we het anders oplossen. Dat was een van de redenen om die VS-en meer te positioneren en om te investeren in het zelf opleiden van VS-en. Regioverpleegkundigen zijn hbo-verpleegkundigen die vooral heel praktisch richting de groep meedenken. Ze komen geregeld op de groepen om te evalueren als er bijvoorbeeld medicatiewijzigingen gedaan zijn en om te vragen hoe het gaat. Ze zijn aanwezig bij multidisciplinaire overleggen (MDO's) en schatten in of er weer een evaluatie met de AVG moet plaatsvinden.'*

Mieke Draijer, Directeur Medische Zaken: *'In Sneek komt een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) bij een locatie van Talant omdat we zagen dat de vragen rondom de verstandelijke beperking naar de achtergrond raakten en de vragen rond de somatische medische zorg toenamen. We kijken dus welke zorgverlener het beste past bij de zorgvraag.'*

Betty Sijtsma, huisarts: *'Naast het huisartsenspreekuur is mij gevraagd de protocollaire zorg voor astma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), diabetes en Cardio Vasculair Risico Management (CVRM) te structureren. Dat is in de loop der jaren wel wat ondergesneeuwd en niet iedereen krijgt de controles waar die recht op heeft. Ik probeer de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zodanig in een*

protocol te gieten dat deze voor deze doelgroep toepasbaar is.'

Spoed en zorg tijdens ANW

Tijdens de ANW-diensten verloopt het stepped-care-principe iets anders. Vanaf vijf uur 's middags wordt er doorgeschakeld naar de zorgcentrale van Alliade. De triage wordt gedaan door zeer ervaren en goed geschoolde mbo-verpleegkundigen die bijgeschoold worden op het triagevak. Hun belangrijkste taken zijn luisteren, geruststellen en het onderkennen van urgent/spoed. Alleen voor urgente vragen wordt de dienstdoende voorwacht ingeschakeld. Talant heeft een voorwacht en achterwacht gecreëerd om de druk op AVG's te verminderen. De voorwacht wordt ingevuld door VS-en en enkele specifiek voor ANW-diensten gecontracteerde basisartsen en huisartsen. De achterwacht wordt bemenst door AGV's die telefonisch bereikbaar zijn voor ruggenspraak en in ernstige acute situaties opgeroepen worden. Voor cliënten in de regio waarbij de huisarts hoofddossiervoerder is, triageert de zorgcentrale. Indien medische zorg dan nodig is, adviseren zij contact op te nemen met de dokterswacht (HAP). Vanwege de grote geografische spreiding zijn de VS/AVG van Talant wel primair telefonisch bereikbaar voor het hoofdterrein in Stiens, maar de visites worden gedaan door de dokterswacht van Leeuwarden.

Lida van Rijn, AVG: *'Een collega-AVG van een andere instelling vertelde me dat ze tijdens een weekenddienst wel veertig belletjes krijgt. Ik krijg twee of drie belletjes en bij heel complexe gevallen moet ik op pad, maar eigenlijk valt het heel erg mee. Een VS mag bijvoorbeeld niet schouwen dus dan wordt de achterwacht gebeld. Tijdens ANW triageert de verpleegkundige van de zorgcentrale en lost ook heel veel zelf op, denk hierbij aan vragen over medicatie. Wat lastig kan zijn als ik achterwacht heb voor een VS, dat ze soms willen overleggen over heel specifieke algemeen medische vragen, maar in mijn dagelijkse praktijk doe ik daar dus eigenlijk niks meer mee.'*

Mieke Draijer, Directeur Medische Zaken: *'De zorgcentrale willen we uiteindelijk als centrale voor langdurige zorg gaan gebruiken, dus dat ook de locaties uit de regio hier gebruik van gaan maken. We zien dat huisartsenposten worden overspoeld met allerlei vragen die eigenlijk niet eens direct medisch zijn, maar vooral ook zorggerelateerd. Met de inzet van de zorgcentrale gaan we ervoor zorgen dat die vragen niet meer op de huisartsenpost worden afgehandeld, maar in de zorg.'*

AVG-Poli

Vanuit de polikliniek zien AVG's van Talant ongeveer tweehonderd patiënten uit heel Friesland. Sinds 2019 zijn er ook gedragskundigen werkzaam voor de AVG-poli.

Lida van Rijn, AVG: *'Op onze poli komen mensen die of bij ouders thuis wonen, of in een gezinshuis, of bijvoorbeeld bij JP van den Bent of een andere organisatie. Daar is geen AVG als behandelaar betrokken en speelt wel complexe problematiek waarin wij dan als AVG vanuit de poli meedenken. Met sommige poli-patiënten heb ik elke drie weken contact en anderen zie ik één keer in het jaar. Dat wisselt dus heel erg. We zijn ook aan het zoeken hoe we de verpleegkundigen/ VS-en in kunnen zetten op de poli.'*

De samenwerking tussen de VS, huisarts en AVG

Betty Sijsma, huisarts: *'Over het algemeen hebben verpleegkundigen elke week een keer contact met de groep. Kleine dingen en lopende zaken zoals een klein plekje, een kneuzing of kortdurende obstipatie evalueren zij met de begeleiders. Verpleegkundigen kunnen laagdrempelig met ons (huisartsen) of de VS-en overleggen bij twijfel of er meer nodig is dan zij zelf kunnen bieden. Over het algemeen kunnen zij redelijk goed inschatten of een vraag bij de VS of huisarts thuishoort. Dat verpleegkundigen wekelijks op de groepen komen zorgt voor veel rust en duidelijkheid. En onze gesprekken zijn een stuk rustiger.'*

Lida van Rijn, AVG: *'Vooral bij het stukje gedragsproblematiek, psychofarmacabeleid en epilepsie staan wij aan het roer. En bij bijvoorbeeld het aanvragen van genetisch onderzoek. De geneticaconsulent komt heel zelden langs en wij kunnen daarin een heleboel dingen zelf doen. Ik vind het prettig om bij de medicatie reviews aanwezig te zijn, het liefst samen met de VS of de basisarts of met een verpleegkundige zodat ik vooral vanuit mijn expertise mee kan denken, maar dat niet de volledige administratie bij mij komt te liggen.'*

Betty Sijsma, huisarts: *'Af en toe krijgen we deze consultvraag: "graag lichamelijke problemen uitsluiten want patiënt heeft ander gedrag". Dat vind ik altijd lastig, want waar moet ik dan precies naar kijken? Bij lichamelijke klachten hangt het er altijd van af van hoe goed een begeleider geïnformeerd is over deze patiënt; de begeleider is immers degene die de patiënt, die dit zelf niet kan, vertegenwoordigt. Natuurlijk zijn er altijd een aantal dingen die je kan checken, maar bij deze patiëntpopulatie heb ik ook echt iemand nodig die meer over dat gedragsstuk weet. Ook een ethisch dilemma zoals tot in hoeverre je doorgaat met de behandeling, is niet iets wat wij doen maar de AVG.'*

Soms is het zoeken naar welke zorg bij de AVG thuishoort en welke onder huisartsgeneeskundige zorg valt. Daarin opereren de VS-en vooral om de AVG ook te ondersteunen, zodat niet al die vragen over gedrag en epilepsiemedicatie bij de AVG terechtkomen. Daar vangen zij heel veel van weg. Het is ook vaak zo dat het ene het andere beïnvloedt. Als iemand bijvoorbeeld obstipatie heeft, kan zijn gedrag daardoor beïnvloed worden. VS-en zijn ook vaak betrokken in het uitpluizen van wat is nou precies wat.'

Lida van Rijn, AVG: *'Het bevalt me goed dat ik vooral voor mijn expertise ingevlogen kan worden. Wel is het soms nog wat zoeken van wie doet nou wat en hoe kan ik eindverantwoordelijk zijn als ik de cliënten nauwelijks ken. Ook gaan dingen soms over vrij veel lijntjes. Dat het eerst bij de verpleegkundige komt, dan bij de VS, dan bij de basisarts en dan nog een keer bij de AVG. Zo wil je dat eigenlijk niet hebben, maar zo kan het soms wel lopen.'*

Betty Sijtsma, huisarts: *'Het werken voor Talant is een andere tak van sport. Doordat het een halve dag in de week is, is het duidelijk gescheiden van mijn andere werkzaamheden, waardoor het wel overzichtelijk blijft. Je hebt voor deze patiënten meer tijd nodig door een combinatie van factoren. Een patiënt heeft vaak een uitgebreide voorgeschiedenis, kan vaak niet zelf onder woorden brengen wat er speelt waardoor de informatie van de begeleiding van belang is, en het is altijd afwachten in hoeverre de patiënt meewerkt tijdens het consult.'*

Afstemming

AVG en huisarts zien elkaar nauwelijks maar kunnen elkaar makkelijk berichten sturen via het elektronisch patiëntendossier.

Betty Sijtsma, huisarts: *'Contact met de AVG is heel laagdrempelig en kan altijd via de berichtenfunctie in het systeem of telefonisch. En tijdens onze gesprekken is er altijd een verpleegkundige en/of een VS aanwezig met wie we kunnen overleggen.'*

Lida van Rijn, AVG: *'In sommige regio's vervult de regioverpleegkundige een beetje de contactfunctie tussen de groep, de huisartspraktijk en de medische dienst van Talant. Soms heb ik telefonisch contact als ik een patiënt gezien heb waarmee ik wil overleggen. En wij worden ook wel gebeld door de huisartsen.'*

Informatie-uitwisseling

Talant werkt met het systeem Ysis, een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier van Gerimedica. Ook de huisartsen die spreekuur doen op de medische dienst, werken in Ysis.

Lida van Rijn, AVG: *'Iedereen kan elkaars rapportage lezen op de hoofdterreinen over patiënten. Alle medici, verpleegkundigen en de paramedici werken in hetzelfde systeem, alleen de psychologen nog niet. Ook is er een koppeling tussen Ysis en JouwPlan. JouwPlan is het programma waar de begeleiding in rapporteert. Door de koppeling verschijnen standaard de zorgvraag, de conclusie en het plan vanuit Ysis in het ondersteuningsplan in JouwPlan. Ook de begeleiding, familie of vertegenwoordigers kunnen dus meelesen.'*

Betty Sijtsma, huisarts: *'Een van de voordelen van Ysis is dat je op afstand kan inloggen in het systeem, dus heel makkelijk even mee kan kijken als er tijdens onze reguliere gesprekken een telefonische vraag vanuit Talant is. Ik denk dat dat wel een voorwaarde is om als huisarts dit goed te kunnen doen.'*

Lida van Rijn, AVG: *'Voor communicatie met huisartsen over patiënten in de regio is het nog afhankelijk van de tradities die ontstaan zijn. Wel is het tegenwoordig mogelijk om een brief te sturen die dan digitaal bij de huisarts in de medische systemen binnenkomt.'*

Mieke Draijer, Directeur Medische Zaken: *'Voor de decentrale locaties is het nog niet goed geregeld; huisartsen doen de behandeling, maar er is eigenlijk nauwelijks verbinding met het dossier van de AVG's. Het zou natuurlijk prachtig zijn als die systemen aan elkaar gekoppeld zijn. En het allemaal keurig van het ene dossier in het andere verschijnt, maar het belangrijkste is dat een zorgprofessional zich realiseert "Wat is hier belangrijk en wat heeft een ander nodig?" Het is veel te simpel om te denken dat de oplossing in systemen zit. Het probleem zit ook in taal. Maar vooral in weten wat de ander nodig heeft. En daar spelen dus die VS-en en regioverpleegkundigen een hele goede rol in, in die verbinding tussen mensen die het werk moeten uitvoeren en de mensen die daarop instrueren en adviseren. Die taal en de kennis van wat ze nodig hebben ligt toch dichter bij elkaar dan die van medici en begeleiders.'*

Voorwaarden

Mieke Draijer, Directeur Medische Zaken: *'Cruciaal is de inzet van VS-en (bij voorkeur met richting acute zorg). Op de arbeidsmarkt lukt het nauwelijks om ervaren afgestudeerde VS-en te vinden, maar het zelf opleiden van hbo-verpleegkundigen met*

voldoende praktijkervaring is zondermeer succesvol. En als er meer opleidingsplaatsen beschikbaar komen, kunnen we meer opleiden en daarmee ook de regio en collega-instellingen van VS-en voorzien. Het verminderen van de druk op huisartsen en AVG's hangt af van een goede triage. Dit is een (continu) leerproces. Blijven investeren in de bijscholing van onze triagisten is dan ook het devies.'

Lida van Rijn, AVG: 'Goede afspraken zijn belangrijk, vooral met de huisartsen in de regio over wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is. De huisartsenposten doen toch wat moeilijker momenteel. Vertrouwen naar elkaar en overleg is nodig en elkaar durven aanspreken op hoe dingen beter kunnen. Het liefst werk je met z'n allen in eenzelfde systeem.'

Betty Sijtsma, huisarts: 'Heel belangrijk is de samenwerking met de anderen, want de VS ziet de patiënt veel vaker en de AVG heeft veel meer kennis van de gedragsproblemen en epilepsie. Je moet heel laagdrempelig met elkaar kunnen samenwerken. Je moet goede afspraken maken over wie wat doet en elkaar durven aanspreken. Als huisarts moet je duidelijk je grenzen aangeven van wat nog huisartsenzorg is. Als het gaat over ingewikkelde gedragsproblemen, epilepsie en ethische vraagstukken valt dit onder de expertise van de AVG. Daarnaast is een goed computersysteem heel wenselijk waarvan de voorgeschiedenis goed op orde is.'

Aanbevelingen

Lida van Rijn, AVG: 'De inzet van VS-en leidt tot continuïteit en ontlasting van de zorg. Wij werken ook wel met basisartsen, maar die blijven vaak maar één of twee jaar. VS-en blijven vaak veel langer bij de organisatie en bieden daarmee meer continuïteit van zorg.'

Betty Sijtsma, huisarts: 'Niet iedere huisarts heeft evenveel met verstandelijk gehandicapten, maar ik denk ook niet dat ze er heel bang voor hoeven zijn. Je kunt goed samenwerken met de mensen die over dat specifieke stuk wel verstand hebben. Mensen met een verstandelijke beperking hebben ook gewoon een zere knie of buik en daar moet wel naar gekeken worden. Daarnaast heb je in je gewone huisartsenpraktijk ook genoeg mensen met een verstandelijke beperking. Eigenlijk is dit niet eens zo heel anders. Behalve dat je meer multidisciplinair werkt.'

Mieke Draijer, Directeur Medische Zaken: 'Ik hecht aan een goede verbinding met huisartsen, want op termijn gaan we zeker ook AVG's tekortkomen. Daarnaast kunnen we het in de samenwerking veel beter oplossen. We hebben huisartsen nodig voor de

supervisie van VS-en. En mijn tip: Dokters praten graag met dokters, dus als je met huisartsen in gesprek gaat om de zorg te regelen, laat dit dan doen door iemand die ook die taal spreekt. Gebruik deskundigheidsbevordering als manier om dat contact tot stand te brengen en aan elkaar te laten zien: "Waar ligt jouw deskundigheid, waar ligt mijn deskundigheid en welke vragen hebben wij daarover?" Kijk vooral ook hoe je elkaar daarin kunt helpen en waar de oplossingen liggen. Soms vraagt dat een extra inspanning van jou en soms vraagt dat een extra inspanning van de ander. Bespreek met elkaar hoe je dat het slimste kunt organiseren.'

Resultaten

- VS-en vangen veel vragen weg waardoor minder inzet van huisartsen nodig is.
- VS-en nemen steeds meer de regie op de toeleiding van zorg en verzorgen klinische lessen voor de triagisten.
- Wekelijks bezoek van verpleegkundigen aan woonlocaties werkt ook preventief.
- AVG's kunnen steeds meer tijd besteden aan specialistische vraagstukken en aan doorverwijzingen van huisartsen of andere specialisten.
- Huisartsen in de regio die zich omringd weten door zorgprofessionals vanuit de VG-sector zijn meer tevreden en voelen zich meer gesteund.
- Door het stepped-care-principe lukt het om op meer plekken te zorgen voor de benodigde expertise.
- Hoger niveau huisartsgeneeskundige zorg op de instellingsterreinen.
- Minder doorverwijzingen naar ziekenhuis omdat er meer kennis in huis is.
- Patiënten krijgen de zorgverlener die past bij de zorgvraag.
- Meer deskundigheidsbevordering op locatie door regelmatig advies en instructie van (regio)verpleegkundigen.



Ipse de Bruggen: triage en taakdifferentiatie aan de poort

Bij Ipse de Bruggen vullen huisarts en de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) elkaar aan in de zorg voor de patiënten. De huisarts richt zich op de zorg van huisartsgeneeskundige aard en de AVG op de zorg van meer specifiek medische aard. Bij Ipse de Bruggen Zuidwest zijn huisartsen in dienst genomen om dit georganiseerd te krijgen. Via triage bij de poort, komt de vraag op de juiste plek terecht. Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol als voorwacht in zowel dagzorg, als avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg). Huisartsen van MedTzorg verlenen de zorg tijdens avonden, nachten, weekenden.

Aanleiding

Ongeveer twaalf en een half jaar geleden is Ipse de Bruggen begonnen met de taakdifferentiatie van huisartsenzorg en zorg die een AVG levert. Aanleiding was de wens van de AVG's om de huisartsgeneeskundige zorg, van algemeen medische aard, onder te brengen bij een huisarts, omdat die daar meer verstand van heeft. AVG's merkten dat ze minder geschoold zijn in de huisartsenzorg, dat ze te weinig tijd hadden om daarmee bezig te zijn en dat de zorg vaak werd onderbroken met spoedgevallen. De AVG's wilden zich graag echt op de zorg van specifiek medische aard -gerelateerd aan de aandoening, beperking of stoornis - kunnen richten. Omdat er geen oplossing gevonden werd bij een huisartsenpraktijk, werden huisartsen in dienst genomen voor regio Zuidwest.

Jaap Jansen, AVG: *'We wilden het anders organiseren, dus hebben we doorgepakt.'*

Nicole van Paaschen, huisarts: *'Samen met een collega-huisarts die nu met pensioen is ben ik destijds gestart. Met twee personen bieden wij vijf volle dagen huisartsenzorg.'*

De organisatie van de medische zorg door de huisarts en de AVG

Bij Ipse de Bruggen Zuidwest zijn vijf AVG's werkzaam en is Nicole van Paaschen voor drie dagen als huisarts in dienst. De andere twee dagen is er nu een externe huisarts. Sinds maart is er een constructie met een huisartsenpraktijk die zorgt voor continuïteit bij afwezigheid van de vaste huisartsen.

PROFIEL:

Ipse Zuidwest

- 750 bewoners, licht, matig, ernstig en zeer ernstig verstandelijk beperkt
- woonlocaties in Nootdorp, Delft en een deel van Den Haag, Ypenburg en Pijnacker
- woningen zijn ingericht op verschillende doelgroepen
- is onderdeel van Ipse de Bruggen, Zuid-Holland

SO Consult

- eerstelijnszorg aan kwetsbare doelgroepen voor justitie en Wlz-instellingen
- zorg voor en door heel Nederland
- huisartsen verzorgen spreekuren, spoedzorg overdag en ANW-dienstenverzorgen

Vijf dagen per week is er huisartsenzorg beschikbaar voor de patiënten. In de ochtend en middag zijn er fysieke spreekuren en er is telefonisch spreekuur. Huisartsen doen visites op zowel het terrein in Nootdorp als op de andere locaties. Op twee locaties in Delft is ook spreekuur zodat patiënten niet allemaal naar Nootdorp hoeven te komen.

Aan de hand van een triagelijst wordt het onderscheid gemaakt tussen zorgvragen van huisartsgeneeskundige aard voor de huisarts en zorgvragen van specifiek medische aard voor de AVG.

Nicole van Paaschen, huisarts: *'Als er gebeld wordt voor een afspraak of voor vragen dan kijkt de doktersassistente op de triagelijst bij wie de vraag thuishoort. Zij plant ofwel een telefonische afspraak in of een overleg met of de huisarts of de AVG. Dus aan de voorkant wordt de zorgvraag al gedifferentieerd.'*

Jaap Jansen, AVG: *'De triagelijst zorgt ervoor dat de vraag op de juiste plek terecht komt en daardoor iedereen bezig is met zijn eigen expertise.'*

Nicole van Paaschen, huisarts: *'We hebben ook praktijkverpleegkundigen die verpleegkundige handelingen kunnen doen en die voorwacht kunnen zijn voor de huisarts en de AVG. Zij kunnen al wat metingen doen, hun blik laten gaan over de patiënt en inschatten of het noodzakelijk is dat de huisarts of AVG naar de patiënt kijkt. De praktijkverpleegkundigen zijn hierin behoorlijk deskundig en ervaren. Ze doen ook vaak wondverzorging en spreekuur voor diabetes en CVRM (cardiovasculair risicomanagement) voor mensen met hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten. De doktersassistente doet naast de telefonische triage nog wat eenvoudige handelingen zoals oren uitspuiten, hechtingen verwijderen, injecties geven en bloeddruk meten.'*

Alle patiënten met een indicatie vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) die op een plek met behandeling wonen, krijgen in principe huisartsenzorg van de huisartsen van Ipse de Bruggen. Daar zijn een paar uitzonderingen op.

Zorg tijdens avonden, nachten, weekenden

Medt zorg, een organisatie die voor verschillende instellingen ANW-huisartsenzorg levert, doet dat ook voor Ipse de Bruggen Zuidwest. Voor AVG-problematiek is er een spoeddienstrooster met de AVG's van Ipse de Bruggen (locaties in Nieuwveen

en Zwammerdam), Middin en het woonzorgpark het Westerhonk van 's Heeren Loo.

Nicole van Paaschen, huisarts: *'De inzet tijdens ANW valt reuze mee. Soms is er helemaal niks, soms één of twee telefonische consulten of een visite, maar eigenlijk lossen ze een heleboel zelf op. Vooral omdat wij ook nog een coördinerend verpleegkundige hebben voor ANW. Die doet de voorwacht.'*

Jaap Jansen, AVG: *'De coördinerend verpleegkundige kan voorbehouden handelingen doen. Dus zij kan bijvoorbeeld een blaaskatheter vervangen als die is gesneuveld. Soms zijn er vooral agogisch geschoolde mensen op de groep die dit soort verpleegtechnische handelingen niet kunnen doen. Stel een patiënt krijgt een neusmaagsonde of een PEG-katheter voor voeding. Als de groepsleiding hiermee onbekend is, moeten mensen geschoold worden voor bepaalde handelingen. Ook dan kan de coördinerend verpleegkundige tijdelijk ondersteunen bij het geven van voeding en klysmas. Of bij het geven van zuurstof. Soms zijn er patiënten met luchtwegontstekingen waar ze antibiotica voor nodig hebben maar ook extra zuurstof. Zij kan dan bijvoorbeeld regelen dat hier een zuurstofconcentrator op locatie komt. Hierdoor hoeft de patiënt ook niet onnodig naar het ziekenhuis.'*

Nicole van Paaschen, huisarts: *'We hebben een werkvoorraad voor medicatie voor noodgevallen. Als de huisarts besluit om een antibioticum in te zetten, dan kan dat alvast gestart worden.'*

Poliklinisch spreekuur

Jaap Jansen, AVG: *'Op ons poliklinisch spreekuur zien wij veel patiënten met een verstandelijke beperking bijvoorbeeld vanuit Kinderdienstencentra (KDC's) uit Delft, Nootdorp en Den Haag. Vaak wordt onze expertise gevraagd voor gedragsproblemen, maar ook voor zaken die passen bij veroudering. Er zijn ook heel wat instellingen die geen AVG's in dienst hebben. Philadelphia, een zorginstelling hier in de buurt, maakt bijvoorbeeld gebruik van de AVG-poli. Afspraken gaan via het medisch secretariaat. Een screeningsteam bekijkt dan vooraf of dit een vraag is die we kunnen oppakken. In dat screeningsteam zit ook een gedragskundige, een orthopedagoog, want voor heel wat vragen die wij krijgen is het wenselijk een gedragskundige te betrekken en om multidisciplinair te werken. Als dat in de screening wordt voorzien, maken we een spreekuursafpraak waarbij direct zowel een AVG als een gedragskundige aanwezig zijn.'*

Zo kunnen we doorpakken. Er komen veel vragen binnen bij de AVG-poli. Om dat goed te behappen zou je eigenlijk meer capaciteit moeten hebben. We lopen nu regelmatig tegen onze grenzen aan.'

De samenwerking tussen de huisarts en de AVG

Nicole van Paaschen, huisarts: *'Als huisarts doe je het spreekuur en de dingen die je zelf kan, maar er zijn ook zaken waarvan je niet weet wat je ermee aan moet. Bijvoorbeeld iemand met gedragsproblematiek. Waar moet je dan naar zoeken bij deze patiënt? Of mensen met gewichtsverlies, waar moet je aan denken? Dat gaat dan ook altijd in overleg, net als palliatieve zorg. Dat is bij mensen met een verstandelijke beperking toch wat ingewikkelder. Je hebt te maken met mensen die zelf niet kunnen beslissen, niet wilsbekwaam zijn. En je hebt te maken met familie of mentoren. Dan sparren we altijd even met elkaar. We kijken bijvoorbeeld wat mogelijk is aan diagnostiek bij een patiënt. Het voordeel is dat wij in hetzelfde gebouw vlak bij elkaar zitten, dus je loopt zo naar elkaar toe om even te sparren. Sommige zaken zijn duidelijk voor de AVG: wanneer er deskundigheid op het gebied van epilepsie nodig is en op het gebied van de syndromen, revalidatie, gedragsproblemen en syndroomverbonden problematiek.'*

Jaap Jansen, AVG: *'Als AVG bekijken we de risicofactoren verbonden aan bepaalde syndromen. Bijvoorbeeld bij Down bestaat een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en afwijkingen, dus daar moet op gescreend worden. De meeste jonge patiënten zijn wel gescreend, maar we hebben hier ook oudere patiënten, bij wie soms nog niet helder is of er sprake is van een hartafwijking of niet. Dus dan verwijs ik door naar de juiste specialist om dat goed in kaart te brengen. Daarnaast zijn er nog andere syndromen waarbij juist gedragsproblemen weer kunnen voorkomen. Of bepaalde vormen van epilepsie, waar een ander soort behandeling voor nodig is. Dat probeer ik dan zelf uit of ik overleg met een andere specialist. Dus dan ben je eigenlijk met een soort tertiaire zorg bezig.'*

Nicole van Paaschen, huisarts: *'Ik ervaar het als heel prettig en fijn om multidisciplinair te werken, dat vind ik heerlijk. Ik werk hier met veel plezier.'*

Jaap Jansen, AVG: *'Het is de combinatie van ieder doet zijn eigen ding, zijn eigen stuk plus dat je dat ook afstemt met elkaar als iets niet loopt en tijdig met elkaar gaat zoeken waar je elkaar kunt aanvullen. De één ziet dit, de ander ziet dat en je leert ook weer dingen van elkaar. Ik denk dat ook op die manier de patiënten terecht goede zorg krijgen.'*

Afstemmen

Maandelijks is er artsenoverleg met alleen de artsen en er is een overleg met de hele medische dienst: de doktersassistente(s), verpleegkundigen, de artsen inclusief de huisarts en de medisch secretaresse(s). Dat gaat over de gang van zaken om vooral procesmatig goed te kunnen werken.

De AVG's hebben ook nog maandelijks besprekingen over complexe casuïstiek. De huisarts sluit hier soms ook bij aan. Om te bespreken waar ze tegenaan lopen en van collega's te horen welke perspectieven zij zien.

De AVG's hebben daarnaast het multidisciplinair overleg (MDO) waarbij ze op de groep langs gaan om door te nemen wat de stand van zaken is met bepaalde patiënten. In principe voor elke patiënt eens per kwartaal, maar sommige groepen zijn wat intensiever.

Jaap Jansen, AVG: *'Je hebt natuurlijk een plan gemaakt en dat wil je evalueren. Er zijn bepaalde acties uitgezet, dus eens in de zoveel tijd gaan we naar de groep om te evalueren met de groepsleiding. Soms is het MDO ook een vorm van afstemming met familieleden voor een gesprek of behandeloverleg van onze patiënten.'*

Informatie-uitwisseling

Er wordt gebruik gemaakt van het huisartseninformatiesysteem (HIS) Medicom. Zowel AVG's als huisarts hebben toegang tot het systeem en zien exact dezelfde informatie over de patiënt. Daarnaast loopt een pilot voor een elektronisch medicatie voorschrijfsysteem, Medimo. Dat wordt nog niet breed geïmplementeerd, maar gaat er waarschijnlijk wel komen. Groepsleiding werkt met een ander systeem, CVO van fabrikant Unit4, waarin zij rapporteren. Er is geen koppeling tussen het HIS en het systeem dat de groepsleiding gebruikt. Verpleegkundig Specialist (VS) en verpleegkundigen kunnen zelf noteren in Medicom en hebben alleen inzage in Medimo en CVO.

Jaap Jansen, AVG: *'In sommige instellingen is dat weer anders geregeld. Die hebben dan bijvoorbeeld een informatiesysteem van verpleeghuisartsen, waarin ook groepsleiding bepaalde stukken kan inzien, maar waarin dan de communicatie met het ziekenhuis niet optimaal is. Er mist dan bijvoorbeeld een zorgdomeinaansluiting.'*

Voorwaarden

Jaap Jansen, AVG: *'Belangrijk is goede communicatie met elkaar en dat je een goed systeem hebt om in te kunnen werken. Kennelijk is het toch "onbekend maakt onbemind" bij sommige huisartsen. Hier hebben we in ieder geval een huisarts die gewoon feeling heeft met de doelgroep en de instelling die dat zowel financieel maar ook qua faciliteiten zo organiseert.'*

Aanbevelingen

Nicole van Paaschen, huisarts: *'Wat ik altijd het voordeel heb gevonden is de continuïteit. Dat je toch herkenbaar bent voor iedereen. Een vaste huisarts die gewoon meegroeit met de patiënten, een vast gezicht. Want als je de huisartsenzorg in de wijk zou organiseren, dan zou je in ons geval al over drie verschillende steden huisartsen moeten zien te vinden of huisartsenpraktijken. Nu hebben we het totaaloverzicht en alles in eigen hand. Het maakt het overleg ook makkelijker.'*

Jaap Jansen, AVG: *'Wat je vaak hoort is dat huisartsen zich afvragen: is het werken met deze doelgroep niet te lastig, is het niet te moeilijk? Ik denk ook dat het niet iedere huisarts ligt. Het is natuurlijk wel een bepaalde keuze die je maakt voor een speciale doelgroep.'*

Wensen

Nicole van Paaschen, huisarts: *'Het enige obstakel wat ik altijd heb ervaren is dat je als huisarts geregistreerd moet blijven. De Registratiecommissie eist dat je ook nog in een gewone praktijk werkt. Ik werk drie dagen voor Ipse de Bruggen dus ik moet dan ook minimaal één dag in een gewone huisartsenpraktijk werken. Maar om slechts één dag in een huisartsenpraktijk te werken is ook geen geweldige oplossing. Dat het werk in de gehandicaptenzorg niet gezien wordt als huisartsenwerk ervaar ik als een obstakel. Ik werkte in totaal vijf dagen exclusief diensten en alle nascholing die er dan nog bijkomt. Dat extra werken heb ik altijd als een verzwaring gevonden. Je werkt dan op twee plekken en je moet telkens weer schakelen. Op den duur wordt dat heel intensief. Mijn wens zou zijn dat gekeken wordt in hoeverre de huisarts die in de gehandicaptenzorg werkt als "huisarts plus" kan worden beschouwd. Dat wanneer je extra expertise hebt in de gehandicaptenzorg, dat dat niet als negatief wordt gezien maar als positief. Ik denk dat dan ook meer huisartsen, die daar belangstelling voor hebben, dit zouden gaan doen.'*



Resultaten

- Patiënten ontvangen kwalitatief goede zorg door huisarts en AVG.
- Continuïteit in huisartsenzorg is geborgd.
- Overleg tussen huisarts en AVG is heel laagdrempelig.
- Doktersassistente doet telefonische triage op basis van aandachtsgebieden.
- De dienstdruk voor AVG's is een stuk lager geworden.
- AVG's doen nu meer waar ze voor zijn opgeleid en deskundig in zijn.
- Huisarts en AVG vinden het prettig om multidisciplinair te kunnen werken.



Amarant: ambulant team verpleegkundigen vangt 90% van de vragen af

Amarant verleent zorg aan jeugd en volwassenen met een (licht) verstandelijke beperking, autisme of hersenletsel. Op de drie centrumlocaties en in honderd wijkvoorzieningen wonen mensen met een Wlz-indicatie (Wet langdurige zorg). Bij Amarant werken zes huisartsen op de centrumlocaties die huisartsgeneeskundige zorg bieden aan de cliënten. De huisartsen in de wijk bieden huisartsgeneeskundige zorg aan mensen die daar wonen. Ze kunnen een beroep doen op de Artsen Verstandelijk Gehandicapten (AVG's) van Amarant wanneer de vraag handicap-gerelateerd is. De LHV-NVAVG (Landelijke Huisartsen Vereniging – Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten) heeft een leidraad gepubliceerd in juli 2019 over deze samenwerking. De ambulant verpleegkundigen uit het Expertise Verpleegkundigen Amarant team (EVA-team) zijn het eerste aanspreekpunt voor de groepsleiding. Zij handelen zo'n negentig procent van de vragen van patiënten zelfstandig af. De zorgvragen die zij niet kunnen beantwoorden, zetten ze door naar de betreffende huisarts, huisartsenpost (HAP), dan wel AVG als het om een handicap-gerelateerd probleem gaat. Deze vaste manier van werken loopt sinds het voorjaar van 2020.

Aanleiding

Amarant heeft met de huisartsen in de wijk samenwerkingsovereenkomsten voor mensen met een Wlz-indicatie die in de wijkvoorzieningen wonen. De huisartsenpost ervoer echter de problematiek als te complex voor huisartsen, omdat ze niet opgeleid zijn tot AVG. Voor de HAP reden om de samenwerking met Amarant en soortgelijke zorginstellingen in de regio op te zeggen, omdat ze op deze manier geen adequate zorg konden verlenen. De betreffende instellingen in de regio hebben elkaar opgezocht en een gesprek met de HAP georganiseerd om dit probleem gezamenlijk op te lossen. Uit dit gesprek bleek dat de HAP geen mogelijkheid had tot dossierinzage en triage miste voordat een patiënt bij de HAP terechtkomt. De zorgorganisaties voor verstandelijk gehandicapten in de regio hebben de handen ineen geslagen en de problemen opgelost.

Samenwerking huisartsen en AVG

Amarant is circa vijf jaar geleden gestart met een speciaal team ambulant

PROFIEL:

Amarant

- 5 divisies met zorgverleningsvormen: wonen in de wijk, specialistische zorg, jeugd, en intensieve behandeling (met name voor mensen met een licht verstandelijke beperking)
- 3 centrumlocaties waar 750 cliënten wonen
- bijna 5500 cliënten in de wijk; ruim 1100 cliënten vallen onder Jeugdwet, bijna 2700 cliënten onder Wlz en bijna 1700 cliënten onder Wmo
- biedt wonen (centrumlocaties en in de wijk), dagbesteding en behandeling
- cliënten die geen behandeling in het zorgzwaartepakket hebben, ontvangen zorg volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Noord-Brabant: 5 parttime AVG's waarvan 1 Specialist Ouderengeneeskunde (SO), 20 ambulante verpleegkundigen (minimaal niveau 5), gedragskundigen, 6 huisartsen op zzp-basis, 6 doktersassistentes

verpleegkundigen, het EVA-team, waarbij de verpleegkundigen minimaal niveau vijf hebben. Aanleiding hiervoor was dat Amarant merkte dat de groepsleiding voornamelijk agogisch is opgeleid, omdat de cliënten een verstandelijke beperking hebben. Echter deze doelgroep veroudert veel sneller, zo blijkt ook uit het GOUD-onderzoek (gezond ouder worden) in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum (zie goudonbeperktgezond.nl). Ouderdoms- en medische problematiek begint steeds meer de boventoon te voeren. De medische kennis hierover bleek te ontbreken, dus daarom is het EVA-team in het leven geroepen met twintig ambulante verpleegkundigen.

Op de drie centrumlocaties van Amarant vallen patiënten onder de AVG die de hoofdbehandelaar op medisch gebied is. De huisartsen die daar werken, verlenen de huisartsgeneeskundige zorg. Voor patiënten in de wijk is de huisarts in de wijk de hoofdbehandelaar. Amarant blijft echter verantwoordelijk voor deze mensen die een Wlz-behandelindicatie hebben en 24-uurs zorg krijgen. De huisartsen in de wijk werken op contract met Amarant, als onderaannemer. Bij een medische aandoening gerelateerd aan de beperking schaalde de huisarts op naar de AVG van Amarant. De zorg tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) levert de HAP aan patiënten die in de wijk wonen, en MedTzorg aan patiënten op de centrumlocaties.

Patricia Smit, directeur centrumlocaties Amarant: *'Problemen ontstonden, omdat tijdens de ANW-diensten uiteenlopende zorgvragen bij de HAP terechtkwam. Dat betekende voor hen een enorme belasting, terwijl hun werkdruk al erg hoog is. Toen zijn we samen met andere zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten in de regio, namelijk Prisma, S&L, SOVAK en SDW, in gesprek gegaan met de HAP West- en Midden-Brabant. We vroegen de HAP wat zij van ons nodig hebben om ook tijdens ANW medische zorg te kunnen bieden, indien nodig.'*

Bij de HAP hadden ze geen toegang tot het medisch dossier, een administratief probleem. Huisartsen schreven patiënten namelijk niet op naam in, omdat het systeem dan automatisch een koppeling maakt met de betreffende zorgverzekeraar, terwijl de zorginstelling de rekening moet krijgen vanwege de Wlz-indicatie. Daardoor had de HAP geen inzicht in de medische gegevens. Daarnaast waren er problemen met de bereikbaarheid van de AVG bij specialistische problematiek. En er kwamen te veel uiteenlopende vragen op de HAP af, zoals vragen over een paracetamol of vergeten medicijn. De HAP had behoefte aan triage voordat een vraag eventueel bij hen terecht zou komen.

Patricia Smit: *'In de regio hebben we de krachten gebundeld om het met de HAP anders te gaan regelen. We hebben er vervolgens voor gezorgd dat het medisch dossier toegankelijk is. Daarnaast hebben we als regel gesteld dat de ambulante verpleegkundige de rol van triage heeft. De verpleegkundigen hadden al een speciale triagescholing gevolgd, voordat er sprake van was dat ze deze taak erbij kregen. De triage houdt in dat de verpleegkundige vragen beantwoordt of triageert naar de huisarts of AVG, afhankelijk van de vraag. In plaats van de AVG kan ook de gedragskundige benaderd worden voor advies over gedragscomplexen voor patiënten met een verstandelijke beperking.'*

De HAP wordt gebeld voor alles waar 'gewone' mensen ook voor naar een HAP gaan, zoals bij een hartritmestoornis of onregelde diabetes. Bij bijvoorbeeld epilepsie ligt dat anders, omdat die aandoening vaak verband houdt met de verstandelijke beperking. In een dergelijke situatie wordt opgeschaald naar een AVG. De ambulante verpleegkundigen van het EVA-team weten nu zo'n negentig procent van de vragen zelf te beantwoorden. Periodiek vindt een evaluatie plaats met de HAP of het allemaal naar tevredenheid verloopt.

Patricia Smit: *'We zijn ontzettend blij met de inzet van dit team van ambulante verpleegkundigen. Ook met alles wat er op ons afkomt in dit coronatijdperk zijn ze van grote meerwaarde.'*

Hester van der Laan, AVG bij Amarant: *'Er zijn maar weinig AVG's, ook bij andere zorginstellingen, dus het is fijn en nodig dat we ook daarin de samenwerking hebben opgezocht. Nu kan er altijd een AVG als achterwacht fungeren voor de HAP of voor de verpleegkundige tijdens de ANW-diensten.'*

Landelijk zijn er slechts 230 geregistreerde AVG's. Voorheen waren huisartsen met affiniteit met mensen met een verstandelijke beperking werkzaam in instellingen als instellingsarts. Sinds 2000 is er een leerstoel en tevens opleiding voor AVG. De AVG en huisarts zijn complementair aan elkaar, zoals opgenomen in de handreiking die de LHV en NVAVG hebben geschreven in 2017. AVG is een uniek specialisme, waarin veel specifieke syndromen naar voren komen, zoals epilepsie, gedragsproblemen en orthopedische problemen. Soms kan een puur medisch probleem, zoals een ontstoken teen decompenseren en een gedragsprobleem worden. Zo wordt een huisartsgeneeskundig probleem een AVG-probleem.

Hester van der Laan: *'Ik heb zowel een huisartsenopleiding en later ook de AVG-opleiding gevolgd. Het lukt me niet om beide specialismen voor de volle honderd procent*

te kunnen blijven uitvoeren. Nu we met huisartsen samenwerken kan ik me volledig op het specialistische AVG-stuk focussen. Doordat je de patiënten minder vaak ziet, is het wel lastiger ze goed te leren kennen. Veel collega's vinden dat jammer. Aangezien wij de medisch hoofdbehandelaar zijn, moeten we het hele overzicht hebben. Alleen doet de huisarts een deel en de AVG een deel, en dan is het belangrijk om daarin goed met elkaar samen te werken. Huisartsen pakken nu bijvoorbeeld ook het cardiovasculair risicomanagement (CVRM) op. Jarenlang is dat niet echt gedaan zoals de huisartsen dat nu doen, dat is een kwaliteitsverbetering. In de werkgroep Taakdifferentiatie is gekeken welke taken bij de huisarts en welke bij de AVG horen. De doktersassistente voert daarin de triage uit.'

Informatie-uitwisseling

Op de centrumlocaties werken de huisartsen en AVG's in een elektronisch cliëntendossier waarin ze schriftelijk informatie registreren.

Wensen

De verschillende regionale zorginstellingen zijn een samenwerking aangegaan, zodat er altijd een AVG beschikbaar is voor de HAP tijdens ANW-diensten. De AVG is adviserend aan de huisarts.

Binnen Amarant komt een werkwijze waarin de AVG ook meer in beeld komt voor de mensen die in de wijk wonen. Ook daarin wordt de samenwerking aangegaan met huisartsen.

Resultaten

- Patiënten krijgen met zekerheid de huisartsgeneeskundige zorg die ze nodig hebben, ook buiten kantooruren.
- Het EVA-team vangt 90% van de vragen af.
- HAP kan terugvallen op de AVG bij handicap-gerelateerde zaken.
- HAP heeft toegang gekregen tot het medisch dossier van patiënten met een Wlz-indicatie.
- Amarant, Prisma, S&L, SOVAK en SDW werken samen met de HAP en evalueren periodiek, ook delen ze de EVA-voorwacht en AVG-achterwacht tijdens ANW-diensten.
- Tevredenheid over hoe de continuïteit van de zorg nu geregeld is op de centrumlocaties en in de wijk.

COLOFON

In opdracht van:

het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
(VWS)

Jaar van uitgifte:

december, 2020

Uitvoering:

Vilans

Auteurs:

Rinske de Waard (Rinske de Waard Communicatie),
Marit van der Meulen (Vilans) en Saskia Baardman
(Vilans)

Vormgeving:

Marcom+design, Utrecht

©Vilans

Churchillaan 11
3503 RE Utrecht
030 789 23 00
info@vilans.nl



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

