

Nieuwe inspirerende voorbeelden voor specialisten ouderengeneeskunde

van extramuralisering praktijkvoering, taakdelegatie en ziekenhuiszorg

Beschrijvingen van voorbeelden van efficiënte praktijkvoering, taakdelegatie, extramuralisering van ouderengeneeskunde en ouderengeneeskunde in ziekenhuizen.

De inventarisatie en beschrijving van de voorbeelden zijn in opdracht van de Verenso uitgevoerd door Carolien Koning en Wilco Kroes, respectievelijk directeur/clustermanager zorg en onderzoeker bij Regioplan Beleidsonderzoek, Amsterdam.
De coördinatie was in handen van Rob Wiewel, beleidsmedewerker Verenso.

Verenso, 30 september 2009

Inhoudsopgave

Inleiding

Extramurale setting

1. Ada Vijfvinkel – Stichting De Volkaert-SBO
Geriatrisch spreekuur in huisartsenpraktijk
2. Ed Notenboom – Zorggroep Sint Maarten
Geriatrisch spreekuur in vijf huisartsenpraktijken
3. Regina Falck – Zorgspectrum
Mobiel Geriatrisch Team
4. Jeroen van Bracht – SDHD
Consultatie door specialist ouderengeneeskunde aan huis na verwijzing huisarts
5. Karel Brühl – Geriant
DOC-team: Geriatrisch zorgteam voor thuiswonende demente mensen

Praktijkvoering

6. Adriaan de Kinkelder – Riethorst, Stroomland
Algemeen patiëntensprekuur in verpleeghuis
7. Hettie Suurd – Novicare
De inzet van zorgteams op commerciële basis

Taakdelegatie

8. Amnon Weinberg – RIVAS Zorggroep
Inzet geriatrisch verpleegkundigen in thuissituatie
9. Pieter Schimmel – Zorggroep Noord West Veluwe
Huisarts verleent zorg in kleinschalige woonvoorziening voor ouderen.

Ziekenhuiszorg

10. René de Bakker – Zorgsaam kliniek Hulst
Zorgsaam-kliniek: Juist er tussen in.
11. Jan de Waard – Zorgspectrum
Consultfunctie en herstelafdeling in ziekenhuis
12. Coby Tibben – Tjongerschans
Spreekuur specialist ouderengeneeskunde op poli geriatrie ziekenhuis

Varia

13. Ed Notenboom – Zorggroep Sint Maarten
Valpolikliniek
14. Ada Vijfvinkel – Verpleeghuis de Volkaert
Structuurafdeling voor mensen met probleemgedrag
15. Frank Schaapsmeeders – Alysis Zorggroep
Multidisciplinaire Parkinsongroep
16. Ruth Veenhuizen – Zorggroep Noorderbreedte
Polikliniek Huntingtonpatiënten
17. Armand Rondas – De Zorggroep
Kenniscentrum Wondbehandeling

Inleiding

Waarom een nieuwe publicatie 'Inspirerende voorbeelden'?

In oktober 2005 heeft de toenmalige NVVA, nu Verenso, een publicatie '*Inspirerende voorbeelden van praktijkvoering, taakdelegatie en extramuralisering*' uitgebracht.¹ De publicatie verscheen naar aanleiding van de Nota Takenpakket (2003). In de Nota is het beroepsprofiel en het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde aangepast aan de maatschappelijke ontwikkeling. Vier jaar later is het streven dat specialistische ouderengeneeskunde toegankelijk wordt voor de hele doelgroep van mensen met een complexe zorgvraag ongeacht hun verblijfplaats, nog steeds actueel. Efficiënte praktijkvoering, taakdelegatie, behandeling in de extramurale setting, al dan niet gericht op specifieke doelgroepen, zijn manieren om dit doel te kunnen bereiken. Voor sommige specialisten ouderengeneeskunde reeds dagelijkse praktijk, voor anderen een lonkend perspectief. In dit rapport vindt u een kleine twintig voorbeelden die u kunnen inspireren bij het geven van zorg aan mensen met een complexe zorgvraag in verschillende (verblijfs)situaties.

Werkwijze bij het vinden van inspirerende voorbeelden

Eind april 2009 riep Verenso, via een korte enquête, alle hoofden medische dienst van de verpleeghuizen op om inspirerende voorbeelden te melden. Deze oproep is na een aantal weken herhaald via de verenigingsnieuwsbrief. Op onderstaande thema's konden ideeën worden ingediend:

- a. Efficiënte praktijkvoering
- b. Taakdelegatie
- c. Extramuralisering van ouderengeneeskundige behandeling
- d. Ouderengeneeskundige behandeling aan ouderen in ziekenhuis
- e. Varia: open oproep

De oproep resulteerde in een behoorlijk aantal aanmeldingen, waaruit zeventien voorbeelden zijn geselecteerd. Deze specialisten ouderengeneeskunde zijn benaderd en aan de hand van een telefonisch interview bevraagd over de inhoud en werkwijze van het project. Op basis van deze gesprekken zijn beschrijvingen opgesteld die in het rapport zijn opgenomen.

Leeswijzer

We pretenderen met deze publicatie niet een volledig dekkend overzicht te geven van alle initiatieven die op de vijf bovenstaande thema's door Nederlandse specialisten ouderengeneeskunde worden ondernomen. De publicatie biedt naar onze mening wel een mooie kijk op een aantal boeiende initiatieven. Projecten die door uw collega's tot stand zijn gebracht. En niet zomaar: visie, doorzettingsvermogen en een marktgerichte benadering blijken cruciale ingrediënten. Steun van het management is daarbij wellicht niet vanzelfsprekend, maar wél een essentiële voorwaarde die vooraf gaat aan de start van elk initiatief.

De selectie betekent ook dat Verenso niet automatisch de bijzonderheden van de voorbeelden zonder meer aanbeveelt. De thema's passen wel bij de missie van Verenso: inzet van de ouderengeneeskunde ongeacht de verblijfplaats, maximale taakdelegatie

¹ Deze publicatie is te vinden op www.nvva.artsennet.nl onder de knop 'publicaties'.

onder voorwaarden en ontwikkeling van de praktijkvoering. Om die missie te realiseren is het goed om duizend bloemen te laten bloeien, veel uit te proberen en van elkaars initiatieven kennis te nemen.

Wij gaan er vanuit dat deze voorbeelden, maar ook andere voorbeelden die geregeld in TvV worden beschreven, ook u zullen inspireren. Hebt u vragen, neem dan gerust contact op met de contactpersoon die onderaan de beschrijving staat. Deze collega's zijn bereid uw vragen te beantwoorden. U kunt ook contact opnemen met het bureau van Verenso, in de persoon van Rob Wiewel.

Carolien Koning
Rob Wiewel

Extramurale setting

Geriatrisch spreekuur in huisartsenpraktijk

“Begin klein en op vertrouwd terrein”

Aan het woord is:

Ada Vijfvinkel, specialist ouderengeneeskunde Stichting de Volckaert-SBO te Dongen.

Een inspirerend voorbeeld van behandeling in de extramurale setting

De specialist ouderengeneeskunde houdt (twee)wekelijks spreekuur in twee huisartsenpraktijken en werkt hierbij samen met verpleegkundig casemanagers vanuit de thuiszorgorganisatie, met de verpleeghuisorganisatie en met de praktijkondersteuner van de huisarts. Het doel is om gezamenlijk beter het hoofd te bieden aan de complexe problematiek van een groeiend aantal thuiswonende ouderen. Er zijn meerdere inspirerende voorbeelden in deze publicatie opgenomen waarbij specialisten ouderengeneeskunde zitting hebben in een huisartsenpraktijk dan wel samenwerken met huisartsen. Dit voorbeeld is met name inspirerend vanwege het preventieve karakter en omdat met het screeningsinstrument EasyCare assessment wordt gewerkt.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

In de twee huisartsenpraktijken zijn door één van de verpleegkundig casemanagers alle patiënten van 85 jaar en ouder benaderd. Bij deze groep ouderen is het EasyCare Assessment afgenomen. Het EasyCare Assessment is een instrument dat ontwikkeld is om kwetsbare ouderen op te sporen. Het is door de klinische geriatrie en huisartsgeneeskunde vanuit de Radboud Universiteit geïmplementeerd in een aantal huisartsenpraktijken.

De bevindingen van deze screening zijn door verpleegkundigen en huisartsen doorgesproken. Patiënten waarbij dementie is vastgesteld of wordt vermoed, worden door de huisarts en verpleegkundige doorverwezen naar de specialist ouderengeneeskunde. Deze patiënten zien wij op het geriatrisch spreekuur. Op basis van een dergelijk consult geven wij als specialist ouderengeneeskunde advies en bepalen samen met de huisarts het verdere traject. Hiervoor zijn meerdere opties:

- 1^e De specialist ouderengeneeskunde start na diagnostiek medicamenteuze behandeling, maakt behandelplan en ziet deze patiënt op het spreekuur;
- 2^e Specialist ouderengeneeskunde geeft na diagnostiek een eenmalig advies, bijvoorbeeld om te verwijzen naar een paramedicus, een medicatie advies, et cetera en verwijst daarna weer terug naar de huisarts.
- 3^e Specialist ouderengeneeskunde verwijst, na diagnostiek, patiënt voor verdere diagnostiek en/of behandeling naar geriatrisch centrum in ziekenhuis of naar GGZ. Na dit onderzoek komt de patiënt in de meeste gevallen wel weer terug bij de specialist ouderengeneeskunde.

Tussentijds is er onderling contact per mail en telefoon tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde waarin we elkaar op de hoogte stellen van de voortgang van de behandeling van de patiënt. Elk half jaar doet de verpleegkundig casemanager een vervolgmeting van de testen die in eerste instantie zijn afgenomen. Dit doen we om de

patiënten te volgen en tijdig te kunnen reageren op problemen of verslechtering van de leefsituatie.

Patiënten jonger dan 85 jaar die buiten de uitgebreide screening vallen, maar wél te maken hebben met complexe problematiek, volgen in principe dezelfde stappen van eerst contact met verpleegkundig casemanager, bespreking met huisarts, doorverwijzing naar het spreekuur van de specialist ouderengeneeskunde en alle opties die daarna mogelijk zijn.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Wij hebben voor dit project als doelgroep benoemd dat het gaat om thuiswonende ouderen met complexe problemen die een AWBZ-behandelindicatie en een behoefte aan CSLM-zorg hebben. Een leeftijdsgrens is niet omschreven. Voor het onderdeel uitgebreide screening is echter een andere doelgroep benoemd. Hierbij gaat het om thuiswonende ouderen van 85 jaar en ouder. Aan de eerste diagnostiek zit geen indicatieverplichting vast. Deze indicatieverplichting geldt wel als er sprake is van medebehandelaarschap.

De taken en verantwoordelijkheden

Het uitgangspunt van het gehele project is dat de huisarts hoofdbehandelaar is en blijft. Wij leveren geen 24-uurszorg in dit project; in dat verband kunnen wij ook moeilijk hoofdbehandelaar zijn.

In het geval dat wij tijdens het geriatrisch spreekuur een zorgplan voor een patiënt opstellen en medicatie zoals cholinesteraseremmers voorschrijven, worden wij medebehandelaar.

In een aantal gevallen zijn wij alleen consultant. Dan gaat het veelal om somatische problemen waarvoor wij op het spreekuur een eenmalig advies geven en waarna de patiënt teruggaat naar de huisarts.

De kwaliteit van de behandelen / de uitgevoerde taken

Wij leveren in dit project geen volledig verpleeghuisgeneeskundige zorg, maar delen ervan met min of meer dezelfde kwaliteit. Soms met meer kwaliteit, omdat de verpleegkundig casemanager een hoogopgeleide professional is die we in het verpleeghuis niet hebben. Soms is het andere kwaliteit, omdat het multidisciplinaire karakter tijdens het werken bij een geriatrisch spreekuur minder aan de orde is. Indien in de behandeling van een patiënt intensieve bemoeienis van meer disciplines tegelijk nodig is, wordt een patiënt verwezen naar bijvoorbeeld de dagbehandeling en verdwijnt deze uit ons vizier.

Financiën en wetgeving

De specialist ouderengeneeskunde is twaalf uur per maand beschikbaar voor de geriatrische spreekuren in de twee huisartsenpraktijken. Deels in de praktijk zelf en deels door middel van visites thuis en zorgplanbesprekingen. De casemanagers hebben een aantal uren beschikbaar, afhankelijk van hun caseload.

De uren van de specialist ouderengeneeskunde en andere leden van het multidisciplinaire verpleeghuisteam worden bekostigd uit het budget dat met de productieafspraken extramurale behandeling (AWBZ) wordt verkregen. Dit betreft ook de uren van de geriatrisch verpleegkundige, werkzaam in het verpleeghuis. De uren die huisartsen extra maken, onder andere voor overleg met de specialist ouderengeneeskunde en de uren van de verpleegkundigen die voor de huisartsen werken, worden bekostigd uit de Zorgverzekeringswet.

De bevindingen en meerwaarde

Het werkzame bestanddeel in dit project is volgens ons de efficiëntie die voortkomt uit de gelaagdheid van werken. Een verpleegkundige ouderen uit laten nodigen en screenen is minder bedreigend dan dat de specialist ouderengeneeskunde dat zou doen.

Het is echter lastig om de kwaliteitswinst direct meetbaar te maken, maar we hebben de indruk dat we met dit project tijdig zorg kunnen inzetten en kunnen voorkomen dat er crisissituaties (inclusief crisisopnamen) ontstaan. Daarnaast zien we dat de dagbehandeling, die een terugloop aan deelnemers kende, beter wordt benut. Uit de tevredenheidsmeting die we zes maanden na de start en afsluiting uitvoeren onder patiënten, blijkt dat ze erg tevreden zijn met de manier van werken en de behandeling die ze van ons krijgen. Tot slot is er bij huisarts en specialist ouderengeneeskunde, onder andere door intensief werkoverleg, meer zicht ontstaan op en vertrouwen in de manier van werken van elkaar. We kunnen constateren dat we complementair zijn aan elkaar. Specialist ouderengeneeskunde voegen kennis van dementie en andere complexe problematiek, zorgregie en planmatig werken met een lange termijn blik toe aan de kennis en expertise van de huisarts.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Een ingang hebben in een huisartsenpraktijk is nuttig en nodig.
- Begin klein, bijvoorbeeld met één huisarts(enpraktijk) waarmee je bekend bent.
- Ga samen plannen maken en bouw samen op, leg anderen geen volledig uitgewerkte ideeën op.
- Informeer andere partijen zoals GGZ en klinisch geriater in ziekenhuis tijdig over het project en de plannen.
- Zorg voor de mogelijkheid dat je voor uitgebreide diagnostiek (bij dementie) kunt terugvallen op de faciliteiten in een ziekenhuis. Maak daarover tijdig afspraken met het ziekenhuis c.q. klinisch geriater.
- Denk van te voren goed na over de werkbaarheid van de prestatie-indicatoren, behorend bij het project, die je afsprekt met de zorgverzekeraar. Wij hebben o.a. vermindering van voorgeschreven medicatie afgesproken maar daar zijn zoveel andere zaken op van invloed dat dit geen goede indicator is voor het succes van het geriatrisch spreekuur.
- Maak financiële afspraken op grond van de eigen locale situatie en de manier waarop een eventueel spreekuur wordt vormgegeven.

Stichting de Volckaert –SBO te Dongen

Contactpersoon: Mw A. Vijfvinkel, specialist ouderengeneeskunde

Telefoon: 0162-375382

E-mail: avijfvinkel@volckaert.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

Powerpointpresentatie over het project.

Geriatrisch spreekuur in vijf huisartsenpraktijken

‘Van binnen naar buiten werken’

Aan het woord is:

Ed Notenboom, specialist ouderengeneeskunde, Zorggroep Sint Maarten te Oldenzaal.

Een inspirerend voorbeeld van behandeling in de extramurale setting

Drie specialisten ouderengeneeskunde houden een geriatrisch spreekuur bij vijf huisartsenpraktijken. Er zijn meerdere inspirerende voorbeelden in deze publicatie opgenomen waarbij specialisten ouderengeneeskunde zitting hebben in een huisartsenpraktijk dan wel samenwerken met huisartsen. Dit inspirerende voorbeeld is met name inspirerend omdat met meerdere huisartsenpraktijken wordt samengewerkt.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Het project is opgezet omdat er meer mensen met een complexe zorgbehoefte thuis wonen dan in verpleeghuizen. De thuiswonende ouderen wilden wij ook onze zorg aan kunnen bieden. Daarnaast gaf een aantal huisartsen, waar wij reeds mee te maken hadden, te kennen, behoefte te hebben aan een structurele vorm van geriatrische consultatie.

De huisarts kan doorverwijzen naar de specialist ouderengeneeskunde. Dit kan betekenen dat de specialist ouderengeneeskunde de patiënt tijdens een vast spreekuur in de huisartsenpraktijk ziet of dat de specialist ouderengeneeskunde een huisbezoek aflegt. Ook andere huisartsen in de regio kunnen ons raadplegen en vragen om een huisbezoek aan een patiënt af te leggen. Om te zorgen voor een laagdrempelig contact tussen huisarts en verpleeghuisarts hebben we het verwijsformulier versimpeld. Als specialist ouderengeneeskunde hebben wij kritisch naar het verwijsformulier gekeken en alleen de voor ons noodzakelijke informatie vragen wij nu nog op via het verwijsformulier, zoals vraagstelling en samenvatting van het HIS (Huisartsen Informatie Systeem).

Door elk van de specialisten ouderengeneeskunde een eigen subregio toe te wijzen, weet de huisarts binnen onze regio welke specialist ouderengeneeskunde hij moet hebben. Daarnaast is de specialist ouderengeneeskunde voor de huisarts rechtstreeks via zijn mobiele nummer bereikbaar.

De patiënten waarvoor het bedoeld is (vraagkant)

De patiënten die wij in het kader van dit project zien, zijn patiënten die behoefte hebben aan Continu Systematische Langdurig Multidisciplinaire (CSLM)–zorg. In ons eerste jaar, van mei 2007 tot april 2008, hebben wij in totaal zo'n dertig nieuwe patiënten gezien. Dit zijn zowel patiënten die wij op ons vaste spreekuur binnen de huisartsenpraktijk ontvangen als patiënten waarbij wij een bezoek aan huis afleggen. In de loop van het eerste jaar is een duidelijke verschuiving opgetreden waarbij er steeds meer patiënten in de thuissituatie werden gezien. Enerzijds omdat een huisarts vaak een snelle consultatie van zijn patiënt wil (en dus niet wil wachten tot de afgesproken spreekuurdag), anderzijds om de belasting voor de patiënt te verminderen.

De taken en verantwoordelijkheden

De specialist ouderengeneeskunde treedt op als medebehandelaar, de huisarts blijft hoofdbehandelaar. Afhankelijk van de problematiek kan er een eenmalig advies worden gegeven of wordt een behandelplan opgesteld, waarbij de specialist ouderengeneeskunde de patiënt meerdere keren ziet. In alle gevallen wordt aandacht besteed aan het goed informeren van de huisarts.

De kwaliteit van de behandelzorg / de uitgevoerde taken

Na een jaar is de samenwerking geëvalueerd met betrokken huisartsen en werd er een duidelijke kwalitatieve meerwaarde gezien. De nieuwe, frisse blik bij complexe problemen, het breder kijken van de specialist ouderengeneeskunde en meer anticiperen op te verwachten problemen bleken hierbij belangrijk. De kwaliteit van deze medische dienstverlening is vergelijkbaar met de dienstverlening in het verpleeghuis, met dien verstande dat het organiseren van de zorg en de beschikbaarheid van andere disciplines in de thuissituatie lastiger is.

Financiën en wetgeving

In het begin van de pilot van dit project was er nog geen financiële dekking voor het project. Zorggroep Sint Maarten heeft het project toen uit eigen middelen gefinancierd. Nu wordt dit project vanuit de extramurale AWBZ-behandeling gefinancierd. Hiervoor heeft het management van de instelling productieafspraken met het zorgkantoor gemaakt, waarmee de continuïteit van dit project voor dit jaar is gewaarborgd. Voor dit project hebben wij geen extra formatie aangevraagd. De uren die dit voor de specialisten ouderengeneeskunde met zich meebrengt, zijn in het reguliere aantal uren ondergebracht. De pieken in vraag en aanbod vangen we op met flexibele uren.

De bevindingen en meerwaarde

We hebben een mooie folder ontwikkeld en simpele verwijsformulieren opgesteld. De huisartsen waar we zitting hebben, weten ons wel te vinden. Het blijkt echter lastig om de andere huisartsen te bereiken. De huisarts wil weten welke specialist ouderengeneeskunde hij moet bellen en of ze die persoon dan gelijk aan de lijn krijgen. Om de drempel voor de huisartsen zo laag mogelijk te maken, werken wij aan een verdere vereenvoudiging van de verwijsprocedure. Hierbij wordt heel kritisch gekeken naar wat wij als specialist ouderengeneeskunde echt willen weten. Daarnaast willen wij de communicatie met de huisarts volledig digitaal laten verlopen; de huisartsen zien het nu als een belemmering dat de communicatie meestal nog op papier verloopt. De huisartsen met wie wij samenwerken, geven aan dat de adviezen van het consultatieteam bijdragen aan een kwalitatief betere zorgverlening. Dit blijkt met name door het bieden van een frisse blik bij vastlopende problematiek. Daarnaast heeft dit project een meerwaarde door de adviezen die de specialisten ouderengeneeskunde kunnen geven over polyfarmacie. Tot slot blijkt voor de huisarts belangrijk te zijn dat wij ook consulteren aan huis kunnen verrichten.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Begin klein en probeer het uit te bouwen.
- Het meest belangrijke is dat je moet laten zien wat je meerwaarde als specialist ouderengeneeskunde is. Als specialist ouderengeneeskunde bied je een methodische

werkwijze waarmee een integraal beeld van de patiënt kan worden geboden.

- Zoek huisartsen binnen je werkgebied die behoeften hebben om over de ouderengeneeskunde te praten en die vragen hebben.
- Bouw een relatie met de huisarts op.
- De specialisten ouderengeneeskunde moeten bereid zijn om buiten het verpleeghuis te werken. Binnen Zorggroep Sint Maarten zoeken wij voor onze artsen altijd een combinatie van intramurale en extramurale werkzaamheden zodat er een aantrekkelijk en divers takenpakket geboden kan worden en zowel intra- als extramuraal de ontwikkelingen gevolgd kunnen blijven worden.

Zorggroep Sint Maarten te Oldenzaal
Contactpersoon: De heer E.Notenboom
Telefoon: 06-13480933
E-mail: e.notenboom@zsmzorg.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

Folder over dit project.

Mobiel Geriatrisch Team

“Het is inspirerend om extramuraal te werken”

Aan het woord is:

Regina Falck, psycholoog en leidinggevende van het Mobiel Geriatrisch Team, Zorgspectrum in Houten, Nieuwegein, Vianen

Een inspirerend voorbeeld van behandeling in de extramurale setting

Wij hebben drie Mobiel Geriatrische Teams opgezet ter ondersteuning van de diagnosticering en begeleiding van oudere cliënten voor de huisarts.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

In 2005 zijn wij gestart met ons eerste Mobiel Geriatrisch Team. Met ons team ondersteunen wij de ziekte- en zorgdiagnostiek van de huisarts. Een team bestaat uit een HBO+ functionaris (deze persoon is de casemanager), een specialist ouderengeneeskunde en een psycholoog. De casemanager gaat als eerste langs bij de cliënt en doet een uitgebreide intake. Deze krijgt hierbij informatie van de huisarts, zoals het medicijngebruik en het medisch verleden van de cliënt. De casemanager rapporteert terug aan het team en zonodig gaan de specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog bij de cliënt langs. In het wekelijks multidisciplinair overleg bespreekt het team de nieuwe cliënten. Hierin worden de bevindingen besproken en wordt een concept zorgplan opgesteld. De zorgplannen worden als advies aan de huisartsen gegeven.

Na de diagnose verschilt de mate waarin wij betrokken blijven bij de cliënt. In sommige gevallen neemt de thuiszorg de coördinatie van zorg voor een langere periode over. In andere gevallen blijven wij meer bij de cliënt betrokken. De mate waarin wij betrokken blijven, hangt van de cliënt en zijn thuissituatie af. Indien veranderingen bij de cliënt plaatsvinden, schakelen thuiszorg en huisarts ons weer in.

De cliënten waarvoor het bedoeld is (vraagkant)

Het gaat om thuiswonende ouderen met een geriatrische zorgvraag. Deze mensen hoeven nog geen AWBZ-indicatie te hebben. Bij ouderen is vaak sprake van een complexere problematiek en daarvoor kan de huisarts ons multidisciplinaire team inzetten. De mobiel geriatrische teams zijn actief in Houten, Nieuwegein, Vianen en omliggende kerngemeenten. We gaan nu van start met een uitbreiding naar Bunnik.

Het overgrote deel van onze cliënten heeft dementie. Deze diagnose is niet altijd gesteld bij de aanmelding, maar blijkt wel vaak na het onderzoek van het Mobiel Geriatrisch Team. Op dit moment zijn wij bij tachtig cliënten betrokken. Met de drie Mobiele Geriatrische Teams ontvangen wij ongeveer zestig nieuwe cliënten per jaar.

De taken en verantwoordelijkheden

Wij stellen, indien nodig en mogelijk, de diagnose en stellen het zorgplan met adviezen op. De hoofdbehandelaar van de cliënt blijft de huisarts, deze blijft degene die de 24-uurs medische zorg aanbiedt. De verzorging blijft in handen van de thuiszorg en eventuele andere eerstelijns zorgaanbieders.

Voor de Mobiel Geriatrische Teams hebben we extra formatie gekregen. Voor de drie teams gezamenlijk is er 1.4 fte voor de casemanager bij gekomen, 0.45 fte voor de specialist ouderengeneeskunde en 0.55 fte voor de psycholoog.

De kwaliteit van de behandelzorg / de uitgevoerde taken

Wij zijn vroeg betrokken bij de cliënt. Daarom kunnen wij zijn situatie goed begeleiden en monitoren. Hierdoor verbetert de leefsituatie van de ouderen die thuis wonen en kunnen crisisopnames worden voorkomen.

Bij onze eigen thuiszorgorganisatie waar wij mee samenwerken, is een goed team van medewerkers aanwezig voor de complexe zorg thuis. Hier werken wij veel mee samen. In vergelijking met de kwaliteit van zorg die wij in een verpleeghuis kunnen bieden, zijn de tekortkomingen dat je niet altijd goed zicht hebt op de geleverde zorg en je als specialist het directe contact met de verzorgenden, normaal gesproken je ogen en oren, mist.

Financiën en wetgeving

In 2005 zijn wij met dit project gestart. Destijds hebben wij voor een jaar een startsubsidie van de zorgverzekeraar gehad. Inmiddels krijgen wij geld uit de pot ketenzorg dementie en wordt onze inzet vergoed op basis van het extramurale AWBZ-consultatietarief van de artsen en psychologen. Op dit moment zijn wij bezig om de zorg als keten aan te bieden en een vergoeding via de zorgverzekeraar mogelijk te maken. Wij hopen de GGZ en geheugenpoliklinieken in de keten op te kunnen nemen.

De bevindingen en meerwaarde

Huisartsen zijn niet direct overtuigd van de meerwaarde die wij kunnen bieden. Daarom hebben wij in het begin een symposium georganiseerd waar wij de huisartsen uit de regio voor hebben uitgenodigd. Toen wij eenmaal bekendheid kregen, was een groot aantal huisartsen snel betrokken. Dit is mede gelukt door de huisarts een goede terugkoppeling te geven van onze bevindingen en hen veel werk uit handen te nemen. Wij hebben een brede blik voor probleemanalyses, waar de huisarts in eerste instantie niet aan had gedacht. Een meerwaarde is dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen doordat wij eerder bij de cliënt betrokken zijn. Daarnaast kunnen we opnames die plaatsvinden soepeler laten verlopen. Doordat wij met de Mobiel Geriatrische Teams bij de mensen thuis komen, kennen wij de cliënt die in het verpleeghuis terecht komt al vanuit zijn thuissituatie. Hierdoor ga je ook anders kijken naar de intramurale cliënt.

Via een cliëntenpanel, georganiseerd door Alzheimer Nederland, is naar voren gekomen dat de cliënttevredenheid groot is. Wij hebben ook veel beter in kaart gekregen wat er aan zorg nodig is in de regio. Naar aanleiding van dit project hebben wij een aantal bedden voor crisisopname vrijgemaakt in het verpleeghuis. Daarnaast zijn wij bezig om een afdeling voor kortdurende psychogeriatric opname op te zetten.

Voor de specialist ouderengeneeskunde zelf heeft het ook een meerwaarde. Het is inspirerend om extramuraal te werken.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Zorg vanaf het begin voor een goed contact met de huisartsen en zorg voor een laagdrempelig contact.
- Zorg dat je snelheid in je handelen krijgt. Wij kunnen nu zeggen dat wij binnen twee weken bij een cliënt langs zijn geweest.
- Snelheid van handelen zorgt voor een bevordering van de samenwerking met de huisarts. Deze wil dat er snel gehandeld wordt.
- Voordat je begint, moet je goed de werkwijze van de casemanager doordenken en op

papier zetten. Wanneer er een protocol voor de werkwijze is, moet daar niet teveel van worden afgeweken.

Stichting Zorgspectrum te Nieuwegein
Contactpersoon: Mevrouw R.Falck
Telefoon: 06-10105107
E-mail: r.falck@zorgspectrum.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

-

Consultatie Specialist Ouderengeneeskunde aan huis na verwijzing huisarts

‘Beschouw de patiënt én de huisarts als klant’

Aan het woord is:

Jeroen van Bracht, specialist ouderengeneeskunde bij SHDH te Haarlem.

Een inspirerend voorbeeld van behandeling in de extramurale setting

Door een toenemend aantal ouderen met complexe zorgvragen die nog thuis wonen, hebben wij als stichting het initiatief genomen om de diensten van enkele verpleeghuisartsen extramuraal aan te gaan bieden. Consultatie van de specialist ouderengeneeskunde gebeurt ook op andere plekken. Vanwege de regionale schaal waarop de consultatie plaatsvindt, is het inspirerend. Zelf zijn we geïnspireerd door een visiestuk van Marlies Velthuizen van Zanten over extramurale zorgverlening door verpleeghuisartsen.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Specialisten ouderengeneeskunde worden door huisartsen gevraagd om bij een patiënt met een complexe zorgvraag langs te gaan. Wij krijgen een fax met gegevens van de patiënt. Vervolgens bellen wij de patiënt op om een afspraak te maken. De eerste afspraak duurt meestal een uur. Daarna vindt overleg plaats met de huisarts over de bevindingen en het plan van aanpak. Na het eerste consult kunnen er in overleg met de huisarts of op verzoek van de patiënt vervolgafspraken worden gemaakt. Binnen deze constructie is het van belang dat de specialist ouderengeneeskunde zowel goed naar de wens van de patiënt als naar de wens van de huisarts luistert.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Het gaat om thuiswonende mensen met complexe zorgproblematiek. Voor 95 procent betreft dit ouderen, maar er zitten soms ook jongere patiënten (< 60 jaar) met bijvoorbeeld MS tussen. Een deel van de patiënten bij wie we komen, heeft een AWBZ-behandelindicatie, een deel beschikt daar (nog) niet over.

De taken of werkzaamheden waar het om gaat

In een eerste consult praten we met de patiënt (en zijn familie) en stellen wij een plan van aanpak op. Dit plan van aanpak bespreken we met de huisarts. Aan de hand daarvan wordt bepaald welke disciplines moeten worden ingeschakeld. Met de huisarts wordt afgesproken wie dat doet. Op dit moment is het vaak zo dat de specialist ouderengeneeskunde de fysiotherapeut, ergotherapeut of andere disciplines die nodig zijn, inschakelt.

De huisarts roept ons in consult. De huisarts blijft hoofdbehandelaar. De specialist ouderengeneeskunde is over het algemeen geen medebehandelaar van de patiënt. Een enkele keer doet medebehandelaarschap zich voor bij een patiënt die in het verzorgingshuis verblijft. Veelal is er dan sprake van probleemgedrag of wenst de familie medebehandelaarschap.

Wij hebben alle huisartsen in onze regio benaderd en een gedeelte hiervan maakt gebruik van onze diensten. Het is lastig om aan te geven met hoeveel huisartsen we nu samen

werken. Wij hebben via de samenwerking met de huisartsen maandelijks zeventig uur werk. Dit betreft tien nieuwe consulten en tien vervolgconsulten.

De kwaliteit van de behandelzorg/de uitgevoerde taken

Het leveren van zorg in de thuissituatie heeft positieve en negatieve aspecten ten opzichte van de kwaliteit van de zorg die in een verpleeghuis wordt geboden. Een van de positieve aspecten is dat je te gast bent bij de patiënt thuis. Hierdoor ben je er nog meer van doordrongen dat je met de patiënt en zijn familie moet overleggen om tot een behandelmethode te komen.

Een negatief aspect is dat je niet de faciliteiten en 24-uurszorg kunt bieden, die in een verpleeghuis wel aanwezig zijn. Want bij sommige cliënten denk je wel: 'ga toch naar het verpleeghuis'. Maar het is mooi dat wij er op deze manier ook voor deze mensen kunnen zijn.

Financiën en wetgeving

Wij doen dit project met z'n tweeën en zijn er gezamenlijk ongeveer zestig uur per maand aan kwijt. Toen wij het project begonnen was het innovatiegeld afkomstig vanuit het AWBZ. Nu zit het in de reguliere extramurale AWBZ-zorg. Om dit vanuit de stichting mogelijk te maken, is extra formatie aangevraagd en gekomen.

De bevindingen en meerwaarde

Wij zijn in 2005 begonnen door een ronde te maken langs alle huisartsen in onze regio om te praten over wat wij hen kunnen bieden. Er was een groot gebrek aan wederzijdse kennis. Het heeft ongeveer een jaar geduurd voordat de huisarts ons structureel wist te vinden. Er zijn nu drie groepen huisartsen te onderscheiden. Huisartsen die nooit bellen, huisartsen die bellen indien nodig en anderen die regelmatig bellen om raad en advies. Het werkzame bestanddeel in dit project is de directe communicatie, het luisteren naar de wens van de huisarts en de patiënt en de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde die aanvullend is op die van de huisarts ten aanzien van complexe ziektebeelden. In de toekomst willen we in ieder geval die regio waar we onze diensten aanbieden, consolideren. Hiervoor houden we onze bestaande contacten met huisartsen warm en houden we in de gaten of er nieuwe huisartsen binnen onze regio komen met wie we contact kunnen leggen.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Investeer in de contacten met huisartsen en onderhoud deze contacten.
- Benader de huisarts als klant.
- Overleg systematisch met de huisarts en zorg dat je de vraag van de huisarts goed helder hebt.
- Vraag feedback aan de huisarts over de uitkomst van het consult.
- Wees overtuigd van je meerwaarde ten opzichte van de huisarts.
- Het is een spel dat je moet kunnen en durven spelen, waarbij het helpt als je beschikt over tact, strategisch inzicht en commerciële vaardigheden.
- Weet duidelijk waar je grens ligt als consulent, ga niet als hoofdbehandelaar fungeren.

SHDH te Haarlem

Contactpersoon: J. van Bracht, specialist ouderengeneeskunde

Telefoon: 06-23873725

E-mail: jeroen.van.bracht@shdh.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

-

DOC-team

‘Dementie is niet te genezen, maar aan de gevolgen kun je wel heel veel doen’

Aan het woord is:

Karel Bruhl, specialist ouderengeneeskunde bij Geriant, Heerhugowaard.

Een inspirerend voorbeeld van behandeling in de extramurale setting

Inzet Dementie Onderzoek en Casemanagement (DOC)-teams bij mensen met dementie in de thuissituatie.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Zeventig procent van de mensen met dementie woont thuis. Met de DOC-teams bieden wij hun multidisciplinaire diagnostiek en behandeling in de thuissituatie aan.

Sinds de vorige publicatie van ‘Inspirerende voorbeelden’ hebben er meerdere veranderingen plaatsgevonden. Behalve dat het aantal cliënten fors is toegenomen, hebben wij onze diensten ook behoorlijk uitgebreid. Deze zijn hieronder puntsgewijs uitgewerkt.

- *TOP-zorg*

Een van de uitbreidingen is dat wij nu Thuiszorg Ondersteuners Psychogeriatric (TOP)-zorgers in dienst hebben. Dit zijn gespecialiseerde verpleegkundigen op niveau 4. TOP-zorgers kunnen tijdelijk worden ingezet om mantelzorgers en/of de reguliere thuiszorg te ondersteunen. Een veel voorkomende reden is probleemgedrag bij de cliënt. Zodra de verzorgende of mantelzorger goed met de cliënt om weet te gaan en de juiste zorg kan bieden, trekt de TOP-zorger zich terug.

- *Zes weken observatieopname*

Indien er thuis voor observatie, diagnostiek en behandeling onvoldoende mogelijkheden zijn, wordt de patiënt voor zes weken 24-uursobservatie opgenomen in het DOC-centrum. Het DOC-centrum is een expertisecentrum voor observatie en diagnostiek bij dementie en bestaat uit zestien GGZ-erkende bedden. Cliënten worden er kortdurend – meestal voor zes weken – opgenomen.

- *Internethulpverlening*

In samenwerking met het Trimbos Instituut en Alzheimer Nederland is de website ‘dementie de baas’ (www.dementiedebaas.nl) opgezet. Via de website kan aan mantelzorgers een behandeling worden gegeven. Het is een behandeling die vergelijkbaar is met andere GGZ-behandelingen via het internet en die is gebaseerd op de principes van cognitieve therapie en psycho-educatie, maar dan specifiek toegesneden op de vragen en problemen die mantelzorgers van mensen met dementie tegenkomen.

- *Een geïntegreerd totaalplan: het hulpverleningsplan*

Daarnaast hebben wij in het kader van het Landelijk Dementie Platform het thuisteam dementie opgezet. Met dit team bevorderen wij de samenwerking tussen alle bij een cliënt betrokken partijen en zitten we met alle bij de directe zorg betrokken medewerkers en de cliënt en familie rond de tafel. Met de diverse medewerkers van thuiszorg, dagbehandeling en het DOC-team, die nu nog ieder een eigen behandeldossier beheren en een eigen behandelplan hebben, trachten we tot een geïntegreerde behandeling en één behandelplan te komen: ‘het hulpverleningsplan’.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

De DOC-teams zijn voornamelijk bedoeld voor mensen met dementie in de thuissituatie (die eventueel dagbehandeling ontvangen). Maar wij worden ook ingezet voor mensen in verzorgingshuizen. In het verzorgingshuis doen we met name de diagnostiek naar cognitieve stoornissen en dementie en geven wij adviezen, waarna de cliënt weer wordt overgedragen aan de specialist ouderengeneeskunde die betrokken is bij de aanvullende verpleeghuiszorg in het verzorgingshuis.

Taken en verantwoordelijkheid

De huisarts blijft hoofdbehandelaar bij mensen die thuis wonen. De specialist ouderengeneeskunde bemoeit zich meer met de psychogeriatrische dan met de somatische problematiek. Bij psychogeriatrische problematiek schrijf ik, in tegenstelling tot somatisch gerelateerde zorgvragen, wel medicijnen voor. Zo schrijf ik bijvoorbeeld wel een medicijn als haldol voor, maar bijvoorbeeld lasix zal ik nooit voorschrijven (tenzij in acute situaties).

Wel of geen gedwongen opname in een verpleeghuis of wel of geen deelname aan dagbehandeling zijn beslissingen die onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde worden genomen. Naast de behandeling van de patiënt, richten wij ons expliciet op ondersteuning aan het gehele systeem rond de patiënt. Indien een mantelzorger overbelast is, gaan we daarmee aan de slag. Zoals met de inzet van TOP-zorgers of een tijdelijke opname in ons DOC-centrum.

- *Caseload per arts*

Binnen de vier locaties zijn in totaal tien artsen actief. Dit zijn hoofdzakelijk specialisten ouderengeneeskunde, maar ook sociaal geriaters en psychologen. Iedere arts werkt met ongeveer zes casemanagers, één of twee TOP-zorgmedewerkers, een psycholoog en een consulent psychiater. Ikzelf heb als specialist ouderengeneeskunde zo'n driehonderd cliënten onder behandeling van wie er zo'n honderdvijftig elk jaar nieuw worden aangemeld en er ook weer zo'n honderdvijftig worden uitgeschreven. Reden van uitschrijving is meestal opname in een verpleeg- of verzorgingshuis of overlijden. Per jaar ontvangt Geriant een toenemend aantal nieuwe cliënten, in 2008 waren dat er duizend.

- *Psychotherapie bij dementie?*

De taken van de psychologen zijn ten opzichte van 2005 uitgebreid. Naast diagnostische taken kan de psycholoog ook behandelingen uitvoeren. Wanneer een cliënt met cognitieve stoornissen of dementie nog voldoende leervermogen heeft – en dat is bij vele van onze cliënten echt het geval – dan kan bijvoorbeeld rouw, een trauma of een interactief probleem met de partner worden behandeld door psychotherapie, zoals oplossingsgerichte of interpersoonlijke psychotherapie. Het zijn vaak heel praktische problemen die op die manier worden aangepakt en we zien hier goede resultaten van.

- *Ambulante dagbehandelingsarts*

Een groot deel van onze cliënten maakt gebruik van de dagbehandeling. Met de meeste dagbehandelingen van verpleeghuizen hebben wij afgesproken dat wij de behandelend arts blijven in plaats van de (intramurale) specialist ouderengeneeskunde van de dagbehandeling. De reden hiervoor is dat wij de patiënt vanuit de thuissituatie al veel beter kennen en daarmee een vollediger beeld hebben.

De kwaliteit van de behandelzorg/de uitgevoerde taken

Ten opzichte van reguliere specialisten ouderengeneeskunde hebben wij als specialist ouderengeneeskunde in het DOC-team een duidelijke expertise op het gebied van dementie. Daarnaast kunnen wij met behulp van het multidisciplinaire DOC-team specifieke diensten verlenen, zoals met het thuisteam dementie en de inzet van TOP-zorgers. Dit maakt dat wij goede kwaliteit van zorg aan mensen met dementie in de thuissituatie leveren.

Financiën en wetgeving

Geriant heeft een erkenning als GGZ-zorgaanbieder. Dat betekent dat de behandelingen door de DOC-teams worden vergoed door de ziektekostenverzekeraars via de zorgverzekeringswet. Er is daarom geen CIZ-indicatie nodig om als cliënt bij Geriant te worden ingeschreven. De behandeling wordt vooral vergoed via de DBC's dementie, cognitieve stoornissen en delirium (DSM IV). De DBC-tarieven zijn voldoende om de behandeling via het model van casemanagement dementie te financieren. Daarnaast participeert Geriant in het experiment van het ministerie van VWS met keteninkoop van dementie. Dit zijn de zogenaamde koploperregio's. Geriant heeft daarvoor – samen met drie verzorgingshuizen – een projectvoorstel ingediend, dat inmiddels is toegewezen.

De bevindingen en meerwaarde

Huisartsen vinden Geriant een goede partner in dementiezorg, omdat Geriant geen tot zeer korte wachttijden heeft - maximaal drie weken - én alle cliënten die met geheugenstoornissen worden aangemeld door de huisarts aanneemt. Geriant verzorgt de wachtlijstcoördinatie voor opname in het verpleeghuis in de regio's Kop van Noord-Holland en Noord-Kennemerland. Ook voor verpleeghuisopname kunnen we de huisarts dus werk uit handen nemen.

De meerwaarde die wij ten opzichte van reguliere geheugenpoliklinieken hebben, is dat wij niet alleen de diagnostiek doen, maar vervolgens ook direct vanaf aanmelding de behandeling op ons nemen. Hierbij krijgt de cliënt en zijn familie een vaste casemanager en een vaste arts toegewezen. Voor de patiënt hebben wij meerwaarde door onze expertise op het gebied van dementie en onze multidisciplinaire aanpak, waarbij we ook nadrukkelijk kijken naar de omgeving van de cliënt. Uit cliënttevredenheidsenquêtes blijkt een grote waardering voor de door ons geleverde service en daadwerkelijke hulp.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Er moet voldoende deskundigheid op het gebied van casemanagement en dementie aanwezig zijn.
- Een goede samenwerking met huisartsen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en ziektekostenverzekeraar is een vereiste.
- Zorg voor een goede financiering. Een AWBZ-financiering is niet voldoende. De meest passende financiering voor de door Geriant geboden behandeling wordt verkregen via de DBC-financiering, specifiek via de GGZ-DBC's. Een GGZ-erkenning is nodig. Casemanagement is binnen de GGZ een gebruikelijk model, bijvoorbeeld voor behandeling van schizofreniecliënten. Het Geriant-model van casemanagement bij dementie is goed te financieren uit de DBC-tarieven.
- Je hebt managers nodig die hier vertrouwd mee zijn en die visie hebben op de ingewikkelde ziekte dementie. Het is geen 'gewone' ziekte, maar een zeer ernstige

ziekte met diep ingrijpende psychosociale en functionele gevolgen, waar – in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht bij dementie – juist veel aan te doen is. Daarnaast is psychogeriatrische diagnostiek en behandeling een zeer gespecialiseerd en multidisciplinair vak. Er is erg veel nodig om dat op een professionele manier vorm te geven om draagvlak in de regio te creëren.

Geriant, Heerhugowaard
Contactpersoon: de heer K. Bruhl
Telefoon: 072-5270390
E-mail: k.bruhl@geriant.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

-

Praktijkvoering

Algemeen patiëntensprekuur in verpleeghuis

‘Werk pro-actief als specialist ouderengeneeskunde, zowel binnen als buiten het verpleeghuis’

Aan het woord is:

Adriaan de Kinkelder, specialist ouderengeneeskunde bij De Riethorst Stromenland te Geertruidenberg.

Een inspirerend voorbeeld van efficiënte praktijkvoering

Een afname van de relatieve artsformatie binnen de zorginstelling en een niet aflatende zorgvraag vanuit de afdelingen, dwong ons als behandeldienst na te denken over andere wijzen van praktijkvoering. Op een centrale plaats in de twee hoofdlocaties van onze instelling is sinds enige tijd een algemeen patiëntensprekuur geïmplementeerd. Dit spreekuur richt zich op dringende vragen die tussen de grote/reguliere visites door komen.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Ten opzichte van de oude situatie komt de arts niet meer dagelijks op de afdeling langs om allerlei kleine min of meer dringende vragen te beantwoorden. De verzorgende verzamelt deze vragen, waarbij de verzorgenden al dan niet met patiënt(e) (afhankelijk van de vraag) naar het algemeen spreekuur komt. De verzorgende of verpleegkundige zal hiervoor dus van de afdeling naar de arts moeten.

De afdelingen zijn hierover uitgebreid geïnformeerd. Ook is uitgebreid besproken welke vragen wel en niet op het spreekuur thuishoren. Niet-dringende vragen zullen daarom worden doorgeschoven naar de reguliere visite met de eigen arts.

Met deze manier van praktijkvoering winnen we tijd, doordat niet meer dagelijks meerdere artsen meerdere afdelingen aflopen. Daarbij, en wellicht is dit nog het belangrijkste effect, stimuleert deze werkwijze bij de afdelingen, maar ook bij de artsen een andere denkwijze waardoor men zich meer bewust wordt van de uitstelbaarheid en eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van bepaalde vragen.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Het algemeen patiëntensprekuur is bedoeld voor alle patiënten die in het verpleeghuis verblijven. Dus zowel psychogeriatrische als somatische patiënten.

De taken of werkzaamheden waar het om gaat

Afdelingen kunnen via de medisch secretaresse of praktijkverpleegkundige een afspraak maken voor het algemeen patiëntensprekuur. De bemensing van het algemeen patiëntensprekuur vindt bij toerbeurt plaats door één van de artsen die op de desbetreffende locatie werkzaam is. Dit betekent dus dat de afdelingen/cliënten niet per se terecht komen bij de behandelend arts. Naast het algemeen patiëntensprekuur vinden bij ons de volgende contactmomenten met patiënten plaats:

- Eenmaal per week bezoekt de behandelend arts zijn/haar afdeling(en) voor een uitgebreide grote en deels papieren visite. Zonodig wordt hierbij de patiënt gezien.
- Daarnaast is de arts uiteraard aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO).
- Ook probeert de arts aanwezig te zijn bij nieuwe opnames op zijn eigen afdelingen.

De kwaliteit van de behandelzorg/de uitgevoerde taken

De kwaliteit van de behandelzorg die op het algemeen spreekuur wordt gegeven, is hetzelfde als de zorg die anders op de afdelingen zelf werd gegeven. De zorg is alleen op een andere wijze georganiseerd.

Financiën en wetgeving

De zorg en behandeling die wordt geleverd op het patiëntensprek uur wordt uit de reguliere financiële middelen van het verpleeghuis bekostigd.

De bevindingen en meerwaarde

Op een van de twee hoofdlocaties werkt het algemeen patiëntensprek uur zoals bedoeld. De medewerkers van de afdelingen weten de urgentie op een goede wijze in te schatten en ervaren het als positief, om met of zonder patiënten, even rustig en weg van de hectiek van de afdeling, op het spreekuur hun gebundelde vragen door te nemen met de specialist ouderengeneeskunde. De ervaring van de artsen is dat er een snelle afhandeling is van veel vragen. Het is bovendien prettig dat alle papieren en eventueel benodigde apparatuur bij de hand is in de spreekuurruimte. Wij verliezen geen tijd meer met heen en weer lopen naar verschillende afdelingen, verzorgenden opsporen, patiënten bij de kapper vandaan halen, dossiers traceren, et cetera.

Op de andere hoofdlocatie loopt (vijf weken na de invoering) het spreekuur nog niet goed. Dit heeft verschillende oorzaken. Wat hieruit wel blijkt is dat de implementatie veel aandacht blijft vragen.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Bedenk van te voren een plan, zorg voor draagvlak bij de verplegingsdienst en medische dienst.
- Maak de nieuwe werkwijze bij alle betrokken partijen bekend: artsen van behandeldienst, medewerkers van de verpleegafdelingen en cliënten(raad).
- Houd de nieuwe werkwijze vooral heel praktisch: één telefoonnummer, een toegankelijke en duidelijk herkenbare spreekuurruimte, een vast moment in de week, et cetera.
- Begin hierna gewoon, waarna verdere bijstelling en blijvende aandacht nodig is om werkwijze goed in te voeren.

De Riethorst Stromenland te Geertruidenberg

Contactpersoon: A. de Kinkelder, specialist ouderengeneeskunde

Telefoon: 0162-513555

E-mail: a.dekinkelder@drsn.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

Folder project, nota herziening medisch beleid en twee nieuwsbrieven voor medewerkers.

Inzet van zorgteams op commerciële basis

"Zakelijke dienstverlening in de verpleeghuiszorg"

Aan het woord is:

Hetty Suurd, directeur Novicare.

Een inspirerend voorbeeld van efficiënte praktijkvoering.

Novicare is een zelfstandige medische- en paramedische dienst, die haar zorg levert aan cliënten met chronisch complexe zorgvragen in zorginstellingen en in de thuissituatie. Voor de thuissituatie beschikt zij hiervoor over een multidisciplinaire groepspraktijk. Novicare is momenteel voornamelijk in Noord-Brabant actief, maar de ambitie is om landelijk te gaan opereren. Behalve voor de directe zorgverlening aan cliënten worden onze medewerkers ook ingezet voor trainingen en scholingen, protocolontwikkeling, ondersteuning van medische- en paramedische teams enzovoort. Tevens is Novicare onderscheidend in haar personeelsbeleid.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Novicare is een dienstverleningsbedrijf, bestaande uit specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten. Alle medewerkers zijn in loondienst. De professionals leveren intramurale zorg in vaste teams aan verpleeghuizen. Extramuraal leveren zij zorg aan cliënten in verzorgingshuizen en in de wijk die een complex chronische zorgvraag heeft.

Novicare is in juni 2008 officieel van start gegaan en is opgericht door Hettie Suurd, specialist ouderengeneeskunde en Jacco Lamper, accountant. De volgende ontwikkelingen lagen o.a. ten grondslag aan de oprichting van Novicare:

1. De overheid wil dat mensen steeds langer thuis blijven wonen en ook de mensen willen dit graag zelf. Zorgbehoevende ouderen gaan zich daarom steeds meer buiten het verpleeghuis bevinden.
2. Daarnaast wil een deel van de zorgbehoevenden wel zorg ontvangen van de professionals uit het verpleeghuis, maar wil zij liever niet met het verpleeghuis geassocieerd worden.

De cliënt voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Onze diensten zijn beschikbaar voor cliënten met een chronische complexe zorgvraag die of in een zorginstelling of in de thuissituatie verblijven.

De taken of werkzaamheden waar het om gaat

1. *Inzet Novicare in verpleeghuizen en in de aanvullende zorg in verzorgingshuizen*
Als een zorginstelling met Novicare in zee gaat dan betekent dit dat deze een totaalpakket van diensten inhuurt. Het team dat in de zorginstelling werkt, levert de behandelingen die de cliënt in het zorgzwaartepakket toegewezen heeft gekregen, inclusief alle wettelijke taken, commissiewerkzaamheden, protocolontwikkelingen enzovoort. Met betrekking tot de zorg aan de cliënten betekent dit dat wij het aantal uren zorg leveren dat bij het zorgzwaartepakket hoort. Indien wij meer uren nodig hebben om de taken van het zorgzwaartepakket uit te voeren, is dit ons eigen risico.

Onze visie is dat het primair proces zich 7 x 24 uur per dag afspeelt tussen de zorg en de

cliënt. Onze rol is het brengen van onze expertise ten behoeve van dit primaire proces en de verzorgenden te helpen en het proces te versterken. Dit betekent echter niet dat wij werken via het huisartsenmodel en alleen op afroep komen. Het betekent wel dat wij die taken, die wij uit hoofde van ons vak behoren te doen, zoveel mogelijk ontdaan hebben van oneigenlijke taken.

In de praktijk van de dagelijkse zorgverlening is er voor de cliënt en de medewerkers van de zorginstelling nauwelijks verschil met een “eigen” medische- en paramedische dienst. “Ik denk dat veel betrokken medewerkers van een zorginstelling en familieleden niet eens weten dat wij niet in dienst zijn van de betrokken zorginstelling.”

Bij de start van de samenwerking stellen we naast een contract ook samen met de zorginstelling een Service Level Agreement (SLA) op. Hierin wordt onder andere vastgelegd wie waar verantwoordelijkheid voor draagt en op welke wijze wij onze dienstverlening leveren en zijn de rechten en plichten over en weer beschreven. De SLA wordt vier keer per jaar geëvalueerd met de klant en indien nodig aangepast. Doel hiervan is het steeds verder verbeteren van de samenwerking tussen de verpleging en verzorging van onze klant en onze behandelaars waardoor de kwaliteit van de dienstverlening aan de cliënten steeds beter wordt.

Ten aanzien van de verantwoordelijkheden is er een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Novicare en de zorginstelling voor de zorg die cliënten ontvangen. Deze hebben we uitgewerkt aan de hand van de indicatorenset van de normen verantwoorde zorg. Zo is de zorgorganisatie verantwoordelijk voor onder andere de maaltijden, de veiligheid en het wooncomfort en is Novicare verantwoordelijk voor de 24-uursbereikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde. Voor tachtig procent van de verantwoorde normen hebben we een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit betekent dat we hier consensus over moeten bereiken en hiervoor dus ook gezamenlijke protocollen ontwikkelen. Daarmee is onze invloed op de kwaliteit van zorg ook gewaarborgd.

2. Inzet Novicare in verzorgingshuizen en in de thuissituatie

Voor de zorg aan de cliënten in de verzorgingshuizen en in de thuissituatie zijn we gestart met een multidisciplinaire groepspraktijk “Vitaal Thuis”. In de verzorgingshuizen en het zorggebied van onze klanten leveren we deze zorg onder de naam van de zorgorganisatie waaronder wij werken.

Voor deze zorg, geleverd door een specialist, is een verwijzing van de huisarts nodig, behalve voor de inzet van de fysiotherapeut en de psycholoog. Indien wij in een thuissituatie ingeschakeld worden, is degene waar de cliënt naar verwezen wordt de zogenaamde wegwijzer (=casemanager). Deze persoon, of dat nu de fysiotherapeut, diëtist of specialist ouderengeneeskunde is, neemt een vragenlijst af, de vitaliteitanalyse. Op basis van de resultaten stelt de wegwijzer vast of nog andere professionals de cliënt zouden moet zien. Op basis van de bevindingen bieden wij mensen in de thuissituatie multidisciplinaire behandelarrangementen aan, vastgelegd in een vitaliteitplan. Deze wordt uiteraard in overleg met de cliënt en de huisarts vastgesteld.

Deze arrangementen zijn samengesteld uit verschillende producten die wij kunnen leveren. Wij hebben op dit moment tien arrangementen die wij aan kunnen bieden. Zoals ‘red je met reuma’, ‘meer mogelijk met MS’ en ‘met vallen en opstaan’. Wij adviseren de cliënt welke professionals nodig zijn. De cliënt neemt de beslissing of hij hier gebruik van zal maken.

3. *Personeelsbeleid*

Binnen Novicare zijn de professionals de ondernemer en is de directie en de backoffice ondersteunend. Er zijn geen managementlagen en er wordt gewerkt met zelfsturende teams. De teams hebben per klant een relatiebeheerder (één van de professionals) die de contacten onderhoudt met de klant.

De kwaliteit van de behandelzorg / de uitgevoerde taken

Zoals eerder genoemd zijn we medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg aan de cliënten. Als de Inspectie voor de Gezondheidszorg een audit doet in een instelling waar wij werken, dan worden onze medewerkers beoordeeld als zijnde medewerkers van de betreffende instelling en zo wordt onze zorgverlening ook beoordeeld. Indien wij werkzaam zijn in een instelling, is dit ook bekend bij het betreffende zorgkantoor.

Onze dienstverlening is vastgelegd in producten van waaruit we zorgen dat we binnen de kaders van de ZZP-behandelcomponent blijven. Al onze producten zijn in een eenvoudige terminologie geschreven zodat ze voor iedereen goed te begrijpen zijn.

Financiën en wetgeving

Novicare is opgericht met behulp van het Health Innovation Fund (HIF). Dit fonds is opgericht voor beginnende ondernemingen in de zorg.

Financiële afspraken Novicare met zorginstellingen en/of cliënten

De zorgorganisatie betaalt ons op basis van een bedrag per cliënt per dag per ZZP. Dit maakt dat wij zelf kunnen bepalen welke professionals voor hoeveel uren we inzetten om de kwaliteit van zorg aan de cliënt optimaal te kunnen leveren. Dit alles uiteraard wel binnen het kader van de ZZP.

Voor de zorgorganisatie betekent dit dat zij exact weten wat zij per jaar kwijt zijn voor hun behandelaars. Als de cliënt er niet is, hoeft de zorgorganisatie ons ook niet te betalen. Uiteraard kan de cliënt er ook voor kiezen om hiervoor zijn PGB te gebruiken of het zelf te betalen.

Als één van onze professionals zorg levert bij mensen die thuis wonen, dan wordt dit gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Soms wordt er daarnaast nog wel een eigen bijdrage gevraagd.

De bevindingen en meerwaarde

Onze klanten geven aan zeer tevreden te zijn. Uiteraard hebben we aan elkaar moeten wennen en gaat bij ons ook niet altijd alles goed.

Onze medewerkers zijn zeer enthousiast en vinden de ruimte en verantwoordelijkheid die ze krijgen een verademing.

Ook wij lopen tegen uitdagingen aan. Novicare is nieuw en wordt gezien als bedreiging door managers en behandelaren van andere instellingen. Sommige zorgorganisaties willen daarom ook niet samenwerken.

Onze cliëntenzorg beperkt zich tot de kerntaken van onze behandelaars, waardoor de verzorgenden en medewerkers in de instelling meer verantwoordelijkheden krijgen die zij niet altijd gewend zijn. Een voorbeeld is het beheer hulpmiddelen. Onze therapeuten adviseren welke hulpmiddelen nodig zijn, maar maken geen keuze voor welk merk gekozen moet worden en ze zorgen ook niet dat deze op de afdeling komen. Dit is men

soms anders gewend.

Door het creëren van zelfsturende teams moeten de professionals intensief samenwerken en is er een wederzijdse afhankelijkheid voor het kunnen leveren van kwaliteit van zorg. Daarnaast moeten ze het ondernemen vrijwel allemaal nog leren en dat vinden ze lastig, maar wel heel erg leuk.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Wij zijn een echt bedrijf. Indien je een bedrijf als Novicare op wil richten heb je ondernemerschapskennis nodig. Vele professionals zijn ondernemend, maar geen ondernemer. Mede daarom bestaat de directie naast Hettie Suurd uit Jacco Lamper, die al ondernemer was en daarnaast accountant is.
- Zorg voor een goede financiële back-up, in ons geval is dat het HIF.
- Een continue monitoring is essentieel om inzicht te houden in zowel de kwaliteit als de financiën. Hiervoor gebruiken wij DataCare, een softwareprogramma waarmee wij de zorg- en dienstverlening monitoren en maken we maandelijks een, onder andere financiële, rapportage die we ook met de investeerder bespreken.

Novicare, Best

Contactpersoon: Hettie Suurd, specialist ouderengeneeskunde en directeur Novicare

Telefoon: 0499-801970

www.novicare.nl

E-mail: hsuurd@novicare.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

Powerpointpresentatie Novicare.

Taakdelegatie

Inzet geriatrisch verpleegkundigen in thuissituatie

'Presenteer jezelf op inhoud. Je doet het anders en beter'

Aan het woord is:

Amnon Weinberg, specialist ouderengeneeskunde RIVAS Zorggroep.

Een inspirerend voorbeeld van taakdelegatie

De inzet van geriatrisch verpleegkundigen in de thuissituatie en het ziekenhuis als de ogen en handen van de specialist ouderengeneeskunde.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Wij werken hier als specialist ouderengeneeskunde in een gehele regionale keten. Ouderen wonen thuis met een zorgplan, zonder continu omgeven te zijn door verzorgenden en behandelaars. Er is bij ons de behoefte ontstaan om samen te gaan werken met een verpleegkundig specialist die de handen en ogen is van de specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie. Hiervoor zetten wij op methodische wijze de geriatrisch verpleegkundigen in: een verwijzing door een huisarts of een specialist in het ziekenhuis bij een thuiswonende oudere komt binnen bij het secretariaat van het Geriatrisch Onderzoek en Advies Centrum (GOAC). De geriatrisch verpleegkundige gaat op huisbezoek. Deze brengt vervolgens het 'totale systeem' van de patiënt in kaart. Wat is de medische, sociale en psychische zorgvraag van de patiënt, wat is de situatie van de mantelzorgers en welke zorgverleners zijn reeds betrokken? De verslaglegging van dit bezoek en de beoordeling van de situatie spreekt de geriatrisch verpleegkundige door met de specialist ouderengeneeskunde. Deze spreken samen verdere diagnostiek, een behandeling of vervolgstappen af en zetten in overleg met de verwijzend arts een cliëntvolgsysteem ofwel casemanagement (generalistisch of specialistisch) op. Bij een acute zorgvraag gaat de specialist ouderengeneeskunde er direct zelf heen zonder een huisbezoek vooraf van de geriatrisch verpleegkundige. Dit betreft vaak wel een gezamenlijk bezoek. Consultatie in het ziekenhuis verloopt via consultaanvragen aan de specialist ouderengeneeskunde, die op basis van een eerste analyse vervolgens met de geriatrisch verpleegkundige een taakverdeling afsprekt.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

De vragen komen van huisartsen, ziekenhuisspecialisten en psychiaters. Het gaat dus om mensen die thuis wonen en mensen die in een ziekenhuis aanwezig zijn. De cliënten hebben over het algemeen nog geen AWBZ-behandelindicatie. Meestal komt tijdens het traject de AWBZ-indicatie tot stand. Dit indicatietraject en verdere logistieke planning worden door het GOAC begeleid.

De taken en verantwoordelijkheden

Er is deels sprake van taakdelegatie, zoals het uitvoeren van eenvoudig medisch onderzoek en het vervolgen van medische interventies, en deels van aanvullende taken die de geriatrisch verpleegkundige vervult, zoals deskundigheidsbevordering, psychosociale anamnese en communicatie met het patiëntsysteem en verwijzend arts. Vanaf het begin is het GOAC met de geriatrisch verpleegkundige de spil waar het om

draait. Deze heeft een duidelijk coördinerende rol. De geriatisch verpleegkundige heeft een nauw contact met de huisartsen, cliënten en familieleden. De specialist ouderengeneeskunde vervult de medisch inhoudelijke kant van het verhaal. Deze wordt geen hoofdbehandelaar van de patiënt in thuissituatie en ziekenhuis, maar is medebehandelaar en daarin zit consultatie vervat.

De kwaliteit van de behandelen/de uitgevoerde taken

De kwaliteit van de geboden zorg in de thuissituatie is zeker te vergelijken met de zorg die in verpleeghuizen wordt geboden. De meerwaarde zit niet in het aantal uren zorg dat de patiënten van ons krijgen. Wél in de totale blik en screening van de patiënt door de geriatisch verpleegkundige, waarna casemanagement met vroegtijdige interventies plaatsvindt. Het verschil met de reguliere verpleeghuiszorg is dat buiten het verpleeghuis de zorg niet altijd multidisciplinair van aard is. Dit heeft als neveneffect dat de zorg die je kunt bieden dynamischer is.

Financiën en wetgeving

De financiering van initiatieven zoals deze is moeilijk rond te krijgen. De financiering van het GOAC met inzet van geriatisch verpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde komt uit verschillende bronnen. Wij hebben met het zorgkantoor jaarlijkse productieafspraken gemaakt over ondersteunende begeleiding (geriatisch verpleegkundige) en extramurale behandeling (specialist ouderengeneeskunde). Er zou een hoger tarief moeten komen en daarvoor zijn verschillende plannen (GGZ-financiering proberen te krijgen, DBC-vorming en benutten van revalidatiefunctie in ZVW in 2011 of later). De consultatie aan patiënten die in het ziekenhuis liggen, betaalt het ziekenhuis zelf.

De bevindingen en meerwaarde

Via de huisartsen hebben wij op jaarbasis vijfhonderd eerste consulten per jaar. Via de ziekenhuizen hebben we vierhonderd eerste consulten per jaar die voortkomen uit vragen vanuit het ziekenhuis. Inmiddels wordt bijna negentig procent van de huisbezoeken uitgevoerd door de geriatrische verpleegkundige en dat werkt goed. We hebben zes fte's geriatisch verpleegkundigen beschikbaar voor dit project. Hier komen binnenkort twee voltijdbanen bij. Op dit moment zijn elf specialisten ouderengeneeskunde GOAC-artsen, waarvoor ongeveer twee fte's beschikbaar zijn.

De grote vraag naar onze inzet is op verschillende manieren te verklaren. Ten eerste hebben we te maken met een toenemend aantal ouderen en chronisch zieken met complexe problematiek. Ten tweede zijn we steeds meer bekend binnen de regio en gaan we mede daardoor een soort adviesfunctie voor geriatrie en andere bijzondere zorgproblematiek bij andere doelgroepen vervullen. Als men geen direct idee voor een behandeling van een cliënt heeft, komt men bij ons terecht. Tot slot groeien wij mee met de gebiedsuitbreidingen van de RIVAS zorggroep.

De meerwaarde in de keten is het vorm kunnen geven aan preventieve ouderengeneeskunde en het voorkomen van comorbiditeit bij een brede groep ouderen 55+. De meerwaarde van deze constructie is het nauwe contact dat de geriatisch verpleegkundige heeft met betrokken disciplines en het goede cliëntvolgsysteem/casemanagement dat hiermee is opgezet. Het GOAC heeft een coördinerende rol ten aanzien van preventie van opname in ziekenhuis en verpleeghuis en begeleidt haar eigen patiënten tijdens het verblijf.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Eén van de eerste dingen die je moet doen, is samen met het management een visiestuk delen en schrijven. Je hebt het management nodig, omdat je samen ondernemerschap moet hebben.
- Het management moet voor de juiste faciliteiten zorgen, zoals voldoende formatie en de aanwezigheid van praktijkondersteuning, paramedici en begeleidingsdisciplines.
- Kijk hoe je samen met de verschillende collega's en zorginstellingen, die in je regio actief zijn, de regio verdeelt en maak gebruik van ieders specialisme.
- Als specialist ouderengeneeskunde moet je zorgen dat je het probleem van de oudere goed helder krijgt. Buiten het verpleeghuis krijg je namelijk heel open vragen. Hier moet je je creatief en ondernemend voor opstellen.
- Je hebt een lange adem nodig. Presenteer jezelf naar huisartsen en ziekenhuis specialisten op de inhoud. Je kunt het voor de betreffende doelgroep, kwetsbare ouderen, beter dan zij en anders. Daar moeten anderen aan wennen.

RIVAS Zorggroep

Contactpersoon: de heer A. Weinberg

Telefoon: 0183-644673 of 06-53711354

E-mail: a.weinberg@rivas.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

-

Huisarts verleent zorg in een kleinschalige woonvoorziening voor ouderen

'Samen doen we het beter'

Aan het woord is:

Pieter Schimmel, specialist ouderengeneeskunde bij Zorggroep Noord West Veluwe te Harderwijk, werkzaam in woonservicecentrum De IJsvogel.

Een inspirerend voorbeeld van taakdelegatie

Wij geven nieuwe bewoners met dementie de mogelijkheid om binnen onze kleinschalige woonvorm zorg te blijven ontvangen van hun huisarts. Dit is een vorm van taakdelegatie van de specialist ouderengeneeskunde naar de huisarts.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Wij zijn nu ruim één jaar bezig met een experiment waarbij nieuwe bewoners de zorg van hun huisarts in onze kleinschalige woonvoorziening kunnen blijven ontvangen. Het experiment is ontstaan vlak voor de opening van het nieuwe complex in Ermelo. Bij het intakegesprek, met bewoner en familie, werd hen de keuze voorgelegd om zorg te blijven ontvangen van hun huisarts of dat ze overstappen naar mij als specialist ouderengeneeskunde van De IJsvogel.

Er zijn twee redenen voor de opzet van dit project. Als de politiek-maatschappelijke lijn zich doorzet, komen er steeds meer kleinschalige woonvormen voor mensen met een dementie. Veelal betreft het kleinschalige woonvormen waarbinnen een deel van de bewoners de zorg vanuit de AWBZ krijgt zoals in het verpleeghuis. Mijn inschatting is dat, als het aantal van deze eenheden fors gaat toenemen, de specialisten ouderengeneeskunde dit mede vanwege de toegenomen reistijd niet makkelijk meer kunnen afdekken. Daarnaast zagen de huisartsen deze eerste kleinschalige woonvoorziening in onze regio in eerste instantie niet als een verpleeghuis. De huisarts gaf aan zorg te willen blijven verlenen en de familie gaf regelmatig aan bij de huisarts te willen blijven.

Naar aanleiding van deze ontwikkelingen heb ik samen met twee huisartsen uit Ermelo en de regiomanager om de tafel gezeten. Daarna hebben we dit project binnen twee uur als experiment opgezet en de dagen daarna uitgewerkt, zodat we er direct bij de opening van het complex mee konden starten, nadat we ook de familieleden van onze bewoners over dit experiment hadden ingelicht.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Alle nieuwe bewoners van onze kleinschalige woonvoorziening krijgen de keuze voorgelegd of ze zorg ontvangen van de huisarts of van de specialist ouderengeneeskunde. Momenteel ontvangen 6 van onze 21 bewoners zorg van hun huisarts. Dit heeft tot gevolg dat we met 4 verschillende huisartsen samenwerken. Tot nu toe heeft meer dan de helft van de nieuwe bewoners voor mij als specialist ouderengeneeskunde gekozen. Bij navraag bleek dat de verzorgenden bij het intakegesprek hier een sturende rol in hebben gehad. Als mensen om keuzeadvies vroegen, adviseerden zij om met de specialist ouderengeneeskunde te werken. De verzorgenden vinden het toch prettiger om met één behandelend arts te werken, omdat

iedere arts zijn eigen behandelmethode heeft. Hoe meer artsen er in de kleinschalige woonvoorziening werkzaam zijn, des te meer aanpassingsvermogen er van de verzorgenden wordt gevraagd. We hebben nu met de verzorgenden afgesproken dat zij zich in het intakegesprek bij de keuze van de arts neutraal opstellen.

De taken en verantwoordelijkheden

Als een bewoner bij zijn huisarts blijft, biedt deze tijdens kantooruren zorg aan. De avond-, nacht- en weekendzorg wordt door mij als specialist ouderengeneeskunde samen met mijn collega's geboden.

Als we dat niet zouden doen, krijgen we te maken met de huisartsenpost met zeer veel wisselende artsen, wat weer om een heel andere organisatie vraagt. De huisartsenpost heeft ook niet het besef dat men feitelijk binnen het verpleeghuis zou werken. Dit geeft naar mijn idee inhoudelijk afstemmingsproblemen, maar ook de financiële afwikkeling vraagt dan om een heel andere benadering.

Degene die een bewoner zorg verleent, stelt de ander telefonisch op de hoogte van de verleende zorg. Op deze manier zijn beide partijen altijd op de hoogte van de zorg die aan een bewoner is verleend.

Door de opname van de bewoner in De IJsvogel zijn wij als specialisten ouderengeneeskunde formeel hoofdbehandelaar. In de dagelijkse praktijk is de huisarts echter hoofdbehandelaar van de bewoner. Wel is er tweemaal per jaar een multidisciplinair overleg (MDO) waarbij de huisarts verplicht en met veel plezier aanwezig is.

Het project is nog niet helemaal dichtgetimmerd, voor een grootschalige opzet zou dat wel moeten, bijvoorbeeld met het op schrift stellen van een taakverdeling en de wederzijdse verwachtingen, hoe informatie-uitwisseling plaatsvindt, et cetera.

De kwaliteit van de behandelen/de uitgevoerde taken

De verleende zorg is mijns inziens zeker van voldoende niveau. Huisartsen raadplegen mij als ze vragen hebben waar zij vanuit hun betrokkenheid met dementie wat minder ervaring mee hebben. We hebben tweemaal per jaar een multidisciplinair overleg waarin we kunnen sparren.

Het bieden van zorg aan mensen met dementie vraagt om een proactieve houding van de behandelend arts. Dit zijn huisartsen niet (meer) gewend. Zij handelen binnen hun praktijk reactief. Dit is af en toe wennen voor de huisarts, maar gaat goed binnen dit project. De wijze waarop we binnen het MDO 'naar voren' kijken, helpt daarbij. Daarnaast zijn ook de verzorgenden in toenemende mate getraind om de huisarts zo te betrekken dat er 'vooruit' gekeken wordt. Mocht ikzelf bij deze bewoners opvallende zaken zien of horen van de verzorgenden, dan neem ik contact op met de huisarts.

Huisartsen hebben wel al aangegeven dat zij mogelijk bij mensen met vergevorderde dementie op mij terug willen vallen.

Financiën en wetgeving

De IJsvogel heeft 21 plaatsen in kleinschalige woonvoorzieningen die evenals psychogeriatrische plaatsen in het verpleeghuis worden gefinancierd vanuit de AWBZ. Wij hebben met de huisarts afgesproken dat zij per maand bij ons hun consulten declareren. Het tarief voor een consult is bepaald door te kijken naar wat een specialist ouderengeneeskunde per uur per patiënt kost. Dit is omgerekend naar een consulttarief voor de huisarts. Ondanks dat dit waarschijnlijk lager ligt dan het consulttarief waar de huisarts zelf mee werkt, hebben alle betrokken huisartsen ingestemd.

Het tarief en de financieringsmethode zijn nog niet goed op papier vastgelegd en aan veranderingen onderhevig. Er zijn ook nog geen afspraken met het zorgkantoor over gemaakt. Misschien is deze constructie formeel niet eens mogelijk. Op dit moment worden betrokken huisartsen gefinancierd uit de gelden die zijn bedoeld voor de formatie van de specialisten ouderengeneeskunde. In deze beperkte omvang heeft dat geen personele gevolgen. Mocht dit een model zijn dat je op grote schaal toepast, dan heeft dat uiteindelijk gevolgen voor de formatie van de specialisten ouderengeneeskunde.

De bevindingen en meerwaarde

De Raad van Bestuur was positief verrast toen wij met dit voorstel tot uitbesteding van onze taken kwamen. Zij zoeken ook continu naar nieuwe samenwerkingsverbanden met de eerstelijnszorg.

De bevindingen tot nu toe zijn ronduit positief te noemen. De informatie-uitwisseling tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde verloopt goed. Een enkele keer vergeet een huisarts te melden dat deze zorg heeft verleend aan een bewoner, maar dat is sporadisch. De verzorgenden worden daarentegen op de hoogte gehouden, omdat de huisarts de visite heeft afgelegd in de woning of omdat er telefonisch en/of faxcontact is geweest. Inhoudelijk gaat dit goed, maar het verwerken van faxen en het archiveren daarvan kan verwarring geven. Als specialist ouderengeneeskunde geef ik soms ook telefonisch afspraken door, maar deze parafeer ik bij mijn eerstvolgende bezoek en leg ze dan ook weer vast in het medisch dossier van de bewoner op de locatie. Binnen afzienbare tijd gaan we werken met een elektronisch dossier en dan zal dit probleem ook niet meer spelen. Als we de betrokken huisartsen dan een inlogcode geven, dan kunnen ze alle gegevens van deze bewoners ook rechtstreeks vastleggen in het dossier van de bewoner. Tot die tijd is het nog even behelpen.

De eerste reden voor het project was zoals gezegd een oplossing te onderzoeken voor het te verwachten bereikbaarheidsprobleem van gespreide kleinschalige verpleeghuislocaties. Daarnaast is er een aantal meerwaarden van dit project te noemen.

- Een meerwaarde voor een toekomstig bewoner is dat hij zorg van zijn huisarts kan blijven ontvangen als hij dat wenst.
- De meerwaarde voor de huisarts is dat deze zijn kennis over de ouderengeneeskunde verder ontwikkelt. Via mij leren ze een proactieve houding ten opzichte van de bewoners aan te nemen.
- De meerwaarde voor de specialist ouderengeneeskunde is dat deze via de huisarts beter zicht heeft op het verleden van de bewoner. Hierdoor kan ik soms beter bepaald gedrag van een bewoner verklaren.
- Huisartsen hebben over het algemeen een meer gestroomlijnde praktijkvorm, zoals de organisatie van een dagprogramma. Ook hebben zij meer ervaring en zijn zij creatiever in het opzetten van spreekuurmodellen.
- In theorie neemt de belasting voor de specialist ouderengeneeskunde af, maar dat heb ik op dit moment nog niet ervaren.

Naarmate de bewoners in hun dementie voortschrijden, wordt de zorg veelal complexer, bijvoorbeeld bij intercurrente aandoeningen en als probleem ervaren gedrag. Het is voor iedereen nog even afwachten hoe de samenwerking dan gaat verlopen.

Het vervolg van het project kan ook voor anderen waardevol inzicht opleveren in de voor- en nadelen van deze oplossing voor de bereikbaarheidsproblemen rond kleinschaligheid.

Ikzelf hoop en verwacht dat we met dit experiment kunnen doorgaan en dat we rondom de zorg voor mensen met een dementie blijven zeggen: samen doen we het beter!

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Voor een geslaagde opzet is het naar mijn idee onmisbaar dat de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde elkaar goed kennen.
- Om het overzichtelijk te houden, is er wel een limiet aan het aantal huisartsen met wie kan worden samengewerkt. Dit bevordert ook de kwaliteit; als een huisarts slechts voor één cliënt sporadisch zorg hoeft te verlenen, doet deze weinig expertise op het gebied van ouderengeneeskunde op.
- De huisarts moet affiniteit met ouderengeneeskunde hebben.

Zorggroep Noord West Veluwe, Harderwijk
Contactpersoon: de heer P. Schimmel
Telefoon: 0341-414942
E-mail: pieter.schimmel@znwv.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

-

Ziekenhuiszorg

ZorgSaam Kliniek - Juist er tussenin

“Ziekenhuisafdeling is antwoord op vergrijzing”

Aan het woord is:

René de Bakker, specialist ouderengeneeskunde ZorgSaam Kliniek, Hulst

Een inspirerend voorbeeld van behandeling in het ziekenhuis

In Hulst, Zeeuws Vlaanderen, is een low cure-afdeling en huisartsenkliniek opgezet voor mensen die tijdelijk aanvullende (ziekenhuis/verpleeghuis)zorg nodig hebben. De low cure-afdeling en de huisartsenkliniek draaien sinds september 2007 binnen de ZorgSaam Kliniek in Hulst. De ZorgSaam Kliniek Hulst is organisatorisch een ziekenhuisafdeling, maar ondergebracht op het terrein van verpleeghuis De Blaauwe Hoeve, waar zich ook de huisartsenpraktijk HOED Pallion bevindt.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

In Hulst hebben wij een low cure-afdeling en huisartsenkliniek opgezet met 24-uurs verpleegkundige zorg voor mensen met een tijdelijke zorgvraag. De ZorgSaam Kliniek Hulst is een samenwerkingsproject tussen de huisartsen van de HOED Pallion, ik als specialist ouderengeneeskunde van verpleeghuis De Blaauwe Hoeve en het ziekenhuis ZorgSaam in Terneuzen. Er is bewust gekozen om de kliniek op te zetten als een ziekenhuisafdeling. Op deze wijze kunnen verpleegkundigen ingezet worden en kan van alle medisch specialistische kennis die in het ziekenhuis aanwezig is, gebruik worden gemaakt. De afdeling bevindt zich op het scharnierpunt tussen ziekenhuiszorg, huisartsenzorg en verpleeghuiszorg.

Wij hebben twintig bedden beschikbaar. Acht AWBZ-bedden en twaalf ziekenhuisbedden. Van de twaalf ziekenhuisbedden zijn vier bedden voor de huisartsen en acht voor mensen met een vertraagd herstel die uit het ziekenhuis komen. De financiering van de bedden is verschillend, in de praktijk is de geleverde zorg voor elk bed hetzelfde.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Zoals hierboven beschreven zijn er twee soorten bedden in de kliniek. De bedden met een AWBZ-bekostiging vallen onder de specialist ouderengeneeskunde. De bedden die door het ziekenhuis worden bekostigd, vallen onder de huisartsen. Los van deze tweedeling zijn er verschillende patiënten te onderscheiden waar de ZorgSaam Kliniek voor bedoeld is. Hieronder worden de verschillende groepen patiënten puntsgewijs weergegeven:

- Patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen, maar nog aanvullende zorg/behandeling nodig hebben voordat zij naar huis kunnen. Dit zijn zogenaamde ‘verkeerdebedpatiënten’.
- Mensen die wachten op een AWBZ-indicatie. Dit zijn bijvoorbeeld mensen met een gezondheidsverslechtering die eigenlijk direct in het verpleeghuis opgenomen dienen te worden. Zij vallen ook onder de categorie ‘verkeerdebedpatiënten’. Patiënten uit deze groep die na 1-2 weken met ontslag naar huis kunnen, vallen onder de huisartsen. Patiënten die langer zorg of behandeling nodig hebben, vallen onder mij.
- Een andere groep patiënten heeft vanwege een tijdelijke aandoening, tijdelijk behandeling en/of zorg nodig. Zij komen van thuis en worden op de huisartsenkliniek opgenomen.

- Soms worden patiënten uit het verpleeghuis opgenomen als er sprake is van complexe behandeling en observatie, bijvoorbeeld bij intraveneuze vochttoediening en antibiotische behandeling bij een pg-patiënt. Deze patiënten zouden anders in het ziekenhuis worden opgenomen.

Een enkele keer wordt de afdeling gebruikt voor crisisopnames. Dit is het geval wanneer er in de verpleeghuizen in de regio geen plaats is. Op een AWBZ-bed komen patiënten met een CIZ-indicatie voor zorg en behandeling.

Alle huisartsen bij ons in de regio kunnen patiënten in de ZorgSaam Kliniek laten opnemen.

De taken en verantwoordelijkheden

Afhankelijk van het bed waar een patiënt in ligt, ben ik of een huisarts de hoofdbehandelaar. Als specialist ouderengeneeskunde ben ik hoofdbehandelaar van de patiënten die in de AWBZ-bedden liggen en verkeerdedepatiënten die langer dan twee weken zorg nodig hebben. De huisarts is hoofdbehandelaar bij patiënten die via de huisarts zijn binnengekomen en verkeerdedepatiënten met een korte nazorg van minder dan twee weken.

In totaal ben ik als specialist ouderengeneeskunde acht uur per week kwijt aan de ZorgSaam Kliniek. Per dag zijn er altijd vier verpleegkundigen aanwezig binnen de kliniek. Daardoor kun je in vergelijking met het verpleeghuis wel meer zaken delegeren. Hierbij kun je denken aan gesprekken met familieleden, prikken van infusen, regelen van afspraken met ziekenhuis of het opvragen van informatie bij een specialist. Belangrijk is verder dat een goede observatie en rapportage door de verpleegkundige plaatsvindt.

Alle huisartsen in de regio kunnen een patiënt doorsturen naar onze kliniek en hoofdbehandelaar van de patiënt blijven. In de praktijk zien we dat slechts twee huisartsen hoofdbehandelaar blijven.

Elke woensdag hebben we MultiDisciplinair Overleg (MDO) waar alle patiënten besproken worden. Hierbij zijn de huisartsen, fysiotherapeut, ik als specialist ouderengeneeskunde en de zorgcoördinator standaard aanwezig. Afhankelijk van de problematiek zijn soms andere disciplines aanwezig. Vanwege de grote doorstroom is het nodig om iedere week alle patiënten te bespreken. Indien wij een medisch specialist vanuit het ziekenhuis in consult willen hebben bij een patiënt, dan kunnen we dat vragen. Met name een van de internisten, een neuroloog, dermatoloog en chirurg komen zeer regelmatig voor een consult op de kliniek.

De kwaliteit van de behandelen / de uitgevoerde taken

Wij leveren een goede kwaliteit van zorg. Er zijn 24 uur per dag verpleegkundigen aanwezig en alle specialisten van het ziekenhuis kunnen geraadpleegd worden. Daarnaast maken de huisartsen en ik dagelijks onze ronde over de kliniek. Omdat mensen op deze afdeling vaak flink ziek zijn en een grote zorgvraag hebben, zijn er ten opzichte van het verpleeghuis meer verpleegkundigen werkzaam. Op de afdeling werken twaalf verpleegkundigen en vijf ziekenverzorgenden. In totaal vijftien fte. Dit is één fte meer dan op een afdeling in het verpleeghuis. De verzorgenden hebben vaak meer ervaring met de omgang met pg-patiënten dan verpleegkundigen uit het ziekenhuis.

Financiën en wetgeving

In de overeenkomst met het ziekenhuis hebben wij van de Blaauwe Hoeve acht bedden vanuit onze AWBZ-erkenning gegeven aan het ziekenhuis. De ZorgSaam Kliniek is nog bezig de formele AWBZ-erkenning aan te vragen voor verpleeghuiszorg. De twaalf andere bedden zijn ziekenhuisbedden en worden bij in gebruik name bekostigd op basis van een ziekenhuisparameter. Indien deze niet in gebruik zijn, ontvangen wij geen geld. Patiënten in een AWBZ-bed betalen wel een eigen bijdrage.

We streven naar een zo hoog mogelijke bezettingsgraad van de bedden. Met een beddenbezetting van negentig procent lukt dat goed. Patiënten met een AWBZ-indicatie verblijven gemiddeld 29 dagen in onze kliniek, patiënten in de huisartsenkliniek en de verkeerdebedpatiënten verblijven gemiddeld 13 dagen in ZorgSaam Kliniek Hulst.

Ondanks de hoge bezettingsgraad van de bedden komt de afdeling op jaarbasis 200.000 euro tekort. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de lage onkostenvergoeding die wij krijgen voor een verkeerdebedpatiënt. Het tekort wordt gedragen door het ziekenhuis. Minister Klink is bij ons langs geweest en heeft aangegeven om hier naar te kijken en op terug te komen.

De bevindingen en meerwaarde

- Het lastige voor mij, binnen deze kliniek, is dat patiënten er maar korte tijd verblijven. Hierdoor is het niet mogelijk om alle ins en outs van de patiënten te weten te komen. Maar ten opzichte van het ziekenhuis kan ik als specialist ouderengeneeskunde met mijn meer generalistische blik wel zorg bieden die beter is afgestemd op de oudere patiënt met veel co-morbiditeit. Daarmee ben ik een meerwaarde voor de patiënten die in onze kliniek worden opgenomen.
- Patiënten geven ook te kennen het bij ons prettiger te vinden dan in het ziekenhuis. De familie kan de gehele dag op bezoek komen en het is bij ons minder hectisch.
- Voor de specialisten ouderengeneeskunde van verpleeghuis De Blaauwe Hoeve heeft de samenwerking met het ziekenhuis een duidelijke spin off. Door de kliniek zijn wij aangesloten op het Ziekenhuis InformatieSysteem (ZIS). Hierdoor hebben wij, ook in het verpleeghuis, inzicht in het medisch dossier van de mensen.
- Daarnaast heeft de samenwerking met de huisartsen ook een duidelijke meerwaarde. Je leert van elkaar. Huisartsen zijn op bepaalde gebieden verder dan specialisten ouderengeneeskunde. Je kunt hierbij denken aan met osteoporosepreventie of bij preventie hart- en vaatziekten. Huisartsen leren van ons als specialist ouderengeneeskunde met betrekking tot cognitieve stoornissen, delier, decubitus, neurologische aandoeningen en zorgdiagnostiek.
- Vanwege de kliniek heb ik vaker te maken met bepaalde medische handelingen. Hierdoor merk ik dat ik bijvoorbeeld gemakkelijker een ijzerinfuus bij bloedarmoede, een APD-infuus en vochttoediening/antibiotica bij infecties en dehydratie toepas.
- Tot slot, ik kom met vele andere disciplines (medisch specialisten) in aanraking en daar vergroot ik niet alleen mijn kennis, maar ook mijn netwerk mee.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Eén van de vereisten is dat het ziekenhuis, de huisartsen en de specialist(en) ouderengeneeskunde een groot vertrouwen in elkaar hebben.

- Kijk naar het belang van de regio. In een landelijke regio met een lage dichtheid van ziekenhuizen heeft een kliniek als de onze zeker levensvatbaarheid.
- Zorg dat je zichtbaar bent in de regio als specialist ouderengeneeskunde.
- Concurrer als specialist ouderengeneeskunde niet met huisartsen. Huisartsen zijn degenen die naar jou door moeten verwijzen. Zoek manieren om in contact te komen met de huisartsen en om met hen samen te werken.

ZorgSaam Kliniek Hulst
Contactpersoon: De heer R. de Bakker
Telefoon: 0114-381381
E-mail: rdebakker@curamus.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

Artikel Medisch Contact.

Consultfunctie en herstelafdeling in ziekenhuis

'In het ziekenhuis moet de zorg aan oudere patiënten zo kort mogelijk duren'

Aan het woord is:

Jan de Waard, specialist ouderengeneeskunde Stichting Zorgspectrum Nieuwegein.

Een inspirerend voorbeeld van behandeling in het ziekenhuis

Binnen het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein heeft het verpleeghuis verpleeghuisbedden waar patiënten vanuit het ziekenhuis worden opgenomen. Op deze afdeling wordt reguliere verpleeghuiszorg, met nadruk op herstellzorg, geleverd door een multidisciplinair team. Naast dat specialisten ouderengeneeskunde werkzaam zijn op deze herstelafdeling, heeft een van de specialisten ouderengeneeskunde in het ziekenhuis een consultfunctie.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Door een tekort aan verpleeghuisbedden in de regio is in 2001 een herstelafdeling in het ziekenhuis geopend met 24 reguliere verpleeghuisbedden waar reguliere verpleeghuiszorg wordt geleverd door een multidisciplinair team. Op deze afdeling worden patiënten behandeld door een verpleeghuisarts, verpleegkundigen en paramedici (fysiotherapeut, psycholoog, ergotherapeut, diëtist, logopedist). Door de aanwezigheid van de specialisten ouderengeneeskunde in het ziekenhuis ontstaat er laagdrempelige communicatie met specialisten elders in het ziekenhuis en dat is inspirerend! Er neemt op reguliere basis een specialist ouderengeneeskunde als consulent deel aan het CVA-overleg in het ziekenhuis. Per juli 2009 zal in overleg met de internisten van het ziekenhuis de specialist ouderengeneeskunde als consulent beschikbaar zijn voor vragen op het terrein van complexe geriatrie zorg.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Het betreft patiënten die in het ziekenhuis liggen, een AWBZ-behandelindicatie hebben en eigenlijk naar het verpleeghuis zouden moeten. Door het doorlopen van een gecomprimeerd programma ten aanzien van observatie en revalidatie gericht op herstel, kunnen deze patiënten doorstromen naar de juiste plek voor verder herstel of verblijf. Dit kan het verpleeghuis zijn, maar ook de thuissituatie of het verzorgingshuis. Er worden ook patiënten op deze bedden opgenomen voor wie het vanwege de nabijheid van zowel de deskundigheid als de voorzieningen logistiek handiger is als zij in het ziekenhuisgebouw liggen. Te denken valt aan herstel van oudere dialyse-patiënten. Een derde en laatste groep patiënten, die op de herstelafdeling in het ziekenhuis wordt opgenomen, zijn patiënten waarbij het thuis niet meer gaat en voor wie een spoedopname in verband met een zorgcrisis noodzakelijk is.

De taken en verantwoordelijkheden

Op de verpleeghuisafdeling is de specialist ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar, net zoals in een regulier verpleeghuis, en voert hij/zij vanuit deze verantwoordelijkheden ook zijn/haar taken uit. De specialist ouderengeneeskunde is consulent in het CVA-overleg en bij complexe geriatrie problematiek op andere afdelingen binnen het ziekenhuis. Daar kan een medebehandelaarschap uit voortvloeien, bijvoorbeeld als er sprake is van het voorschrijven van (dementie)medicatie.

De kwaliteit van de behandelzorg/de uitgevoerde taken

Er is een specialist ouderengeneeskunde aanwezig voor 0,7 fte (25 uur) op 24 bedden. De kwaliteit van de behandelzorg op de schakelafdeling is dezelfde als die in een verpleeghuis. Al is het wel zo dat er iets meer klinische nadruk in de behandeling ligt door de ziekenhuissetting. In wezen wordt de medisch specialistische behandeling deels voortgezet, waardoor we meer behandeling kunnen bieden. Tevens doen we meer aan diagnostiek dan in het verpleeghuis. In het ziekenhuis zijn nu eenmaal meer diagnostische mogelijkheden in het gebouw aanwezig.

Daarnaast is de kwaliteit en de kwantiteit van de verpleegkundige zorg hoger dan in het verpleeghuis. Voor deze herstelafdeling is per week 8 uur een psycholoog beschikbaar, 44 uur een fysiotherapeut, 16 uur ergotherapie, 5,5 uur een diëtist en 4 uur logopedie.

Financiën en wetgeving

De zorg op de 24 bedden op de herstelafdeling wordt door het zorgkantoor vergoed uit reguliere AWBZ-gelden. Dit budget dekt niet de volledige kosten van de afdeling. De meerkosten van de afdeling worden door het ziekenhuis uit eigen middelen vergoed. De uren voor de consulentfunctie geleverd door de specialist ouderengeneeskunde worden door het ziekenhuis betaald aan het verpleeghuis.

De bevindingen en meerwaarde

We bestaan als afdeling ruim acht jaar en we bestrijken een verzorgingsgebied van 140.000-150.000 inwoners. De doorstroming op de afdeling is groot. Op jaarbasis wordt een bed op de herstelafdeling zeven keer bezet. Aan het AWBZ-budget dat we voor deze bedden krijgen, hebben we daarom niet genoeg. Het ziekenhuis betaalt uit eigen middelen bij. Het is dus een relatief dure afdeling.

Een spin-off effect van de herstelafdeling is de laagdrempelige communicatie met specialisten binnen het ziekenhuis en de borging van de consulentfunctie van de specialisten ouderengeneeskunde in het ziekenhuis. Dat is een meerwaarde. In de toekomstige huisvestingsplannen van het ziekenhuis zijn we als herstel/schakelafdeling opgenomen. Wij zijn er ook in de toekomst dus voor het naadloos aansluiten van de zorg in het ziekenhuis op de zorg elders.

Er is echter ook een spin-off effect in het verpleeghuis waar te nemen. Omdat herstelzorg (revalidatie en observatie) ook in het ziekenhuis plaatsvindt, komt deze groep patiënten minder vaak in het verpleeghuis. In het verpleeghuis kan daarom meer nadruk worden gelegd op de woonfunctie en de zorg en attitude die daarbij hoort.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Er zijn diverse schakelafdelingen in Nederland. Kijk daar eens rond, vraag informatie op over doelgroepen, bezetting van personeel, knelpunten, et cetera.
- Kijk naar regionale verhoudingen en capaciteiten. Is er wel of niet een klinisch geriater of een geriatrische functie aanwezig in het ziekenhuis?
- Stem af met elkaar en ga geen domeindiscussies voeren. Zoek naar gezamenlijke uitgangspunten en commitment.
- Breng de meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde onder woorden: in het ziekenhuis moet de zorg aan oudere mensen zo kort mogelijk duren. Daarom: korte interventies met ook aandacht voor psychische en sociale aspecten van de patiënt. De zorg en behandeling moet gericht zijn op de herstelfunctie waarna plaatsing in een

meer geschikte (woon)omgeving mogelijk is.

Stichting Zorgspectrum Nieuwegein
Contactpersoon: de heer J. de Waard
Telefoon: 030-6089811 of 06-51811993
E-mail: j.dewaard@zorgspectrum.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

-

Spreekuur specialist ouderengeneeskunde op polikliniek geriatrie ziekenhuis

‘Samen sta je sterk’

Aan het woord is:

Coby Tibben, specialist ouderengeneeskunde bij zorgcentra Moerborch (verpleeghuis Anna Schotanus) te Heerenveen.

Een inspirerend voorbeeld van behandeling in het ziekenhuis

De specialist ouderengeneeskunde houdt zes uur per week spreekuur op de polikliniek geriatrie in het ziekenhuis Tjongerschans, te Heerenveen.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Wij hadden in deze regio oorspronkelijk een tekort aan klinisch gerieters in het ziekenhuis. Dat was de aanleiding voor het inzetten van de specialist ouderengeneeskunde op het spreekuur van de polikliniek geriatrie. Ondanks het feit dat het aantal klinisch gerieters bij ons in de regio inmiddels flink is toegenomen, wordt mijn inzet op dit spreekuur erg gewaardeerd.

Ik zie op het spreekuur mensen voor de eerste keer en voor herhaalbezoek. Bij nieuwe mensen functioneren wij als een dagonderzoekcentrum. Ik zie samen met de geriatisch verpleegkundige, die eveneens werkzaam is op de poli, de patiënt en zijn familie en vervolgens verrichten we de volgende activiteiten:

- anamnese patiënt (specialist ouderengeneeskunde);
- screening door testen als bloed, urine, orthostase, hartfilmpje, bloeddruk, lengte, gewicht, ADL en MMSE (geriatisch verpleegkundige);
- heteroanamnese bij familie en lichamelijk onderzoek en zelfzorg patiënt (specialist ouderengeneeskunde);
- presenteren van de resultaten aan patiënt en familie (specialist ouderengeneeskunde en geriatisch verpleegkundige);
- het geven van advies over o.a. bejegening, voeding, hoortoestel, bril, pedicure, schoeisel. Alles met het oog op het optimaliseren van de ADL-mogelijkheden opdat de kans wordt geboden om zelfstandig te blijven functioneren (specialist ouderengeneeskunde);
- doorverwijzen voor aanvullend (beeldvormend) onderzoek (specialist ouderengeneeskunde).

Op het spreekuur komen daarnaast mensen die ik na het behandeladvies door de tijd heen volg. Veelal is er dan door mij medicatie voorgeschreven. Daarnaast besteed ik in de vervolgspraak veel aandacht aan de zorgdiagnostiek: kan een oudere nog (steeds) zelfstandig functioneren, moeten paramedici worden ingeschakeld, et cetera.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Ik zie op het spreekuur vooral kwetsbare ouderen met geheugenproblemen, bij wie sprake is van multipathologie en chronische problematiek. De aanleiding voor verwijzing naar de polikliniek geriatrie is bijna altijd een opvallende of waarneembare achteruitgang in het

geheugen van de oudere. De ouderen die ik niet zie, maar de klinisch geriater wél, zijn ouderen met hoofdzakelijk somatische- of valproblematiek of patiënten bij wie sprake is van ondefinieerbare gezondheidsproblemen. De ouderen die op het spreekuur komen, beschikken niet standaard over enige AWBZ-indicatie. Na verloop van tijd kan daar wel sprake van zijn als een patiënt voor AWBZ-voorzieningen in aanmerkingen komt.

De taken en verantwoordelijkheden

Wij hebben op de poli de taken verdeeld tussen de specialist ouderengeneeskunde en de geriatriesch verpleegkundige. Zie voor een beschrijving van deze taken de korte beschrijving hierboven. We hebben een nauwe en prettige samenwerking met elkaar. We stellen samen het eindadvies op. In principe blijft de huisarts eindverantwoordelijk voor de patiënt. Indien ik (dementie)medicatie voorschrijf, word ik medebehandelaar. Bij afwezigheid van de klinisch geriater doe ik eventueel ook consulten op de verpleegafdelingen van het ziekenhuis. Tot slot neem ik naast de klinisch geriater, geriatriesch verpleegkundige, ouderenpsychiater, neuroloog en psycholoog deel aan het geheugenpoli-overleg en is het onze verantwoordelijkheid om de multidisciplinaire invulling en samenhang in de zorg echt vorm en inhoud te geven.

De kwaliteit van de behandelen / de uitgevoerde taken

Ik kan mijn werk eigenlijk beter uitvoeren op de polikliniek geriatrie dan in het verpleeghuis. In het verpleeghuis is er in verband met de komst van de zorgzwaartepakketten (ZZP'en) minder tijd beschikbaar voor behandeling. Het voelt dan ook als een luxe om op de poli twee uur aaneen met een patiënt bezig te zijn als hij voor de eerste keer bij ons komt. Het is een investering die zich later terugverdient: wanneer een patiënt wordt opgenomen in het verpleeghuis is de patiënt in feite een bekend persoon. Een kwaliteitsvoordeel van het ziekenhuis is dat ik gebruik kan maken van uitgebreide of aanvullende diagnostiek. Dit is een voordeel voor patiënten die op de poli komen, maar ook voor patiënten in het verpleeghuis omdat ik vanuit de poli beter weet wat er aan diagnostiek en behandeling mogelijk is.

Financiën en wetgeving

Vanuit het verpleeghuis ben ik voor zes uur per week gedetacheerd bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft hiervoor in het kader van de zorgverzekeringswet productieafspraken gemaakt met de zorgverzekeraar. Ik declareer mijn activiteiten op het spreekuur op basis van DBC-producten (dagonderzoek, poliklinisch consult, consult op afdelingen, eerste contact, vervolgbehandeling, gekoppeld aan ziektebeelden).

De bevindingen en meerwaarde

Wij werken nu een aantal jaren naar volle tevredenheid via deze constructie. Wij vinden dat we veel te bieden hebben. Als specialist ouderengeneeskunde kijk ik naar de totale zorgvraag van de patiënt en het systeem waarin hij verkeert en bied ik een pragmatische blik op wat nodig is voor de oudere om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven functioneren in de thuissituatie. Huisartsen bevestigen dat zij mijn activiteiten op de poli als een meerwaarde ervaren en dat het werkt. Ik neem hen werk en tijd uit handen door voor hen alles op een rijtje te zetten. Daarna is aan hen de keuze om op basis van mijn advies het traject zelf verder vorm te geven. De mate waarin zij daarin slagen is wisselend en hangt voornamelijk samen met hun affiniteit met de kwetsbare oudere.

Een voordeel is daarnaast dat ik woon en werk in Heerenveen: ik ken de sociale kaart heel

goed. Ik kan gerichte adviezen geven over welke hulp of hulpverlener met specifieke geriatrische expertise kan worden ingezet om een oudere als het ware te verleiden om te gaan zwemmen, zijn schoenen aan te laten passen, et cetera. We zien ouderen in een vroeger stadium van dementie, we bouwen een band op met ouderen en hun familie. Hierdoor kunnen we ouderen eerder naar voorliggende voorzieningen van het verpleeghuis verwijzen (dagbehandeling, groepsverzorging). In het geval er toch sprake is van een opname is er een duidelijke voorsprong: de overgang is voor iedereen minder groot, er is weinig verlies van tijd, kostbare informatie en energie. Het is ketenzorg in optima forma. Tot slot is het een meerwaarde omdat het een leuke aanvulling is op mijn werkpakket.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Zorg voor een goede verstandhouding met alle relevante disciplines (huisartsen, klinisch geriater, ouderenpsychiater). Er is marktwerking in de zorg, maar dat maakt ons nog geen vijanden van elkaar. Samen staan we sterk in wat op ons afkomt qua veroudering van de maatschappij.
- Excellente kennis van de sociale kaart in jouw werkomgeving is cruciaal! Als je die niet hebt, zorg dan dat je die kennis verwerft.
- Probeer alle partijen te laten begrijpen dat de zorg die men levert, verschillend wordt gefinancierd: dat er in verpleeghuizen (nog) geen DBC's zijn en dat je enkel in een verpleeghuis kan komen met een CIZ-indicatie, dat als een specialist ouderengeneeskunde consulten biedt, hij daarvoor ook declareert. Maak duidelijk aan de ander wat je te bieden hebt binnen de gegeven financieringsmogelijkheden.
- Formuleer als specialist ouderengeneeskunde een visie op wat ouderen aan zorg zou moeten en kunnen worden geboden en waarvoor je elkaar nodig hebt.
- Verwerf intern steun van jouw management bij de stappen die je zet.

Zorgcentra Moerborch (verpleeghuis Anna Schotanus) te Heerenveen
Contactpersoon: mevrouw dr. J.G. Tibben, specialist ouderengeneeskunde
Telefoon: 0513-616161
E-mail: c.tibben@moerborch.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

Artikel over project: Google op 'Coby Tibben Tjongerschans Heerenveen'.

Varia

Valpolikliniek

"Vernieuwen is vallen en opstaan"

Aan het woord is:

Ed Notenboom, specialist ouderengeneeskunde, Zorggroep Sint Maarten te Oldenzaal.

Een inspirerend voorbeeld

Wij hebben een valpolikliniek opgezet voor mensen die thuis wonen waarbij sprake is van een valincident, risico op vallen of angst om te vallen. Vallen is een groot probleem en heeft grote consequenties voor ouderen. Dit project is in het najaar van 2008 officieel van start gegaan.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Met onze valpolikliniek bieden wij multidisciplinaire diagnostiek om de oorzaken voor het vallen te achterhalen.

- Onze cliënten komen bij ons terecht via de huisarts. Deze komt in contact met mogelijke cliënten ofwel omdat deze bij hen op de praktijk komen (eventueel vanwege een valincident) of de huisarts krijgt signalen van andere eerstelijns behandelaars of (thuiszorg)medewerkers.
- Indien een cliënt naar ons wordt doorgestuurd, komt deze bij ons op de polikliniek en stellen wij na onderzoek een multidisciplinaire diagnose. Op basis van de bevindingen van de specialist ouderengeneeskunde, de fysiotherapeut en de ergotherapeut wordt de diagnose gesteld. Ieder van hen werkt op een geprotocolleerde wijze.
- De specialist ouderengeneeskunde voert een algemeen geriatrisch onderzoek uit. Hierbij wordt gekeken naar onder andere de medische voorgeschiedenis van de patiënt, een inschatting gemaakt van de cognitieve problemen, wordt algemeen lichamelijk onderzoek verricht, de bloedwaarden gemeten en een hartfilm gemaakt.
- De fysiotherapeut kijkt naar het bewegingsapparaat, het lopen en de balans van de cliënt. Daarnaast kijkt deze ook naar schoenen en het gebruik van eventuele loophulpmiddelen die nodig zijn. De indruk is dat met juist schoeisel en een goed gebruik van loophulpmiddelen het valrisico verminderd kan worden.
- De ergotherapeut gaat bij de patiënt thuis kijken om de functionele mobiliteit van een cliënt te beoordelen bij dagelijkse activiteiten en huishoudelijke activiteiten en geeft advies over eventuele noodzakelijke aanpassingen van de woning.
- Vervolgens gaat een brief naar de huisarts met de bevindingen, diagnose en ons advies. Dit advies wordt uiteraard ook met de patiënt zelf besproken.

Het diagnosticeren van een cliënt is stap één, het oplossen van het probleem is stap twee. Bij sommige cliënten kan het risico beperkt worden door de cliënt voor een kortere periode te laten begeleiden door een fysiotherapeut, hulpmiddelen aan te bieden of aanpassingen in de woning aan te laten brengen. Bij sommige cliënten is het vallen echter niet te voorkomen. Deze mensen bieden wij een valtraining aan om te leren hoe ze moeten vallen om zo min mogelijk letsel op te lopen. Deze valtrainingen worden door een specifiek op dit onderwerp geschoolde fysiotherapeut gegeven.

Na de diagnose kan de cliënt zelf beslissen of deze voor het vervolgtraject gebruik maakt van onze diensten of hier een andere zorgaanbieder kiest. Ook als vanuit de ergotherapeut

blijkt dat er bijvoorbeeld hulpmiddelen nodig zijn, kunnen wij hiervoor bemiddelen. Ook dit doen we alleen als de cliënt dat wenst.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Als definitie van de doelgroep hebben wij: mensen met een valverleden of angst om te vallen. We hebben dus niet uitsluitend ouderen als doelgroep benoemd, al hebben we daar natuurlijk wel hoofdzakelijk mee te maken. Ons werkgebied is de regio Noord Oost Twente en loopt van Tubbergen tot Losser. De polikliniek bevindt zich in Behandelcentrum Sint Maarten gevestigd in verpleeghuis Oldenhove te Losser. In ons plan hebben we opgenomen dat we gemiddeld één nieuwe cliënt per week zien. Tot nu strookt dit met het aantal mensen waarbij wij een diagnose stellen.

Omdat het project nog kort loopt, is moeilijk aan te geven hoeveel van de cliënten gebruik maken van onze diensten voor het vervolgtraject. Een grove eerste schatting is dat dit bij ongeveer de helft van de cliënten gebeurt. Indien het gaat om de valtraining zien we dat de cliënt toch wat vaker bij ons blijft, dit betreft een meer gespecialiseerde trainingsvorm waardoor mensen eerder voor onze expertise kiezen.

De taken en verantwoordelijkheden

Wij zijn consulent. De verantwoordelijkheid voor de patiënt blijft bij de huisarts liggen, die de hoofdbehandelaar blijft. Binnen het team is de specialist ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en de uiteindelijke diagnose.

De kwaliteit van de behandelen / de uitgevoerde taken

De multidisciplinaire aanpak zorgt voor een goede diagnose van de valrisico's bij de mensen. Daarnaast kunnen wij extra kwaliteit bieden doordat de ergotherapeut naar de cliënt toegaat en de mensen in de thuissituatie beoordeelt. De diverse onderzoeksprotocollen die wij gebruiken zijn gebaseerd op de landelijke standaarden. Dit garandeert in ieder geval eenduidigheid en een professionele kwaliteit van het onderzoek.

Financiën en wetgeving

De specialist ouderengeneeskunde wordt bekostigd uit de component extramurale AWBZ-behandeling. De fysiotherapeut en de ergotherapeut vallen onder de reguliere ziektekostenverzekering. Na de proefperiode in 2007/2008 heeft de financiering op deze manier zijn definitieve beslag gekregen. Voor dit project worden flexibele (afhankelijk van het aanbod van cliënten) uren/formatie ingezet. Er is geen extra vaste formatie aangevraagd.

De bevindingen en meerwaarde

Omdat wij in onze regio een grote groep huisartsen hebben die veelal individueel werken is het moeilijk om deze groep te bereiken. Met de huisartsen die zich dicht bij ons netwerk bevonden, is het project besproken. De overige huisartsen hebben we schriftelijk geïnformeerd.

Huisartsen zitten soms met patiënten met een complexe problematiek. Wij zijn in staat om hen daarbij praktische adviezen te geven. De huisartsen met wie wij samenwerken, zien de valpolikliniek als extra zorg die aangeboden kan worden. Vallen is veelal een binnenkomer om andere problemen, die bij een patiënt bestaan, in het vizier te krijgen. Daarnaast is een grote meerwaarde dat wij de zorg in één pakket kunnen aanbieden, in plaats van meerdere afspraken die een patiënt in een ziekenhuis moet maken. Dit leidt tot een snellere

behandeling en diagnose. Een bijkomend voordeel is dat wij de zorg in de regio aan kunnen bieden, dit maakt het dichtbij voor de mensen. Daardoor hoeven mensen niet naar het ziekenhuis dat een stuk verder weg is.

Tot slot, een meerwaarde is er ook duidelijk voor de specialist ouderengeneeskunde zelf. Het project geeft een verbreding van je vakgebied en de kans om buiten de muren van het verpleeghuis te kijken.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Voordat je begint, moet de behoefte in de regio in kaart gebracht worden. Als er een ziekenhuis in de buurt is dat deze diensten kan leveren, heeft het geen zin.
- Voer vooraf goed overleg met de eerstelijns zorg. Laat zien welke meerwaarde je kunt bieden en stem de wederzijdse verwachtingen goed op elkaar af.
- Wat bij ons onbedoeld goed gewerkt heeft, is de aandacht die we van de pers hebben gekregen. De regionale pers heeft ruim aandacht aan de valpolikliniek besteed. Dit heeft direct voor een grote bekendheid gezorgd en dat zorgt voor beweging in de regio. Huisartsen belden ons met de vraag wat we gingen doen. Op deze manier kom je goed in contact.

Zorggroep Sint Maarten
Contactpersoon: De heer E.Notenboom
Telefoon: 06-13480933
E-mail: e.notenboom@zsmzorg.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

-

Structuurafdeling voor mensen met probleemgedrag

“Verbeter probleemgedrag, begin bij je afdeling”

Aan het woord is:

Ada Vijfvinkel, specialist ouderengeneeskunde, werkzaam in verpleeghuis De Volckaert.

Een inspirerend voorbeeld

In ons verpleeghuis hebben wij een structuurafdeling opgezet voor mensen met probleemgedrag. Deze afdeling heeft structurele ondersteuning en samenwerking met de GGZ.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Er is bij ons een verpleeghuisafdeling met dertig bedden, welke bestaat uit twee units van vijftien bedden. In één unit worden alleen mensen met probleemgedrag opgenomen, hetgeen onze structuurafdeling is. De gehele afdeling is gesloten en heeft een BOPZ-erkenning. Op individuele basis maken we met bewoners zonder BOPZ-indicatie afspraken over het zelfstandig verplaatsen buiten de afdeling.

Deze groep mensen heeft een meer dan gemiddelde behoefte aan een dagstructuur en begeleiding. Die extra structuur wordt multidisciplinair geboden. De activiteitenbegeleiding speelt daarbij een belangrijke rol, bijvoorbeeld met een weekprogramma voor de afdeling en een individueel programma per cliënt. Maar ook andere disciplines, zoals fysiotherapie, ergotherapie en natuurlijk de verpleegkundigen en verzorgenden hebben een aandeel. Per cliënt wordt met name veel aandacht besteed aan het evenwicht tussen activiteiten en rust, omdat veel cliënten juist op deze afdeling gevoelig zijn voor een teveel aan prikkels van buitenaf.

Binnen deze structuurafdeling hebben wij een goede samenwerking met de GGZ. Zo komt er wekelijks een PIT-verpleegkundige (Psychiatrische Intensieve Thuiszorg) van de GGZ Breburg groep op de afdeling. Zij coacht het team bij individuele cliënten (training on the job) en verzorgt bijvoorbeeld klinische lessen voor het personeel om beter om te kunnen gaan met het probleemgedrag van die betreffende cliënten. Daarnaast is een consulent ouderenpsychiater van dezelfde GGZ elke twee weken aanwezig bij het multidisciplinair overleg waar de zorgplannen worden besproken. Ook daar vindt een vorm van training on the job plaats. Tevens houdt de psychiater op die manier zicht op de activiteiten van de PIT-verpleegkundige.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Het betreft mensen met probleemgedrag, veelal veroorzaakt door Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) en gerontopsychiatrie (GP). De mensen die wij opnemen, hebben allen een indicatie voor verpleeghuiszorg, veelal zelfs een hoog zzp, vanwege de complexiteit van de problematiek. Een deel van hen heeft ook een BOPZ-indicatie. Dit kan zowel een artikel 60 (noch bereidheid/ noch bezwaar) als een Rechterlijke machtiging (RM) of een Inbewaringstelling (IBS) zijn. Er zijn diverse plaatsen van herkomst van cliënten die op deze afdeling komen. Dit zijn van een andere afdeling in het eigen verpleeghuis, via een GGZ- of ziekenhuisverwijzing of direct uit de thuissituatie. In enkele gevallen komt een cliënt vanuit een ander verpleeghuis naar de structuurafdeling.

De taken en verantwoordelijkheden

De specialist ouderengeneeskunde is de hoofdbehandelaar van de mensen die op de afdeling zitten. Voor de bewoners vervult deze diagnosticeringstaken, de medische behandeling, verwijzing naar andere disciplines, et cetera. Daarnaast coacht de specialist ouderengeneeskunde, samen met de psycholoog, de psychiater en de PIT-verpleegkundige ook het multidisciplinaire team, door bijvoorbeeld uitleg te geven over aandoeningen en gedrag en heeft deze meer dan regelmatig contact met de afdeling. De specialist ouderengeneeskunde volgt momenteel de kaderopleiding psychogeratrie van Gerion, om zo de eigen deskundigheid verder te vergroten.

Voor onze ziekenverzorgenden en verpleegkundigen zoeken wij naar specifiek personeel. Hiervoor hebben wij criteria opgesteld zoals: mensen moeten duidelijk zijn, in een team kunnen werken, communicatieve vaardigheden hebben en regels kunnen stellen. Veel mensen kunnen goed zorgen, wat hier natuurlijk ook nodig is, maar je moet op deze afdeling ook direct en duidelijk naar de bewoner toe zijn en niet alles toelaten. De vaardigheden om in een team te werken zijn ook extra belangrijk, omdat alle teamleden dezelfde regels voor een bepaalde bewoner moeten hanteren. Tevens moeten zij in staat zijn om zo nodig tijdig een cliënt aan een collega over te kunnen dragen. Bijvoorbeeld omdat het op dat moment botst tussen een verzorgende en een cliënt. Een collega kan ervoor zorgen dat het wel lukt met een cliënt. Belangrijk voor de ziekenverzorgenden en verpleegkundigen is om te leren naar het eigen gedrag te kijken en hoe dit de cliënt en zijn gedrag beïnvloedt. Hier worden zij mee geholpen door de PIT-verpleegkundige.

De kwaliteit van de behandelzorg / de uitgevoerde taken

Na een aanloopperiode, waarin we zoekende zijn geweest naar de mogelijkheden, is met name het laatste jaar de afdeling beter van de grond gekomen.

Met name het bieden van structuur, het doseren van prikkels en het toegenomen inzicht in de achtergronden van probleemgedrag zorgen dat er op deze unit betere zorg geboden kan worden voor de doelgroep.

Wij hebben ons voor de komende tijd voorgenomen om de deskundigheid ten aanzien van persoonlijkheidsproblematiek in het multidisciplinaire team te vergroten. Zo gaan we met de projectgroep, bestaande uit inhoudelijke deskundigen en de zorgmanager van de afdeling, zoeken naar een mogelijk model met betrekking tot persoonlijkheidsproblematiek. Met name een eenduidige, gezamenlijke aanpak is bij deze problematiek van groot belang. Ook onze observatieperiode na opname van een nieuwe cliënt, willen wij gaan systematiseren en protocolleren.

Financiën en wetgeving

Een behoorlijk aantal van de bewoners heeft de BOPZ-status. De PIT-verpleegkundige wordt vanuit de GGZ bekostigd. Verder hebben wij geen extra financieringsvormen ten opzichte van het reguliere verpleeghuis. De bekostiging is op grond van de geïndiceerde zzp'en.

Ten opzichte van een gewone verpleeghuisafdeling hebben wij iets meer uren activiteitenbegeleiding, psycholoog en arts beschikbaar.

De bevindingen en meerwaarde

Door een afdeling van mensen met een enigszins gelijke problematiek op te zetten, zijn wij in staat om ons personeel gericht te selecteren en goed te scholen.

Daarnaast heeft het een duidelijke meerwaarde dat wij samen kunnen werken met de

GGZ. Zij leveren extra expertise die nodig is om cliënten met probleemgedrag goede zorg te bieden en het personeel te kunnen scholen.

Een andere meerwaarde is dat met deze aparte afdeling meer rust ontstaat op de andere afdelingen van het verpleeghuis. Een plan voor de toekomst is om een vorm van consultatie binnenshuis te gaan bieden. Medewerkers van deze unit kunnen dan op een andere afdeling gevraagd worden om hun kennis en kunde in te brengen.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- De samenwerking met de GGZ vind ik erg belangrijk.
- Zorg voor gerichte bijscholing van medewerkers voor deze doelgroep, bijvoorbeeld op het gebied van omgaan met agressie.
- Zorg voor medewerkers die affiniteit hebben met de doelgroep. Dit geldt voor de arts tot en met de verzorgende.
- Zorg voor éénpersoons kamers. Het is onder andere belangrijk dat je in staat bent af en toe een bewoner af te zonderen.
- Werk in kleine groepen. Eén groep van zeven á acht mensen is eigenlijk ideaal. Om kleinere groepen te kunnen creëren, hebben wij ervoor gekozen een multifunctionele ruimte als tweede huiskamer te gaan gebruiken.
- Heb aandacht voor technische voorzieningen zoals een noodknop om een deel van de unit te kunnen afsluiten, bijvoorbeeld bij agressie.

Stichting de Volckaert –SBO te Dongen
Contactpersoon: Mw A. Vijfvinkel, specialist ouderengeneeskunde
Telefoon: 0162-375382
E-mail: avijfvinkel@volckaert.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

-

Multidisciplinaire Parkinsongroep

‘Gevarieerd totaalpakket voor de Parkinsonpatiënt’

Aan het woord is:

Frank Schaapsmeeders, specialist ouderengeneeskunde in verpleeghuis Zevenaar.

Een inspirerend voorbeeld

Wij hebben binnen de dagbehandeling een Parkinsongroep waarin begeleiding en behandeling aan mensen met de ziekte van Parkinson wordt gegeven.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Sinds 2005 hebben wij de Parkinsongroep. Deze wordt gevormd door een serie van vijftien bijeenkomsten die tweemaal per jaar, in het voorjaar en het najaar, wordt gehouden. Het doel van de groep is het verschaffen van informatie aan de patiënt over de behandeling en begeleiding die mogelijk is op het gebied van Parkinson en het bieden van groepsbehandeling. Een bijeenkomst duurt anderhalf uur. In elke bijeenkomst nemen de logopedist en de fysiotherapeut ieder een half uur voor hun rekening. Zij geven informatie over de ziekte en doen ook verschillende oefeningen met de deelnemers om de conditie te verbeteren. Het laatste half uur wordt wisselend door andere paramedici uit ons verpleeghuis ingevuld. De diëtiste, ergotherapeut, de maatschappelijk werker, specialist ouderengeneeskunde of de Parkinsonverpleegkundige uit het ziekenhuis verzorgen ieder één of meerdere delen van de serie van bijeenkomsten.

Een belangrijke functie van de groep is tevens het lotgenotencontact dat deelnemers hebben.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Mensen met een indicatiestelling voor de dagbehandeling en bewoners van het verpleeghuis kunnen deelnemen aan de Parkinsongroep. Vanwege het (te) ver gevorderde ziektebeeld van mensen met Parkinson in het verpleeghuis nemen zij zelden deel aan de Parkinsongroep. Mensen met Parkinson die zich aanmelden voor de dagbehandeling worden altijd op de donderdag ingedeeld, de dag waarop alle Parkinsonpatiënten naar de dagbehandeling komen. Hen wordt direct verteld dat zij deel kunnen nemen aan de Parkinsongroep. De meeste mensen reageren hier enthousiast op en nemen eraan deel. Per sessie nemen tussen de vijf en tien mensen deel aan de bijeenkomst. Een aantal mensen neemt meerdere keren deel aan de groep. Zij geven aan in een volgende serie bijeenkomsten weer nieuwe informatie te ontvangen.

De taken en verantwoordelijkheden

De fysiotherapeut en de logopedist zijn eigenlijk de trekkers van de Parkinsongroep. Zij zijn enthousiast en dragen de bijeenkomsten doordat zij elke week aanwezig zijn. Daarnaast is altijd dezelfde verzorgende aanwezig bij de Parkinsongroep. Zij heeft zich extra verdiept in de ziekte Parkinson en kan de mensen goed begeleiden en emotionele ondersteuning bieden.

De kwaliteit van de behandelen/de uitgevoerde taken

De logopedist doet spraakoefeningen met de deelnemers, kijkt naar de houding, mond, stem, articulatie en de gezichtsmotoriek. Tevens besteedt zij speciale aandacht aan slikken

en speekselcontrole. De fysiotherapeut voert een specifiek beweegprogramma uit met betrekking tot typisch Parkinson-gerelateerde kenmerken van bewegen (freezing, rigiditeit en dergelijke). Daarnaast biedt deze een aantal handreikingen (zogenaamde 'cues') en geeft oefentherapie over valpreventie.

De vaste verzorgende begeleidt de mensen tijdens de bijeenkomst. Wij vinden het belangrijk dat alle betrokken paramedici goede kennis van de ziekte Parkinson hebben, om zo de deelnemers zo goed mogelijk te kunnen begeleiden. Daarom gaan de fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten binnenkort extra scholing volgen bij ParkinsonNet in het UMC St. Radboud.

Financiën en wetgeving

De Parkinsongroep wordt gefinancierd uit het budget dat wij voor de dagbehandeling ontvangen. Wij hebben het niet voor elkaar kunnen krijgen dat de Parkinsongroep door de zorgverzekeraar vanuit de zorgverzekeringswet wordt vergoed. Dit is ook de reden waarom alleen mensen met een indicatiestelling voor de dagbehandeling of bewoners van het verpleeghuis deel kunnen nemen aan de bijeenkomsten. Wij zien de Parkinsongroep als een extra service die vanuit de dagbehandeling wordt aangeboden.

Mogelijk gebruiken de mensen door de Parkinsongroep minder individuele behandelingen, wat kosten bespaart, maar in totaal leggen wij er waarschijnlijk geld op toe. De kosten zijn nooit echt uitgerekend.

De bevindingen en meerwaarde

Aan het einde van de laatste bijeenkomst worden evaluatieformulieren aan de deelnemers uitgedeeld. Hieruit blijkt dat de deelnemers met name het lotgenotencontact en de informatieverstrekking erg waarderen. De fysiotherapeut neemt ook enkele tests af, zoals de 'timed get up and go test' en de 'Berg Balance Scale'. We hebben echter geen metingen uitgevoerd om het effect van de behandeling te meten. Na iedere serie van bijeenkomsten komen alle paramedici bij elkaar en worden de bevindingen doorgenomen. Aan de hand van de resultaten worden eventueel wijzigingen voor de volgende serie bijeenkomsten doorgevoerd. Wijzigingen die op grond van de evaluaties zijn doorgevoerd, zijn bijvoorbeeld het invoeren van zwemmen in groepsverband en coaching van de partners door de logopedist.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Kennis van Parkinson om deze groep mensen goed te kunnen begeleiden. Zowel bij de (para)medici als bij de verzorgende(n).
- Een enthousiast team.
- De huisarts meldt de mensen aan voor de dagbehandeling. Door de huisarts goed op de hoogte te brengen van je activiteiten, weten zij je ook eerder te vinden. Wij hebben hier zelf nog niet veel energie in gestoken, we verwachten echter dat dit wel een duidelijk effect zal hebben.

Stichting Alysis, verpleeghuis Zevenaar
Contactpersoon: de heer F. Schaapsmeeders
Telefoon: 0316-599999
E-mail: fschaapsmeeders@alysis.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

-

Polikliniek Huntingtonpatiënten

‘Zo leuk kan ambulant samenwerken zijn’

Aan het woord is:

Ruth Veenhuizen, specialist ouderengeneeskunde in Nij Friesma Hiem, Zorggroep Noorderbreedte.

Een inspirerend voorbeeld

Wij hebben een polikliniek opgezet waarin we onze expertise en kennis als multidisciplinair team in de keten uitzetten om mensen met de ziekte van Huntington in de thuissituatie te behandelen en hun netwerk te begeleiden.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Het UMC Groningen heeft een goede diagnostische procedure voor de Ziekte van Huntington. Omdat patiënten na de diagnose in een zwart gat vielen en wij ervaring hadden met het leveren van extramurale multidisciplinaire zorg voor deze ziekte, hebben wij met het UMCG een projectplan geschreven. Voor dit projectplan zijn wij uitgegaan van gemiddeld twintig patiënten die in Groningen per jaar worden gediagnosticeerd. Bij het eerste contact met de patiënt komt de patiënt met mantelzorgers naar de polikliniek. In één ochtend gaat de patiënt langs een neuroloog, specialist ouderengeneeskunde, ergotherapeut, maatschappelijk werkende, psycholoog en logopedist voor anamnese en onderzoek. Na deze ochtendsessie lunchen de logopedist en de ergotherapeut met de patiënt en de mantelzorgers om in een rustige ambiance te observeren hoe de patiënt eet: kan deze zijn bestek goed hanteren, hoe gaat het slikken, et cetera. Verslikken is een veelvoorkomend probleem bij mensen met Huntington. Hierna heeft de patiënt even pauze en wordt in een multidisciplinair overleg de probleemanalyse besproken en een zogeheten zorg-/ uitvoeringsplan opgesteld. In de middag volgt een gesprek tussen de patiënt, diens mantelzorgers, de specialist ouderengeneeskunde en de casemanager waarin akkoord wordt verkregen voor het zorgplan. Vervolgens wordt het zorg-/ uitvoeringsplan naar de betrokken eerstelijns hulpverleners van de patiënt gestuurd. Met iedere partij wordt een akkoord gesloten over het zorgplan. Indien een partij gedurende het behandeltraject van het zorgplan af wil wijken, kan dit in overleg met ons. De betrokken eerstelijns hulpverleners worden indien nodig door ons geschoold in het uitvoeren van het zorgplan en ondersteund in de omgang met de patiënt. Het polikliniekteam kan naar wens worden uitgebreid met een fysiotherapeut, diëtist, geestelijk verzorger, muziektherapeut, activiteitenbegeleider en een psychiater.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

Deze polikliniek is bedoeld voor mensen waarbij de ziekte van Huntington is vastgesteld. Omdat de zorg voor Huntingtonpatiënten vaak zwaar is voor de omgeving, begeleiden we ook het netwerk van de patiënten. De polikliniek is opgezet voor de drie noordelijke provincies van ons land.

De taken en verantwoordelijkheden

In de uitvoering van het zorgplan heb ik, de specialist ouderengeneeskunde, de eindverantwoordelijkheid voor de inhoud en de casemanager voor de organisatie van de zorg. De huisarts blijft de hoofdbehandelaar, wij bemoeien ons bij wijze van spreken alleen

met de ziekte van Huntington en doen dat altijd in overleg met de huisarts. Onze positie is vergelijkbaar met die van een specialist in het ziekenhuis, alleen wij leggen meer nadruk op het stroomlijnen van de professionals in de keten.

Naast de reguliere werkzaamheden binnen de polikliniek, hebben we dit jaar twintig extra verzoeken van buiten gekregen. Dit zijn bijvoorbeeld verpleegkundigen of familieleden die met Huntingtonpatiënten te maken hebben en om raad vragen.

De kwaliteit van de behandelzorg/de uitgevoerde taken

De kwaliteit van de zorg is nog moeilijk aan te geven, omdat er niet veel 'evidence' beschikbaar is waarmee de zorg kan worden vergeleken. Het project loopt nu ruim een jaar. Na twee jaar vindt er een uitvoerige interne evaluatie plaats. Cliënten en mantelzorgers geven aan het initiatief op prijs te stellen.

Financiën en wetgeving

Het project wordt gefinancierd door Zorgverzekeraar De Friesland, Zorggroep Noorderbreedte en de provincie Friesland. De laatste ondersteunt de netwerkactiviteiten. Zorgverzekeraar De Friesland betaalt het project vanuit innovatiegelden. Overige verzekeraars volgen aangezien het project door de NZA is aangemerkt als een innovatief project. Zorggroep Noorderbreedte betaalt ook mee vanuit innovatiegelden. We hopen dat deze vorm van zorg in de toekomst regulier onder de zorgverzekeringswet zal vallen.

De bevindingen en meerwaarde

De inzetbaarheid van een multidisciplinair team is vanwege de diversiteit aan problematiek een grote meerwaarde. Daarnaast is het uitzetten van de zorg in de keten een duidelijke meerwaarde voor de patiënt én eerstelijns verzorgenden. Je kunt van een thuiszorgmedewerker niet verwachten dat zij weet hoe er met een Huntingtonpatiënt moet worden omgegaan.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- Zet het op binnen de zorgverzekeringswet. De logistiek van een polikliniek is ingewikkeld en met name de werkzaamheden in de keten voor de uitvoering van de zorg thuis zijn zeer tijdrovend.
- Zorg dat er een goede financiële begeleiding binnen het project is om goede afspraken te maken met zorgverzekeraars.
- Onderschat niet hoeveel werk het is. Iedereen komt bij je vragen om kennis en het is een gigantische klus om het netwerk rond een patiënt bij elkaar te houden.

Zorggroep Noorderbreedte

Contactpersoon: Mevrouw R. Veenhuizen

Telefoon: 0566-623035

E-mail: Ruth.Veenhuizen@ZNB.nl

Website: <http://www.noorderbreedte.eu/Zorg-en-serviceaanbod/Polikliniek-ziekte-van-Huntington/>

Beschikbaar informatiemateriaal

-

Kenniscentrum Wondbehandeling

*“Don’t look at the hole of the patient but at the whole of the patient”
(Keith Harding)*

Aan het woord is

Armand Rondas, Specialist Ouderengeneeskunde bij de Zorggroep regio Horst-Venray en manager wondarts in het Kenniscentrum Wondbehandeling.

Een inspirerend voorbeeld van behandeling in de extramurale setting

Kennis en ervaring ten aanzien van wondbehandeling is onvoldoende aanwezig en bovendien verspreid en versnipperd voorhanden. De patiënt krijgt of geen goede behandeling of de goede behandeling komt niet tijdig. In het kenniscentrum wondbehandeling wordt door de specialist ouderengeneeskunde gepoogd om door een combinatie van cliëntenzorg, educatie en research in deze lacune te voorzien. We zijn bij het opzetten van dit centrum geïnspireerd door Keith Harding (Professor of Rehabilitation Medicine (Wound Healing) head department of Wound healing, Cardiff University), Ron Legerstee (Msc, Wound Healing & Tissue Repair, Cardiff University), Professor Dr. Jos Schols (hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde aan de Universiteit van Maastricht) en het initiatief van Huub Brull in Oostelijk Zuid-Limburg. Deze laatste heeft een expertisecentrum wondzorg opgezet vanuit een verpleegkundig model.

Waar gaat het om: een korte beschrijving

Het kenniscentrum zit op twee locaties in een verpleeghuis en kent drie complementaire en elkaar versterkende elementen:

- I. Cliëntenzorg: multidisciplinaire diagnostiek & behandeladviezen van wondproblemen en het geven van leefstijladviezen. Dit gebeurt poliklinisch op één van de twee locaties of ambulant bij de mensen thuis. Intramuraal wordt er twee uur per week gereserveerd voor een ronde door de specialist ouderengeneeskunde om vanuit de expertise van het kenniscentrum wondbehandeling patiënten te behandelen of vroegtijdig op te sporen om zo ergere problemen te voorkomen.
- II. Educatie: door middel van het meedoen aan scholingen of het zelf organiseren van scholingen wordt kennis door medewerkers van het wondcentrum regionaal en landelijk overgedragen. Op deze wijze wordt ook elders het bewustzijn vergroot zodat problemen sneller herkend worden en beter behandeld. Binnen het centrum wordt onderling kennis gedeeld en worden professionals frequent bijgeschoold.
- III. Research: als een patiënt bij het kenniscentrum komt, wordt er veel informatie verzameld. Afmetingen, toedracht, achtergrondkenmerken patiënt, behandelingen en medicatie van de wond tot dan toe, et cetera. Op deze wijze wordt een database gebouwd die door middel van een webbased applicatie toegankelijk is voor derden. Kennis en informatie wordt op deze wijze transparant gemaakt en verspreid.

De patiënten voor wie het bedoeld is (vraagkant)

We onderscheiden drie typen patiënten die alle niet of niet per se over een AWBZ-behandelindicatie beschikken: (1) patiënten vanuit de eerste lijn, die door de huisarts naar ons kenniscentrum worden doorverwezen (2) patiënten die uitbehandeld zijn in het ziekenhuis en door de specialisten naar ons worden verwezen (3) patiënten uit de eerste

lijn, die zelf of via de klantenservice van de Zorggroep zonder verwijzing naar ons toekomen met wondproblemen.

De taken en verantwoordelijkheden

De huisarts is hoofdbehandelaar en is eindverantwoordelijk voor de zorg aan de patiënt. We proberen wel samen op te trekken in het behandelproces. Meestal werken we in het kenniscentrum wondbehandeling vanuit de consulentenrol. Het medebehandelaarschap zouden we wel vaker willen hebben. We denken dat dit in de toekomst mogelijk moet zijn, maar zien ook dat we daarvoor met de huisartsen eerst een vertrouwensband moeten opbouwen. Die kijken nu eerst de kat uit de boom, maar we merken steeds meer dat ze wondbehandeling erkennen als een specialistisch vakgebied en ons centrum erkennen als een specialistische entiteit.

De kwaliteit van de behandelen / de uitgevoerde taken

Wij zijn van mening dat de zorg die wij leveren verpleeghuisgeneeskundige zorg van hoge kwaliteit betreft. Het is geen 24-uurszorg, maar we bekijken binnen het centrum de patiënt als totaal. Vervolgens kijken we waarom de patiënt een dergelijke wond heeft en hoe hij dat ervaart. Tot slot zorgen we ervoor dat de door ons uitgevoerde taken naadloos aansluiten bij de activiteiten van de huisarts.

Financiën en wetgeving

De formatie van het kenniscentrum bestaat uit 0,5 fte specialist ouderengeneeskunde, 0,5 fte stafverpleegkundige en 0,5 fte doktersassistente. Verder zijn er twee verpleegkundigen één middag per week aanwezig. We zijn met uitbreiding bezig, omdat het nauwkeurig bijhouden van de registratie nu in het gedrang komt.

We krijgen van het zorgkantoor subsidie uit bepaalde AWBZ-innovatiegelden. Het zorgkantoor heeft ons een pilotfase toegekend van april 2009 tot april 2010. In die tijd moeten wij onze prijs en kwaliteit bewijzen. Daartoe houden we nauwgezet bij hoeveel tijd we besteden, welke materialen we inzetten en hoeveel consulten we doen. Op deze wijze hopen we een consulprijs te kunnen bepalen waarvoor we na de pilotfase zorg kunnen laten contracteren.

De bevindingen en meerwaarde

Wij merken in de praktijk dat we als centrum een oplossing zijn voor een blinde vlek die bij collega's binnen en buiten het verpleeghuis bestaat op het terrein van multidisciplinaire signalering en behandeling van (potentiële) wonden. Wij hebben, onder andere door de kennis die ik heb opgedaan tijdens de master *Wound Healing and Tissue Repair* in Cardiff, echt iets te bieden. We worden overspoeld met aanvragen voor het geven van of meedoen aan scholingen over wondbehandeling. Patiënten geven bovendien aan zeer tevreden te zijn over de behandeling in het kenniscentrum. We merken dat via mond-op-mond reclame steeds meer mensen ons weten te vinden. Op het terrein van research moeten nog meer stappen worden gezet. De database met patiënteninformatie moet zich verder vullen om mooie analyses op te doen en op te kunnen promoveren. Onnodige kosten worden vermeden of gereduceerd. Wonden worden op één plek en eerder met de juiste middelen behandeld. Dat scheelt angst en onzekerheid bij de patiënt, tijd en geld in de vorm van menskracht en middelen die onjuist of onterecht werden ingezet.

Randvoorwaarden bij het invoeren van de aanpak: tips en suggesties voor collega's

- De eerste stap is de aanleiding scherp hebben en weten waarop of wanneer je je in kwaliteit onderscheidt van de rest.
- Cruciaal is ook de bestuurlijke dekking van jouw plannen voor vernieuwing: de bereidheid van (de raad van bestuur van) de organisatie om mee te gaan met de innovatie.
- Het genereren van geld voor de plannen is eveneens van belang. Als je naar een zorgverzekeraar gaat, neem dan de bestuurlijke dekking vanuit de zorgorganisatie mee.
- Het uitdragen van de plannen. Realiseer je dat je een ambassadeursrol moet vervullen. Dit kost tijd en energie die je makkelijker kunt opbrengen als je inhoudelijk gedreven wordt.
- Strategisch inzicht en politieke sensitiviteit is bij het vermarkten van de plannen essentieel: bedenk wie je wanneer wilt spreken en wat het doel is van een bepaald contact dat je aangaat.
- Maak persoonlijk contact en houd persoonlijk contact: bel of ga langs in plaats van een mail te sturen.

De Zorggroep regio Horst-Venray

Contactpersoon: De heer A. Rondas, specialist ouderengeneeskunde en manager van Kenniscentrum Wondbehandeling

Telefoon: 06-42705914

E-mail: armand.rondas@dezorggroep.nl

Beschikbaar informatiemateriaal

-