



Landelijke Huisartsen Vereniging

Handreiking

Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis

Handreiking, samenhangende zorg in de eerste lijn

Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis



Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA)



Voorwoord

Ouderenzorg is een topprioriteit voor de samenleving en voor de zorg. Doemdenkers praten over de grijze golf en het te verwachten tekort aan personeel en doen menigeen het ergste vrezen voor hun oude dag. Maar die voorstelling van zaken doet de oudere van nu geen recht. De meeste oudere mensen zijn lang actief, participeren zelf in de zorg voor elkaar en hebben meer middelen. Ze hebben bij ongemak en ziekte enige coaching en advies nodig van deskundigen om juist minimaal beroep te hoeven doen op hulp. Zo willen ouderen het. Het is een relatief kleine groep van veelal hoogbejaarde ouderen die meer complexe zorg nodig heeft, omdat hun problematiek complex is geworden: comorbiditeit, functionele beperkingen, kwetsbaarheid en toenemend regieverlies. Deze complexe ouderenzorg is primair eerstelijns- generalistische zorg, onder meer door de comorbiditeit. Met een sterke eerste lijn kunnen wij ook voor ouderen met complexe problematiek integrale zorg in de buurt realiseren. Huisarts, specialisten ouderengeneeskunde¹ en sociaal geriateren zijn partners in zorg die samen met andere eerstelijns hulpverleners, apotheker en thuiszorg moeten aangeven wat nodig is aan structuur en middelen om die goede zorg te leveren. De regie nemen is hier nodig en gewenst. Deze handreiking wijst de weg in de complexe ouderenzorg, met voorbeelden van 'best practice' en uitleg over de ingewikkelde werkelijkheid en hoe daar creatief mee om te gaan. Het nieuwe zorgstelsel, de uitkleding van de AWBZ, de indicatiestelling door het CIZ en de ZZZ's, de normen voor verantwoorde zorg, de inzet van de praktijkondersteuner in de chronische zorg waaronder de ouderenzorg de consultatiemogelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde, de mogelijkheden van ergotherapie naast de bestaande eerstelijnszorg, de snelle veranderingen bij de thuiszorg; allemaal ontwikkelingen van de laatste paar jaar, die iedere hulpverlener doen duizelen. De vorige handreiking uit 2004 was dan ook aan volledige vernieuwing toe. De handreiking dient als handboek soldaat bij uw praktijkbeleid voor ouderen. Hopelijk wordt de organisatie van ouderenzorg een onderwerp van uw nascholing met de handreiking als basisdocument. In 2008 is een project gestart om dit te stimuleren in samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Ouderenzorg is gewoon zorg, is leuke zorg en is ook huisartsenzorg. LHV, NHG en NVVA trekken daarin samen op en bieden u deze nuttige handreiking aan als actiedocument.

dr. S.R.A. Steven van Eijck
Voorzitter LHV

A.E. Timmermans, huisarts
Medisch directeur/ bestuursvoorzitter NHG

mw. Drs. Mieke Draijer
Voorzitter NVVA

¹ De namen 'verpleeghuisarts' en 'verpleeghuisgeneeskunde' zijn vervangen door de namen 'specialist ouderengeneeskunde' en 'specialisme ouderengeneeskunde'. De officiële ingangsdatum van deze naamswijziging is 15 juli 2009. 'Sociaal geriateren' blijven hetzelfde heten. Zij maken deel uit van dezelfde beroepsgroep als de specialisten ouderengeneeskunde, maar mogen de titel niet voeren, omdat zij niet de erkende opleiding gevolgd hebben.

Verantwoording en dank aan

Deze handreiking is gebaseerd op bestaande literatuur, recente onderzoeksrapporten en interviews met huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, sociaal geriater.

Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater:

Annet Wind, huisarts en Coördinator NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde

Pieter van den Hombergh, huisarts en beleidsmedewerker LHV

René Boeren, specialist ouderengeneeskunde

Margot Heijmans, huisarts en medewerker Public health en eerstelijns geneeskunde LUMC

Met dank voor informatie en deskundig commentaar aan:

Rob Wiewel, beleidsmedewerker NVVA

Maria Dolders, beleidsmedewerker NVVA

Ron Helsloot, beleidsmedewerker NHG

Gerdienke Übels, beleidsmedewerker ActiZ

Annemiek Mulder, beleidsmedewerker ActiZ

Fred Schussler, apotheker en beleidsmedewerker KNMP

Carolien Pronk, beleidsmedewerker LHV

HOED Huisartsen Delft: Susan Barlo, NP en Jan Bijl, huisarts.

Huisartsen Deurne/Liesel, Maud van Vlekeren, NP.

Huisartsenpraktijk Detmoldstraat Utrecht, Annemiek Hansen, POH.

Leeswijzer

Deze handreiking is bestemd voor alle zorgverleners die een aandeel hebben in de eerstelijnszorg voor ouderen. Dat zijn in de eerste plaats huisartsenpraktijken. Zij hebben een centrale positie in de medische zorg. In deze Handreiking ligt het accent op de medische - en farmaceutische - zorg. Apothekers, paramedici, thuiszorg, verzorgingshuizen, specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater bieden elk een deel in die zorg. Al die afzonderlijke bijdragen moeten samen leiden tot één integraal pakket van zorgverlening. De Handreiking geeft daar de hulpmiddelen voor.

Hoofdstuk 1 en 2 geven algemene informatie; de hoofdstukken 3 tot 5 werken die uit voor de invulling van de zorg in verzorgingshuis en thuis.

Hoofdstuk 1 beschrijft wat complexe ouderenzorg is en aan welke kenmerken integrale zorg bij complexe problematiek moet voldoen. Het is tevens *een wegwijzer* voor wat deze Handreiking biedt en waar wat te vinden is. Het verdient aanbeveling dit hoofdstuk in elk geval als eerste te lezen.

Uit de rest van de hoofdstukken valt te kiezen. Wie meer wil weten over hoe de zorg in elkaar zit, leest hoofdstuk 2. Wie daar zelf al voldoende informatie over heeft, kiest met welke onderdelen in de zorg hij of zij als eerste aan de slag wil. Is dat:

- het versterken van de medische zorg in het verzorgingshuis: lees dan hoofdstuk 3;
- het versterken van de farmaceutische zorg in het verzorgingshuis: lees dan hoofdstuk 4;
- de invulling van de complexe ouderenzorg bij zelfstandig wonen en de organisatie daarvan: lees dan hoofdstuk 5.

Aan de hand van de inhoudsopgave kan de lezer ook direct naar specifieke onderwerpen gaan, bijvoorbeeld de inzet van een praktijkondersteuner in het verzorgingshuis en thuis of AWBZ- behandeling in verzorgingshuis en thuis.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3		
Verantwoording en dank aan	4		
Leeswijzer	5		
Inhoudsopgave	6		
1 Ouderen en complexe problematiek	9		
1.1 Complexe problematiek	10		
1.2 Complexe ouderenzorg en eerste lijn	13		
2 Overzicht voorzieningen ouderenzorg	21		
2.1 Ontwikkelingen in de voorzieningen voor ouderenzorg	21		
2.1.1 Modernisering AWBZ	21		
2.1.2 WMO	23		
2.1.3 Ontwikkelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen	23		
2.1.4 Toename van de zorg thuis	25		
2.2 AWBZ-behandeling	26		
2.2.1 Kenmerken van AWBZ-behandeling	26		
2.2.2 Functionele diagnostiek	27		
2.2.3 Consulten door een specialist ouderengeneeskunde	28		
2.2.4 Extramurale CSLM-zorg	29		
2.2.5 Overige AWBZ-behandeling buiten het verpleeghuis	30		
2.2.6 Dagbehandeling	32		
2.3 Voorzieningen en financiering eerstelijnszorg	33		
2.3.1 Basisfinanciering	33		
2.3.2 M&I-modules: extra financieringsmogelijkheden huisartsenzorg	33		
2.3.3 Modules voor multidisciplinaire zorg	36		
2.4 Ouderenzorg in de toekomst	39		
2.4.1 Toekomstscenario's	39		
2.4.2 Toekomst AWBZ	39		
2.4.3 Eerstelijns zorgprogramma's voor geïntegreerde ouderenzorg?	41		
3 Medische zorg in het verzorgingshuis	43		
3.1 Organisatie huisartsenzorg in het verzorgingshuis	43		
3.1.1 Medische zorg in het verzorgingshuis	43		
3.1.2 Beperking van het aantal huisartsen per verzorgingshuis als voorwaarde	46		
3.1.3 Ondersteuning door kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde	45		
3.2 Samenwerkingsafspraken huisartsenzorg - verzorgingshuis	47		
3.2.1 Te maken afspraken volgens de NZA-voorwaarden	45		
3.2.2 Suggesties voor afspraken aanvullend op NZA-voorwaarden	51		
3.2.3 Stappen voor het maken van afspraken	54		
3.3 Ondersteuning door een verpleegkundige in het verzorgingshuis	55		
3.4 Huisartsenzorg bij tijdelijke opname in het verzorgingshuis	60		
3.5 AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis	62		
4 Farmaceutische zorg in het verzorgingshuis	67		
4.1 Het belang van goede organisatie van de farmaceutisch zorg	67		
4.1.1 Risico's in het farmaceutisch proces	67		
4.1.2 Betere kwaliteit tegen lagere kosten	68		
4.1.3 Stappenplan voor verbeteren van de farmaceutische zorg	69		
4.2 Het geneesmiddelen distributieprotocol als kwaliteitsborging	75		
4.3 Medicatiebeleid en -bewaking	75		
5 Complexe zorg bij zelfstandig wonen	79		
5.1 Huisartsenzorg bij complexe problematiek thuis	79		
5.1.1 Tijdig signaleren kwetsbaarheid	79		
5.1.2 Integrale diagnostiek	83		
5.1.3 Veilig medicatiegebruik	85		
5.1.4 Regie van de zorg en samenwerken met andere voorzieningen	86		
5.1.5 POH-ouderenzorg	88		
5.2 AWBZ-behandeling bij zelfstandig wonen	89		
5.2.1 Patiënten met indicatie voor verpleeghuis die op opname wachten	90		
5.2.2 Patiënten met Volledig Pakket Thuis	90		
5.3 Organisatie van de samenwerking	90		
5.4 Te nemen stappen voor verbetering van de organisatie	95		
Bijlage 1 Stappenplan voor beperken van het aantal huisartsen per verzorgingshuis	99		
Bijlage 2 Literatuur	102		
Bijlage 3 Meer informatie	106		



1 Ouderen en complexe problematiek

Veel ouderen blijven relatief gezond. Ze worden soms ziek, maar herstellen ook weer. Voor deze groep is de zorg niet anders dan voor andere leeftijdsgroepen. Voorts is er een groep ouderen die intensieve aandacht behoeft. Die ouderen hebben meer aandoeningen en beperkingen en zijn kwetsbaar. Deze Handreiking gaat over de zorg aan die laatste groep. Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van deze groep en de eisen die de zorg voor deze ouderen stelt aan de huisarts en de eerste lijn als geheel. Het hoofdstuk geeft ook een overzicht van de informatie die in deze Handreiking te vinden is.

1.1 Complexe problematiek

Complexiteit hangt samen met een combinatie van factoren die elkaar beïnvloeden en waarbij oorzaak en gevolg moeilijk te ontwarren zijn. Bij ouderen betreft het een combinatie van multimorbiditeit, aandoeningen die samenhangen met het ouder worden, beperkingen als gevolg van die ziekten en aandoeningen, kwetsbaarheid en sociale beperkingen.

Multimorbiditeit

Ongeveer tweederde van alle personen tussen 65 en 75 jaar heeft meer dan twee chronische aandoeningen die medische behandeling en zorg behoeven. Dat aantal neemt toe met het stijgen van de leeftijd. In de leeftijdsgroep van 85 jaar en ouder heeft circa 85 procent meer dan twee aandoeningen.² De samenhang tussen die aandoeningen kan heel verschillend zijn. Soms is sprake van eenzelfde grondoorzaak of is de ene aandoening het gevolg van een andere. Soms kunnen aandoeningen ook geheel los van elkaar staan. Het diagnostische proces en de behandeling van ziekten wordt bemoeilijkt doordat onderliggende oorzaken verschillende ziektes kunnen geven. Bovendien hebben ouderen andere symptomatologie en kunnen verschillende ziektes en aandoeningen elkaar beïnvloeden. Diagnostiek en behandeling bij ouderen vragen bovendien een andere insteek, omdat kwaliteit van leven belangrijker wordt dan een maximaal mogelijke behandeling van een ziekte.

Het tegelijkertijd voorkomen van meer aandoeningen zegt nog weinig over de behoefte aan zorg. Die behoefte is sterk afhankelijk van eventuele beperkingen en een mede daaruit voortkomende kwetsbaarheid.

Functionele beperkingen

Beperkingen in het functioneren kunnen ontstaan als gevolg van chronische ziekten maar ook los daarvan. Bij ouderen veel voorkomende beperkingen zijn mobiliteitsproblemen, slecht horen, slecht zien, problemen met stabiliteit en incontinentie. Ook geheugen-

² Gezondheidsraad 2008.

stoornissen en emotionele problemen, zoals somberheid en spanningen, zullen vaak tot beperkingen in het dagelijks functioneren leiden. Veel van deze beperkingen treden sluipenderwijs op, bijvoorbeeld steeds slechter lopen, minder goed zien en steeds meer beperkingen door geheugenstoornissen. Ze zullen daardoor minder snel als zorgvraag worden onderkend, ook door de ouderen zelf.

Kwetsbaarheid

De term kwetsbaarheid, ook wel broosheid of frailty, staat voor gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden. Er is sprake van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk. Bij meer chronische aandoeningen neemt de kans op een depressie - en daarmee kwetsbaarheid - aanzienlijk toe.

Kwetsbaarheid ontstaat niet alleen door gezondheidsproblemen en de daaruit voortkomende beperkingen, maar ook door de mate waarin mensen beschikken over sociale vaardigheden, financiële middelen en een sociaal netwerk. Het SCP noemt een laag opleidingsniveau, inkomen onder de armoedegrens en sociaal isolement sterk medebepalend voor het ontstaan van kwetsbaarheid.³

Er zijn verschillende inzichten over het ontstaan van kwetsbaarheid. Is het een afname van reserves door onderliggende problemen die later manifest zullen worden? Of is kwetsbaarheid het gevolg van opeengestapelde schade als gevolg van verschillende problemen?

Kwetsbaarheid heeft invloed op de kwaliteit van leven en op herstelmogelijkheden bij ziekte. Bij het opsporen van risicogroepen onder ouderen is daarom het meten van kwetsbaarheid belangrijker dan de biologische leeftijd. In hoofdstuk 5 komt aan de orde hoe vroegsignalering van kwetsbaarheid in de eerste lijn kan worden georganiseerd.

Er zijn geen eenduidige cijfers over hoe groot de groep van kwetsbare ouderen is. Uitkomsten lopen uiteen door verschillen in de definiëring van kwetsbaarheid en in de wijze van onderzoek. In het LASA-onderzoek⁴ is kwetsbaarheid gedefinieerd aan de hand van negen criteria:

- laag lichaamsgewicht;
- verminderde longfunctie (als maat voor zwakte);
- lichamelijke inactiviteit;
- verminderd cognitief functioneren;
- slechtziendheid;

³ Sociaal Cultureel Planbureau.

⁴ Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA.)

- slechthorendheid;
- incontinentie;
- depressieve symptomen (waaronder zelfrapportage van traagheid en gebrek aan energie);
- weinig ervaren regie over eigen leven.

Ouderen die aan drie of meer van deze criteria voldoen, gelden als kwetsbaar. Volgens dat onderzoek is de gemiddelde prevalentie van kwetsbaarheid boven de 65 jaar 14,5% bij mannen en 20,7 % bij vrouwen. Kwetsbaarheid neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Bij zowel mannen als vrouwen onder de 70 jaar is bij minder dan 10 % sprake van kwetsbaarheid. Bij mannen van 90 jaar en ouder is bij 40 % het geval, bij vrouwen is dat bij 65%.⁵

Complexe problematiek

Ook voor complexe problematiek is er geen eenduidige definitie. Het meest kenmerkend voor complexiteit is een combinatie van factoren. Er is sprake van multimorbiditeit en van beperkingen en/of kwetsbaarheid. Door die combinatie zijn oorzaken en gevolgen moeilijk te ontrafelen. Het vermogen van de patiënt om zich aan de aandoeningen en de gevolgen daarvan aan te passen of deze te compenseren, neemt af. Er zal in veel gevallen sprake zijn van polyfarmacie en dat brengt nieuwe risico's voor de patiënt. Het NHG-Standpunt spreekt van complexe problematiek bij een of meer van de hiervoor genoemde kenmerken.⁶

Mensen met complexe problematiek hebben een minder goede kwaliteit van leven en een grotere kans op sterfte. Er is sprake van slechter lichamelijk en geestelijk functioneren, zij maken meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Over het voorkomen van complexe problematiek zijn evenmin eenduidige cijfers te geven. De Gezondheidsraad concludeert dat bij eenderde van alle ouderen sprake is van een combinatie van multimorbiditeit, functionele beperkingen en/of kwetsbaarheid, bij 85 plussers is dat 70%.

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) gaat uit van naar schatting 247.000 ouderen met multimorbiditeit en kwetsbaarheid (11% van de personen van 65 jaar of ouder).⁷

Complexe zorg

Complexiteit kan betrekking hebben op de problematiek van de patiënt (case complexity) en op de zorg (complexiteit van de zorg, care complexity). Case complexity gaat vooral

⁵ Deeg e.a. 2007

⁶ NHG-Standpunt Huisartsengeneeskunde voor ouderen, 2007

⁷ Brief aan de Tweede Kamer, 12 nov. 2007



over de medische complexiteit en omvat bijvoorbeeld alle (para)medische behandelingen om het functionele niveau van de patiënt te behouden of te verbeteren. Zorgcomplexiteit is complexiteit voor verpleging en verzorging en voor mantelzorg. Beide gaan vaak samen, noodzakelijk is dat niet.

De eerste lijn is bij de combinatie van complexe problematiek en complexe zorg de centrale speler.⁸ Daar moeten cure en care bij elkaar worden gebracht. Bij hoog-complexe medische zorg is samenwerking met medisch specialisten aan de orde; voor hoog-complexe zorgvragen en complexe ouderengeneeskundige vragen in de eerste lijn met specialisten ouderengeneeskunde en verpleeg- en verzorgingshuizen. Bij complexe zorg zijn per definitie meer zorgverleners betrokken. Dat vraagt veel samenwerking en communicatie. Die vele behandelaren en zorgverleners maken ook voor de patiënt de zorg complex. De 'zorgbelasting' is groot voor de patiënt. Die moet vaak een aantal poliklinieken bezoeken en krijgt thuis te maken met verschillende zorgverleners. De patiënt zelf raakt ook gemakkelijk de weg kwijt.

⁸ STG/ Health Management Forum 2007

Deze Handreiking is bedoeld voor het organiseren van complexe zorg in de eerste lijn met de huisartsenzorg en het eerstelijns team (huisarts, POH en wijkverpleegkundige) als kern. De nadruk ligt op de samenwerking met gespecialiseerde ouderenzorg, zoals specialisten ouderengeneeskunde/ sociaal geriaters, verpleeg- en verzorgingshuizen, klinisch geriaters en ouderen-GGZ. De inhoud van de medische zorg door de huisarts alsmede de samenwerking met medisch specialisten valt buiten het kader van deze Handreiking.

1.2 Complexe ouderenzorg en eerste lijn

In de nota's die de afgelopen jaren verschenen zijn over ouderenzorg wordt de eerste lijn en in het bijzonder de huisarts steeds genoemd als eerste leverancier van complexe ouderenzorg. De ambities om die zorg in te vullen zijn, zeker bij de huisartsenzorg, hoog. Zie bijvoorbeeld het NHG Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen (2007) en alle plannen die daaruit voortkomen. De huisartsenzorg en de eerste lijn zijn echter nog onvoldoende toegerust om die zorg op zich te nemen. Het tweede deel van dit hoofdstuk gaat hier nader op in.

De kenmerken waaraan complexe ouderenzorg in de eerste lijn zou moeten voldoen, worden beschreven en daarbij wordt steeds aangegeven welke informatie deze Handreiking biedt om die kenmerken te realiseren.

Deze kenmerken zijn gebaseerd op het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen en de aanbevelingen van de Gezondheidsraad (2008) voor het verbeteren van de zorg bij multimorbiditeit. De aanbevelingen van de Gezondheidsraad zijn: vroegtijdige signalering, duidelijke regie, specialistische advisering en kennisontwikkeling. De Handreiking borduurt voort op deze aanbevelingen. Voor polyfarmacie doet de Gezondheidsraad afzonderlijke aanbevelingen, met als belangrijkste een jaarlijkse beoordeling.

Integrale en patiëntgerichte zorg

Complexe zorg is integrale zorg. De problematiek speelt op meer levengebieden en dus moet ook de zorg meer terreinen bestrijken. De huidige organisatiestructuur van de zorg is slecht berekend op de problematiek van mensen met verschillende chronische aandoeningen. Zorg en behandeling zijn gescheiden en bij behandeling ligt te zeer het accent op behandeling van afzonderlijke aandoeningen. De medisch-specialistische zorg, maar ook de eerstelijns DBC's, voor diabetes en COPD, zijn georganiseerd op basis van specifieke ziektebeelden en daarbij horende behandelingstrajecten en protocollen.

De eerste lijn is sterk versnipperd, met weinig sturingskracht. Marktwerving, waarvan voorsnog vooral de thuiszorg en paramedici de gevolgen ondervinden, stimuleert niet tot samenwerken. Dit alles leidt tot onvoldoende aandacht voor aandoeningen die buiten de eigen deskundigheid vallen, minder appèl op de individuele verantwoordelijkheid en betrokkenheid van zorgverleners voor de totale problematiek en onduidelijkheid voor de patiënt.

Er zijn nieuwe organisatievormen nodig.

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de huidige lappendeken aan voorzieningen en de financiering daarvan.

De hoofdstukken 3 en 4 beschrijven hoe verzorgingshuizen de medische en farmaceutische zorg kunnen versterken en hoe cure en care beter op elkaar kunnen inspelen.

Hoofdstuk 5 gaat over de versterking van de organisatie van de zorg en de verbinding tussen cure en care bij zelfstandig wonen.

Integrale zorg heeft ook oog voor wonen en welzijn. Dat is in verzorgingshuizen geregeld maar niet bij zelfstandig wonen. Hoofdstuk 5 gaat in op wat, vanuit de gezondheidszorg, aandachtspunten zijn voor welzijn bij zelfstandig wonen.

Vroegtijdige signalering van kwetsbaarheid

Dit is een van de vier aanbevelingen van de Gezondheidsraad. Door het tijdig onderkennen van beginnende kwetsbaarheid en daarop aangepaste ondersteuning is herstel wellicht mogelijk. Dit kan achteruitgang voorkomen of vertragen.

Vroegsignalering is vooral van belang bij zelfstandig wonende ouderen.

In hoofdstuk 5 is te vinden hoe deze signalering kan worden opgezet en uitgevoerd door huisarts, POH en wijkverpleegkundige.

Kwaliteit van leven als hoofddoel met nadruk op behoud van functies

Welbevinden moet het leidend principe zijn bij ouderenzorg. Behoud van functies en daardoor van eigen zelfredzaamheid en zelfstandigheid zijn belangrijk voor welbevinden. Welbevinden is ook sterk afhankelijk van de mate waarin mensen eigen doelen kunnen realiseren en zoveel mogelijk regie over hun eigen leven kunnen houden. De zorg moet daarop aansluiten door oog te hebben voor en goed aan te sluiten bij eigen wensen en voorkeuren van de patiënt. Dat kan bijvoorbeeld betekenen beperkte klinische diagnostiek als de winst van behandeling onduidelijk is. Daarentegen kunnen functionele diagnostiek, zorgdiagnostiek en een daarop gebaseerd zorg-/behandelingsadvies sterk bijdragen aan behoud van functies en daarmee van zelfstandigheid. Het beter benutten van specialistische consultatie is een van de aanbevelingen van de Gezondheidsraad.

Functionele en zorgdiagnostiek zijn belangrijk voor behoud van functie en welbevinden. Kennis en vaardigheden voor functionele diagnostiek zullen op de eerste plaats binnen de huisartsenpraktijk zelf versterkt moeten worden, door scholing van huisartsen en POH. Deze handreiking is daar een bijdrage in.

In hoofdstuk 2 staat algemene uitleg over diagnostiek door een specialist ouderengeneeskunde (en het multidisciplinaire verpleeghuisteam).

Hoofdstuk 3 laat zien welke bijdragen in diagnostiek en behandeling een verpleeghuis binnen het verzorgingshuis kan bieden.

Hoofdstuk 5 beschrijft hoe specialisten ouderengeneeskunde/verpleeghuiszorg diagnostiek en advies kunnen bieden voor zelfstandig wonende ouderen.

Voor vragen en advisering kan de huisarts ook een beroep doen op de kaderhuisarts Ouderengeneeskunde. Over deze kaderhuisarts is meer te vinden in hoofdstuk 2.

Veilig geneesmiddelengebruik

Ouderen met multimorbiditeit gebruiken veel geneesmiddelen. Dat is op zich al een risicofactor voor bijwerkingen, interacties, ziekenhuisopnames en onderbehandeling. Die risico's zijn groter als er meer voorschrijvers zijn, zoals specialisten en huisartsen. Zowel het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen - met verwijzing naar het NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg - als de Gezondheidsraad vinden een jaarlijkse controle van de medicatie bij chronische aandoeningen noodzakelijk. Voorts zijn een betere informatie-uitwisseling tussen verschillende behandelaars en regie over het medicatiebeleid voorwaarden voor veilig geneesmiddelengebruik.

Hoofdstuk 4 is geheel gewijd aan het verbeteren van de farmaceutische zorg in het verzorgingshuis.

Hoofdstuk 5 vat, met verwijzing naar hoofdstuk 4, samen hoe de farmaceutische zorg te organiseren is bij zelfstandig wonen.

De capaciteit moet groter

Veertien procent van de bevolking is 65 jaar of ouder. Over ruim dertig jaar zal dat naar verwachting een kwart zijn. Die groei is nu al duidelijk aanwezig. Er is de komende jaren steeds meer capaciteit aan zorg nodig en die zal vooral moeten komen van anders organiseren. Het NHG-Standpunt geeft aan dat huisartsenpraktijken de organisatie van de praktijk zullen moeten aanpassen en dat er in de praktijken meer taakverdeling moet plaatsvinden. Die andere organisatie en taakverdeling kunnen niet beperkt blijven tot de huisartsenpraktijk zelf. Er zal ook taakafstemming met andere voorzieningen moeten plaats vinden.

Een praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner in de huisartsenzorg (POH) kan delen van de huisartsenzorg overnemen.

In hoofdstuk 3 is te vinden welke huisartsentaken een POH binnen het verzorgingshuis zou kunnen uitvoeren en hoe dat te realiseren is.

Hoofdstuk 5 geeft die informatie voor de zorg bij zelfstandig wonende ouderen. Beide hoofdstukken gaan ook in op het organiseren van de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en andere zorgverleners. Welke taken horen tot de huisartsenzorg en welke taken kunnen bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige/geriatriesch verpleegkundige en specialisten ouderengeneeskunde beter uitvoeren. Er staan in die hoofdstukken stappenplannen voor het opzetten van samenwerking.

De huisarts in de regierol

Om de zorg aan al deze kenmerken te laten voldoen is een regisseur nodig. Een regisseur heeft een duidelijk beeld van wat het totaal aan zorg moet bieden en geeft op basis daarvan aanwijzingen aan alle betrokken zorgverleners. Een regisseur bepaalt wanneer welke zorg nodig is en wie die zorg het beste kan geven, ordent, stelt prioriteiten en zorgt ervoor dat de activiteiten van verschillende hulpverleners op elkaar worden afgestemd en vooral op de behoefte van de patiënt. De regisseur volgt het proces en grijpt in waar dat nodig is. Deze rol is verwant aan de coördinatierol. De regierol is echter sturend terwijl coördinatie over afstemming gaat.

Huisartsenzorg is volgens diverse rapporten de meest aangewezen voorziening om deze regierol op zich te nemen. Het overgrote deel van ouderen met multimorbiditeit woont thuis of in een verzorgingshuis (90%). De huisarts is generalist en kent in veel gevallen de context en kan overzien wat de invloed is van psychische en sociale problematiek op de medische problemen. De huisarts is dossierhouder voor het geheel aan zorg en heeft het beste overzicht over het medicatiedossier. En niet onbelangrijk, de meeste patiënten en vooral ouderen hechten aan een vaste huisarts en hebben daar vertrouwen in.

Huisartsen kunnen een regierol niet claimen. Zij verkrijgen die op basis van vertrouwen van alle 'spelers'. En dat vertrouwen komt er alleen als een regisseur laat zien wat hij of zij aan meerwaarde te bieden heeft. De huisarts zal bij het realiseren van de regierol, ondersteuning nodig hebben van een eigen POH en/of wijkverpleegkundigen. Zij kunnen de regierol ook overdragen naar een medebehandelaar, zoals bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde, wanneer de problematiek zich daar beter voor leent.



Deze Handreiking ondersteunt de huisarts in het oppakken van de regierol en geeft handvatten voor de vele dimensies van die regierol. Voorwaarden voor het kunnen oppakken van de regierol zijn een compleet patiëntendossier en zelf systematisch werken op basis van een behandelingsplan. Beide voorwaarden staan in hoofdstuk 5.

Rol specialist ouderengeneeskunde/sociaal geriater⁹

Verpleeghuisartsen en sociaal geriateren zijn voor de zorg thuis en in het verzorgingshuis beschikbaar, als consulent, medebehandelaar of als hoofdbehandelaar. Het doel en te verwachten effect van het specialisme ouderengeneeskunde respectievelijk de sociale geriatrie is het behouden of bereiken van het voor de patiënt optimale niveau van functionele autonomie en van kwaliteit van leven. Het specialistisch-ouderengeneeskundig /sociaal-geriatriesch handelen en het zorgproces zijn met name gericht op het voorkómen dan wel beperken van negatieve functionele en psychosociale gevolgen van ziekten. In het specialisme ouderengeneeskunde respectievelijk de sociale geriatrie hebben de relatie tussen de patiënt en zijn omstandigheden en die tussen de patiënt en zijn zorgsysteem een essentiële plaats.

De kerncompetentie van de specialisten ouderengeneeskunde /sociaal geriater is dat zij medisch-geriatrische deskundigheid verbinden met deskundigheid op het gebied van zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en individueel zorgmanagement. Hiertoe bedienen zij zich van een integrale, probleem-georiënteerde, cyclische methode van diagnostiek en interventies op het niveau van ziekten en ziektegevolgen en van het zorgsysteem. In beschrijvende zin - dus niet in definiërende zin - kan het overgrote deel van de feitelijke populatie van de specialist ouderengeneeskunde/sociaal geriater aangeduid worden met één of meestal meer van de volgende aandoeningen: Dementiesyndroom, CVA's en hun late gevolgen, Status na orthopedische operatie, Diabetes mellitus, Morbus Parkinson, Hartfalen, COPD, Depressie en angststoornissen, Multiple Sclerose, Reumatische artritis, Arthrose, Decubitus en Delier. Doelen respectievelijk functies van het medisch handelen kunnen zijn: revalidatie, chronische somatische en/of psychogeriatrische zorg, palliatieve terminale zorg, diagnostiek met advies en crisisinterventie.

In de toekomst zullen specialisten ouderengeneeskunde mogelijk ook in de eerste lijn de hele medische zorg gaan overnemen bij zelfstandig wonende ouderen met zeer complexe problematiek. De regierol kan dan bij specialisten ouderengeneeskunde komen liggen waarbij nu nog onduidelijk is of dit AWBZ-zorg blijft of wellicht onder de zorgverzekeringswet gaat vallen.

Specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater hebben specifieke expertise voor diagnostiek en behandeling voor behoud van functionele autonomie en kwaliteit van leven voor ouderen. Die expertise is ook in de eerste lijn beschikbaar. In hoofdstuk 2 komen de AWBZ-regelingen aan bod voor inschakeling van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn.

Hoofdstuk 3 werkt de samenwerking uit tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis, **hoofdstuk 5** doet dat voor zelfstandigwonende ouderen.

⁹ Sociaal geriater hebben hetzelfde beroepsprofiel als specialisten ouderengeneeskunde en vormen met hen één beroepsgroep. Zij zijn zoals ook in noot 1 vermeld echter niet in het register van het specialisme opgenomen, omdat ze niet de verpleeghuisartsenopleiding, maar een niet-erkende opleiding gevolgd hebben. Ze werken vooral in het extramurale GGZ-veld en hebben daarvoor bij uitstek specifieke

bekwaamheden. Die GGZ wordt bekostigd via de Zvw. Waar in deze handreiking over specialisten ouderengeneeskunde gesproken wordt, kan in het algemeen ook sociaal geriater gelezen worden. Deze handreiking legt het accent op de inzet van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater via de AWBZ en in de V&V in plaats van via de Zvw en in de GGZ.

NHG-kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde

Voor consultatie en ondersteuning kunnen huisartsen ook een beroep doen op NHG-kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde.¹⁰ Kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde kunnen huisartsen(groepen) op tal van punten ondersteunen bij zowel inhoudelijke als organisatorische versterking van de ouderenzorg. Kaderhuisartsen stimuleren enerzijds de eigen beroepsgroep om de kwaliteit van de zorg aan ouderen te verbeteren en helpen anderzijds te voorkomen dat deze zorg nog meer versnipperd en door anderen wordt overgenomen. Het is raadzaam om samen met hen te kijken welke vorm van ouderenzorg u als huisarts wilt organiseren.

In de hoofdstukken 3, 4 en 5 komt terug op welke onderdelen de kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde een bijdrage kunnen leveren om de kennis en kunde van huisartsen te versterken en optimale voorzieningen te organiseren. In bijlage 3 staat waar kaderartsen te vinden zijn.

Financiering

Het leveren van complexe zorg vraagt tijd. Er is tijd nodig voor de zorg zelf. Voor huisartsen geldt dat consulten en visites meer tijd vragen dan het gemiddelde consult door de multimorbiditeit, de verminderde cognitieve functies en beperkingen van de oudere patiënt. Dat wordt vergoed via opslagen op het inschrijftarief en dubbele consulten. De meeste extra tijd zal echter gaan zitten in proactieve screening op kwetsbaarheid, het organiseren van de samenwerking en het invullen van de regiefunctie. Daar is nu slechts een beperkte en versnipperde vorm van financiering voor mogelijk. De huisartsenpraktijk zal via een groot aantal afspraken met de zorgverzekeraars over een 'aanvullend aanbod' complexe zorg moeten gaan leveren.

Een algemeen overzicht van financiering van de extramurale AWBZ-behandeling en van de basiszorg en aanvullend aanbod door huisartsenpraktijken staat in hoofdstuk 2. Per hoofdstuk is aangegeven van welke regelingen huisartsenpraktijken gebruik zouden kunnen maken.

¹⁰ De NHG-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde heeft tot doel de zorg aan ouderen met complexe problematiek gestructureerd aan te pakken, waarbij de inhoudelijke verdieping en organisatorische kwaliteitsverbetering centraal staan.



2 Overzicht voorzieningen ouderenzorg

Complexe problematiek bij ouderen vraagt geïntegreerde zorg. Voorzieningen en de financiering daarvan zijn echter gescheiden. De huidige ouderenzorg is een bonte lappendeken aan voorzieningen en financieringswijzen. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) leveren elk een aandeel. Door de extramuralisering van verpleeghuiszorg zijn er binnen de AWBZ allerlei extra regelingen gekomen voor zorg buiten het verpleeghuis. Eenzelfde ontwikkeling is er ook rond verzorgingshuizen. Huisartsenzorg en eerste lijn kennen de 'modules' voor zorg die buiten het basisaanbod valt en voor innovaties.

In dit hoofdstuk worden hoofdlijnen uit al die regelingen gegeven en wordt ingaan op de mogelijkheden en belemmeringen.

2.1 Ontwikkelingen in de voorzieningen voor ouderenzorg

2.1.1 Modernisering AWBZ

De AWBZ is een door de overheid geregelde voorziening voor langdurige zorg die moeilijk via de markt te verzekeren is. Een aantal jaren geleden is de AWBZ gemoderniseerd en nog steeds vinden aanpassingen plaats. In de loop der tijd zijn steeds meer voorzieningen onder de AWBZ gaan vallen. Het huidige overheidsbeleid is gericht op het teruggaan naar een beperkte reikwijdte. Zo worden verrichtingen die de thuiszorg tot voor kort als AWBZ-voorziening deed, nu als verzekerde zorg volgens de Zvw aangemerkt. Bijvoorbeeld het uitzetten van pillen en het geven van - regelmatige - injecties. Periodieke injecties, zoals B12-vitamines zijn huisartsenzorg. De huisarts of POH kan deze doen en als consult declareren. Een verpleegkundige van de thuiszorg kan deze injecties ook blijven geven, de thuiszorg kan dat dan bij de zorgverzekering declareren als Zvw-zorg. Andere activiteiten die tot de functie verpleging horen en in opdracht van de huisarts worden geleverd, horen nog wel tot de AWBZ-functie verpleging. Het AWBZ-kompas (www.cvz.nl) geeft een overzicht van en toelichtingen op de wettelijke aanspraken op grond van de AWBZ.

Functiegerichte aanspraken

Zorgaanspraken gaan niet meer uit van voorzieningen, maar van functies. AWBZ-zorg omvat de functies: verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf. Huishoudelijke hulp is in 2007 uit de AWBZ gehaald en ondergebracht in de WMO. Ook begeleiding wordt voor een deel uit de WMO gehaald en bij gemeenten neergelegd.

Indicering

Voor aanspraak op AWBZ-zorg is als regel een onafhankelijke indicatie nodig. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft die indicatie. Het CIZ beoordeelt hoeveel zorg per functie nodig is. De uiteindelijke optelsom leidt tot het indicatiebesluit, met een functiegerichte zorgaanspraak. Dit is de zorg waar de cliënt recht op heeft.

Veel zorgverleners ervaren deze wijze van indicering als omslachtig en bureaucratisch en beschouwen haar als belemmering voor efficiënte zorg. Het CIZ heeft inmiddels een aantal Standaard Indicatieprotocollen (SIP's) ontwikkeld. Zorgaanmelders en zorgaanbieders, waaronder huisartsenpraktijken, kunnen elektronisch en op gestandaardiseerde wijze een indicatie aanvragen voor een aantal veelvoorkomende en sterk geprotocolleerde zorgsituaties. Uit het doorlopen van het protocol volgt het indicatiebesluit, de zorg kan daarna direct worden ingezet. Een overzicht van beschikbare SIP's is te vinden op www.sipwijzer.nl.

Op een aantal plaatsen draaien proefprojecten waarbij niet het CIZ, maar de huisarts en de verpleegkundige van de thuiszorg de indicatiebesluiten nemen voor zorg in de thuissituatie, met controle achteraf. Mogelijk kan deze vorm van indicering in de toekomst aanvullend aanbod worden. Over indicering is het laatste woord nog niet gezegd. Zowel Zorgverzekeraars Nederland als de patiëntenfederatie NPCF stellen zich op het standpunt dat de indicatiestelling voor AWBZ-voorzieningen niet aan belanghebbende partijen moet worden overgelaten.

Zorgzwaartepakketten

Bij een CIZ-indicatie voor verblijf, dat wil zeggen voor opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis, stelt het CIZ een zorgzwaartepakket (ZZP) vast. Dat is een volledig pakket van zorg, in combinatie met verblijf. Op basis van het profiel van een cliënt wordt omschreven welke zorg in welke omvang de cliënt nodig heeft.

Voor 2008 wordt uitgegaan van 51 ZZP's voor de totale intramurale AWBZ-zorg, waarvan 10 voor de sector Verpleging en Verzorging.¹¹ Dat zijn acht pakketten voor langdurende zorg (ZZP's 1 tot en met 8) en twee pakketten voor kortdurende zorg aan specifieke doelgroepen (ZZP 9 en 10). Het is een oplopende reeks van zorgzwaarte. De reeks begint met ZZP 1 voor personen die zich thuis niet meer zelf kunnen redden en loopt op naar ZZP 8 voor personen met ziekten die volledig zorgafhankelijk zijn en daarom intensieve verzorging en verpleging nodig hebben. De kortdurende pakketten zijn gericht op revalidatie (ZZP 9) en palliatieve terminale zorg (ZZP 10). In de ZZP's 1 en 2 zit geen AWBZ-behandeling. De volledige ZZP-beschrijvingen zijn te vinden op www.zorgzwaartebekostiging.nl.

Huisartsen kunnen voor een patiënt met een ZZP (en dus een indicering voor verblijf) visites declareren als intensieve zorg (zie ook par. 2.3.2).

Zie voor de bekostiging van ZZP's in verzorgingshuizen paragraaf 3.5.

¹¹ De overige pakketten hebben betrekking op de GGZ en de gehandicaptenzorg.

2.1.2 WMO

De Wet maatschappelijke ondersteuning is in 2007 ingevoerd en vervangt de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en delen van de AWBZ. De gemeenten voeren de wet uit. Een deel van de WMO-voorzieningen is relevant voor de zorg aan ouderen. Dat is vooral de zorg die uit de AWBZ is overgebracht naar de WMO, zoals huishoudelijke hulp, mantelzorgondersteuning en diensten bij wonen met zorg.

Het belang voor de ouderenzorg is breder. De filosofie achter de WMO is het bevorderen van welzijn en zelfredzaamheid, mede door sociale binding en participatie. Allerlei activiteiten die daaraan bijdragen, kunnen onder de WMO worden geschaard en kunnen dan uit de WMO worden gefinancierd.

Door de invoering van de WMO zijn gemeenten nu vaak actief betrokken bij het organiseren van voorzieningen voor welzijn, zorg en wonen. Het biedt kansen voor de eerste lijn om nieuwe vormen van integrale zorg, in combinatie met welzijn, te ontwikkelen. Bijvoorbeeld activiteiten waarbij activering en het bevorderen van gezond gedrag gecombineerd worden met versterking van de sociale binding in de wijk. Hoofdstuk 5 gaat daar nader op in.

Gemeenten hebben een grote mate van vrijheid voor het inrichten van de WMO. Dat geldt zowel voor de invulling van de diensten die zij aanbieden als voor de wijze van indicering.

2.1.3 Ontwikkelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen

Ondanks de zorgtoewijzing in functies is het is nog steeds gangbaar de niet-curatieve zorg voor ouderen in te delen naar zorg thuis, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg. Die indeling gaat steeds minder op. Er zijn allerlei tussenvormen ontstaan en er vinden nog steeds verschuivingen plaats in waar welke zorg geboden wordt. Instellingen zijn meer soorten zorg gaan leveren. Een kenmerkend onderscheid is dat een verpleeghuis een toelating heeft voor het leveren van AWBZ-behandeling, een verzorgingshuis heeft een dergelijke toelating niet.

Verpleeghuizen

Verpleeghuizen ontwikkelen zich tot kenniscentra voor gespecialiseerde zorg. Zij richten zich op de hoog-complexe zorg - een gevorderd stadium van dementie vaak in combinatie met andere psychische en somatische aandoeningen -, revalidatie en bijzondere doelgroepen zoals zorg voor patiënten met niet-aangeboren hersenletsels (NAH), Huntington, ALS, etc. Tevens ontstaan kleinschalige verpleeghuisvoorzieningen voor mensen met dementie en die zijn vaak onderdeel van een woon-zorgcomplex.

De omvang van de verpleeghuiszorg is de afgelopen jaren licht gegroeid, hoewel het aantal bewoners in verpleeghuizen afnam. Die groei zit dus vooral in de groei van extramurale zorg.¹² Dat onderdeel zal waarschijnlijk verder toenemen. Verpleeghuizen zullen, als kenniscentra, de advies- en consultatiefunctie verder uitbouwen.

¹² Centraal Bureau voor de Statistiek 2007.



Verpleeghuiszorg komt geheel voor rekening van de AWBZ. Bij verblijf in een verpleeghuis valt ook de basis medische zorg, ofwel de 'huisartsenzorg', onder de AWBZ. De overheid heeft het voornemen om per 2010 de bekostiging van de geriatrische revalidatiefunctie van de verpleeghuizen van de AWBZ over te hevelen naar de Zvw.

Verzorgingshuizen

De zorgzwaarte in verzorgingshuizen neemt toe. De criteria voor opname zijn verzaamd en de doorstroming naar verpleeghuizen kan langer worden uitgesteld door de introductie van ZZP's en de mogelijkheid om binnen het verzorgingshuis ook in beperkte mate AWBZ-behandeling te bieden. De huisarts is verantwoordelijk voor de medische eerstelijnszorg en samen met de apotheker voor de farmaceutische zorg. De specialist ouderengeneeskunde neemt veelal verantwoordelijkheid voor enige aanvullende AWBZ-behandeling. De psychische en psychiatrische zorg wordt geleverd door een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Dit is extramurale GGZ en die valt onder de Zvw. In het verzorgingshuis zijn verpleegunits ontstaan. Deze afdelingen zetten verzorgings-huisbedden om in verpleeghuisbedden en gaan dan ook volledig onder het verpleeghuis en de AWBZ-financiering vallen. De specialist ouderengeneeskunde neemt dan alle medische zorg over.

Verzorgingshuizen en verpleeghuizen vormen steeds vaker één instelling, een zorgcentrum, met verschillende zorgvormen.

De omvang van de verzorgingshuiszorg daalt al een aantal jaren, gemiddeld 3,5% per jaar¹³, hoewel ook verzorgingshuizen meer extramurale zorg zijn gaan leveren. Rond verzorgingshuizen ontstaat 'woonzorg' met zorg op afroep. Verzorgingshuizen bieden ook thuiszorg 'in de wijk'. Die beide vormen van zorg vallen onder zorg bij zelfstandig wonen.

2.1.4 Toename van de zorg thuis

Onder zorg thuis valt zowel de zorg bij volledig zelfstandig wonen als bij wonen met zorg, waarin zorg op afroep beschikbaar is. Wonen met zorg is sterk in ontwikkeling. Er komen steeds meer:

- woonzorgcentra: een combinatie van verpleeghuis, verzorgingshuis en wonen met zorg;
- multifunctionele centra: woonzorgcentra met aanvullende voorzieningen voor welzijn, zoals ontmoeting, recreatieve activiteiten en restaurantfunctie, en gezondheidszorg, bijvoorbeeld een eerstelijnscentrum;
- woonservicewijken: een hele wijk is 'zorgvriendelijk' met 'haal- en brengdiensten' voor wie daarvan gebruik wil maken.

Deze voorzieningen zijn in veel gevallen bestemd voor zowel ouderen als voor mensen met beperkingen of psychische stoornissen die extra zorg nodig hebben.

Verpleging en verzorging thuis valt onder de AWBZ. Thuiszorginstellingen en verpleeg- en verzorgingshuizen verlenen deze zorg. Bij de thuiszorginstellingen is enerzijds sprake van een tendens naar grote fusies en combinaties van instellingen, zoals thuiszorg en intramurale zorg in één instelling. Anderzijds ontstaan juist kleinschalige initiatieven, bijvoorbeeld Buurtzorg¹⁴, of thuiszorginstellingen die zich speciaal richten op allochtonen. Al die verschillende voorzieningen voor thuiszorg maken integrale zorg voor ouderen lastig te organiseren. Deze Handreiking zal dit waar het speelt, signaleren, maar niet ingaan op mogelijke oplossingen. Zie daarvoor de Handreiking 'De as huisartsen-wijkverpleegkundigen'.¹⁵

Huisartsen en een scala aan eerstelijns disciplines (alle Zvw) leveren de medische eerstelijnszorg. Bij specifieke problematiek is consultatie en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde mogelijk. Dat is dan weer AWBZ-zorg. Wat dat inhoudt, komt in de volgende paragraaf aan de orde. Daarbij gaat het om thuiszorg, verzorgingshuizen, welzijn ouderen, andere welzijnsorganisaties, maatschappelijk werk en steunpunt mantelzorg, om de belangrijkste te noemen.

¹³ Centraal Bureau voor de Statistiek 2007.

¹⁴ Thuiszorg door kleine buurtteams waarbij professionals een grote mate van autonomie hebben en zelf resultaatverantwoordelijk zijn.

De buurtteams worden ondersteund door een landelijke netwerkorganisatie.

¹⁵ Een uitgave van LHV, NHG en V&VN.

Samenhang tussen al die voorzieningen bij zorg thuis is alleen goed te regelen via eerstelijnscentra en/of wijknetwerken. Daaraan besteedt het laatste hoofdstuk aandacht.

Er is al een aantal jaren een duidelijke verschuiving te zien van intramurale zorg naar zorg thuis. In de periode tussen 2000-2006 is het aantal dagen of uren verpleging en verzorging bij mensen thuis met bijna 10% gestegen, met als gevolg een daling van de verzorgingshuiszorg.¹⁶ Opmerkelijk is dat het productievolume aan verpleging en verzorging sneller stijgt dan het aantal patiënten. Gemiddelde zorg per patiënt zou dus toegenomen moeten zijn.

2.2 AWBZ-behandeling

2.2.1 Kenmerken van AWBZ-behandeling

AWBZ-behandeling is een van de functies die via de AWBZ gefinancierd kunnen worden. Het gaat om behandeling die niet gangbaar is vanuit de curatieve zorg en die bestemd is voor personen met chronische gezondheidsproblemen en beperkingen. Een tweede kenmerk van AWBZ-behandeling is dat het veelal om CSLM-zorg gaat: continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg. AWBZ-zorg is bestemd voor complexe problematiek waarvoor substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair team onmisbaar zijn. AWBZ-behandeling kan zowel intramuraal als extramuraal geboden worden. Voorts zijn er nog enkele behandelactiviteiten die ten laste van de AWBZ komen. Het gaat om kortdurende geriatrische revalidatie en om consultatie.

Er valt geen scherpe lijn te trekken tussen wat curatieve zorg is en wat AWBZ-zorg. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zegt er in zijn AWBZ-kompas onder andere over dat, als er samenloop van Zvw-zorg en AWBZ-zorg is, de zorg onder de Zvw valt. Het betekent dat zodra iets ten laste van de Zvw kan komen, vergoeding via de AWBZ is uitgesloten.

Met de modernisering van de AWBZ zijn de mogelijkheden voor *extramurale AWBZ-behandeling* door specialisten ouderengeneeskunde en/of psychologen verruimd. De Beleidsregel Prestatiebeschrijving extramurale zorg (NZa, CA-273) geeft aan dat extramurale behandeling binnen de V&V-sector als inhoud kan hebben:

- functionele diagnostiek respectievelijk zorgdiagnostiek, door een specialist ouderengeneeskunde, bestaande uit multidisciplinair onderzoek om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelingsplan een persoon nodig heeft;
- consulten door een specialist ouderengeneeskunde, gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg, aan patiënten en/of aan huisartsen;

- specifieke CSLM-zorg. De behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van en onder regie van een specialist ouderengeneeskunde.
- De zorgaanbieder, het verpleeghuis, moet vooraf met het zorgkantoor productieafspraken maken over de specifieke inzet van de specialist ouderengeneeskunde en het aantal patiënten. Voor de consultfunctie moeten ook vooraf afspraken zijn gemaakt over het aantal consulten. Het tarief voor extramurale behandeling wordt door de NZa vastgesteld. Voor een specialist ouderengeneeskunde is dit in 2009 € 101,61 per uur.

Als een huisarts wil weten of AWBZ-behandeling gewenst is, kan hij of zij uiteraard eerst een specialist ouderengeneeskunde daarover raadplegen. Vervolgens kan de huisarts de patiënt in contact brengen met het CIZ om indien nodig een indicatie voor AWBZ-behandeling te krijgen. (Een indicatie is in het geval van consultatie niet nodig!) De patiënt kan ook meteen verwezen worden naar het CIZ. Bij de indicatiestelling voor alle AWBZ-zorg - met veelal primair een vraag naar verpleging en verzorging - gaat het CIZ als het goed is ook na of er een AWBZ-behandelingsindicatie nodig is. Vaak geeft het CIZ echter geen behandelingsindicatie af, bijvoorbeeld bij een dementerende oudere die vooral zorg nodig heeft. Huisartsen kunnen bij hun informatie aan het CIZ de noodzaak van behandeling echter expliciet beargumenteren.

2.2.2 Functionele diagnostiek

Functionele diagnostiek of zorgdiagnostiek kan volgens de Beleidsregel plaatsvinden nadat de primaire diagnostiek is verricht. Bijvoorbeeld bij een vermoeden van psychogeriatrische problematiek geschiedt eerst de klinische diagnostiek in de curatieve sector. Daarna kan de specialist ouderengeneeskunde functionele diagnostiek verrichten. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde denken daar anders over, de specialist ouderengeneeskunde kan op verzoek van de huisarts ook integrale diagnostiek doen, zowel primaire als functionele diagnostiek.¹⁷

Functionele diagnostiek is gericht op het beperkingsniveau en het onderzoeken van behandelingsmogelijkheden, waaronder verbeteren van het functioneren voor zover mogelijk, voorkomen van verergering en zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid. Het is de basis voor het kunnen vaststellen van een passend zorg/behandelplan. De specialist ouderengeneeskunde beoordeelt welke disciplines een bijdrage kunnen leveren. De specialist ouderengeneeskunde kan die soms vanuit het verpleeghuis inschakelen, maar kan ook in afstemming met de huisarts daarvoor ook een beroep doen op disciplines uit diens samenwerkingsverband.

¹⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek 2007.

¹⁷ Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Dementie. Deze is in samenwerking tussen huisartsen (NHG) en specialisten

ouderengeneeskunde / sociaal geriaters (NVVA) opgesteld. Publicatie begin 2009.

2.2.3 Consulten door een specialist ouderengeneeskunde

Consulten omvatten zowel overleg met de huisarts over patiënten als contacten met de patiënt zelf. De specialist ouderengeneeskunde kan advies geven over de behandeling en over het opstellen van een zorg-/behandelingsplan en ook korte interventies doen ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg. De huisarts blijft medisch eindverantwoordelijk. De specialist ouderengeneeskunde is *consulent* als het accent ligt op overleg met de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde geen of beperkt contact heeft met de patiënt zelf. De functie van consulent gaat over in die van *medebehandelaar* als de specialist ouderengeneeskunde meer contacten met de patiënt heeft en eventueel ook zelf interventies doet.

De consultatie is niet alleen voor huisartsen beschikbaar, ook patiënten kunnen er gebruik van maken. Zij kunnen in principe zonder tussenkomst van de huisarts een specialist ouderengeneeskunde raadplegen. Huisartsen kunnen hun patiënten op deze mogelijkheid attent maken. Specialisten ouderengeneeskunde zijn er volgens hun professionele standaard aan gehouden om, in overleg met de patiënt, met de huisarts als hoofdbehandelaar contact te leggen over het consult. Het kan soms wenselijk zijn dat huisartsen hen hieraan herinneren.

Voor consultatie door de specialist ouderengeneeskunde is geen CIZ-indicatie nodig. Volgens de Beleidsregel gaat het om een beperkt aantal contacten per patiënt per jaar (5 tot 10). Specialisten ouderengeneeskunde vinden deze beperking onterecht.

Consultatie of functionele diagnostiek aanvragen

Een huisarts die een specialist ouderengeneeskunde wil consulteren, kan contact opnemen met een van de verpleeghuizen in de omgeving met de vraag of het verpleeghuis, of welk ander verpleeghuis, die consultatie aanbiedt. Informatie over welke verpleeghuizen productieafspraken hebben voor extramurale consultatie is, als het goed is, ook beschikbaar bij het AWBZ-zorgkantoor van de regio. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de inkoop van AWBZ-zorg per regio en is aangehaakt aan een van de zorgverzekeraars in die regio.

Veel verpleeghuizen zullen ook zonder productieafspraken bereid zijn tot enige consultatie; zij rekenen er dan op dat die productieafspraken en de bekostiging ten minste in het volgende jaar wel komen.

Huisartsen maken te weinig gebruik van de consultatiemogelijkheid.¹⁸ Consultatie door een verpleeghuisartspecialist ouderengeneeskunde komt meestal de patiënt ten goede en huisartsen kunnen hun kennis en kunde van de complexe zorg erdoor vergroten. Huisartsen zouden deze consultatiemogelijkheden veel meer actief moeten gaan ont-



wikkelen en niet afwachten tot zich een probleemgeval voordoet. De hoofdstukken 3 en 5 geven hier suggesties en aanwijzingen voor. De Gezondheidsraad noemt goede consultatiemogelijkheden voor de eerste lijn als een van de aanbevelingen voor versterking van complexe ouderenzorg.

Uit een ander consultatieproject, GGZ-consultatie in de eerste lijn, kwam naar voren dat huisartsen vonden dat ze meer baat hadden bij - kortdurende - overname van de behandeling dan van consultatiebesprekingen en advisering ter ondersteuning van hun eigen behandeling.¹⁹ Voor consultatie door de specialist ouderengeneeskunde zou wel eens hetzelfde kunnen gelden.

2.2.4 Extramurale CSLM-zorg

Bij extramurale CSLM-zorg gaat het om patiënten met een indicatie voor langdurige AWBZ-behandeling zonder een indicatie voor verblijf. De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor de specifieke AWBZ-behandeling, de huisarts blijft verantwoordelijk

¹⁸ Van Dam van Isselt ea 2007. Zie pag. 328 'Consultatiefunctie weinig gebruikt'.

¹⁹ Verhaak e.a. 2006.

voor de medische eerstelijnszorg. Behandeling door de specialist ouderengeneeskunde is te combineren met paramedische behandeling uit de AWBZ. Het is niet bekend in welke mate deze extramurale CSLM-zorg feitelijk door AWBZ-zorgkantoren gecontracteerd wordt. Voor extramurale CSLM-zorg is een CIZ-indicatie nodig.

2.2.5 Overige AWBZ-behandeling buiten het verpleeghuis

Het komt regelmatig voor dat een patiënt met een 'verpleeghuisindicatie' - aanspraak op een ZZP vanaf 4 of hoger; - thuis verblijft of in het verzorgingshuis. Dat kan tijdelijk zijn, als wachtperiode voor opname in het verpleeghuis, maar ook van langere duur omdat patiënt en diens naasten opname wensen te voorkomen. In dat laatste geval kan, bij zelfstandig wonen gebruik worden gemaakt van het Volledig Pakket Thuis. Bij verblijf in een verzorgingshuis koopt het verzorgingshuis meestal enige AWBZ-behandeling in. Ook de huisarts kan buiten de AWBZ-zorg om extra zorg leveren. Er is dan sprake van aanvullend aanbod en hierover dienen afspraken te zijn gemaakt over de vergoeding in het contract met de zorgverzekeraar. Hieronder worden deze twee situaties uitgewerkt.

Volledig Pakket Thuis

De intramurale ZZP's kunnen ook in thuissituaties (thuis of wonen met zorg) worden aangeboden. Deze regeling heet Volledig Pakket Thuis. De regeling is tot stand gekomen om mensen in de gelegenheid te stellen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en hen niet te binden aan verblijf in intramurale zorginstellingen. Deze regeling hangt samen met het beleid van de overheid voor het scheiden van wonen en zorg in de zorgverzekering. Dat wil zeggen dat het wonen veelal geen verzekerde aanspraak meer is. Het Volledig Pakket Thuis is bij alle ZZP's mogelijk. Bij een ZZP 3 of hoger is er aanspraak op AWBZ-behandeling. De specialist ouderengeneeskunde behandelt het specifieke AWBZ-probleem. Bij deze behandeling kunnen ook andere disciplines uit het verpleeghuis worden betrokken. Er is geen aanspraak op algemene medische zorg - huisartsenzorg - uit de AWBZ zoals dat bij opname in een verpleeghuis wel geldt. De verantwoordelijkheid en regie voor de medische eerstelijnszorg blijft bij de huisarts.

Behandeling in een instelling (verzorgingshuis) zonder behandeltoelating

Voor bewoners in het verzorgingshuis met ZZP 1 of 2 leveren huisartsen (en andere disciplines) de medische zorg. De specialist ouderengeneeskunde heeft geen of een zeer beperkte rol als adviseur. Een derde van de verzorgingshuisbewoners heeft echter ZZP 3 of hoger en dat impliceert ook een indicatie voor AWBZ-behandeling. Het zijn de bewoners die binnen de oude regelingen in aanmerking kwamen voor somatische of psychogeriatrische meerzorg in het verzorgingshuis (ZZP 3, 4 en 5), maar ook mensen met 24-uurs zorgbehoeften in combinatie met langdurige psychiatrische problematiek, ernstige zintuiglijke beperkingen,

een beginnend stadium van de ziekte van Huntington of ernstige vormen van dementie zonder gedragsproblematiek (ZZP 4 en 5).²⁰ In de huidige, financiële, regelingen voor verzorgingshuizen is de AWBZ-behandeling nog niet optimaal te leveren. Verzorgingshuizen krijgen voor AWBZ-behandeling nog steeds een beperkt budget, ook in het zzp-tarief; dit zal vrijwel zeker € 1,45 oftewel ongeveer 7 minuten per patiënt per week bedragen voor advisering door de specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast en daarbovenop hebben de AWBZ-zorgkantoren echter naar verwachting de mogelijkheid om de aanspraak op AWBZ-behandeling die verzorgingshuisbewoners vanaf ZZP3 hebben, voor een groter deel te honoreren met behulp van de inzet van de hierboven al besproken extramurale behandeling. Aan alle consequenties die hier mee samenhangen, besteedt hoofdstuk 3 'Medische zorg in het verzorgingshuis' nader aandacht.

Wie is hoofdbehandelaar en wie medebehandelaar?

Hoofdbehandelaar zijn betekent het geheel van de behandeling overzien en de verantwoordelijkheid hebben voor het overleg met de patiënt. Andere behandelaars overleggen als medebehandelaar met de hoofdbehandelaar en houden die op de hoogte. Bij gebruik van de consultatiefunctie kan de specialist ouderengeneeskunde kortdurend medebehandelaar zijn. Bij extramurale behandeling is soms sprake van een langdurige combinatie van twee behandelaars, huisarts en specialist ouderengeneeskunde, met ieder in principe hun eigen taakgebied en verantwoordelijkheden. In de praktijk zijn die taken en verantwoordelijkheden moeilijk te scheiden. Huisarts en specialist ouderengeneeskunde zullen duidelijk moeten afspreken wie hoofdbehandelaar is en wie medebehandelaar. Die afspraken zijn voor een langere periode te maken. Maar ook tijdelijk, bijvoorbeeld voor een ziekte-episode.

Bij uiterst complexe problematiek, met inzet van meer disciplines, thuis of in het verzorgingshuis kunnen huisarts en specialist ouderengeneeskunde, eventueel in overleg met de verzekeraar, afspreken dat de specialist ouderengeneeskunde - tijdelijk - hoofdbehandelaar wordt terwijl de huisarts zelf de 24-uurs medische zorg blijft doen. Ook met goede afspraken over wie hoofdbehandelaar is en wie medebehandelaar, blijft staan dat de medische zorg dan verdeeld is over meer artsen. Dat kan, zeker naarmate de ZZP-indicatie hoger is en dus de problematiek en zorg complexer, nadelig zijn voor de patiënt. De NVVA dringt aan op een regeling om bij complexe problematiek ook in de extramurale setting, (thuis én in het verzorgingshuis) medische en geriatrische zorg in één hand te houden - dus zowel de specifieke CSLM-behandeling als de 24-uurs medische eerstelijnszorg - en wil graag nader onderzoek naar wat daar de beste vorm voor is.

²⁰ Zorgzwaartepakketten sector V&V oktober 2007.



2.2.6 Dagbehandeling

Behalve de zorg aan huis is er ook dagverzorging door een verzorgingshuis en dagbehandeling en deeltijdbehandeling door een verpleeghuis. Dagbehandeling kan ook gebruikt worden voor uitgebreide diagnostiek, ofwel observatie over een langere periode. Bij dag- of deeltijdbehandeling leveren huisarts en specialist ouderengeneeskunde ieder een deel van de behandeling. De huisarts is verantwoordelijk voor de algemene medische zorg. De specialist ouderengeneeskunde biedt de specifieke behandeling en geeft waar nodig advies aan de huisarts. Er lijken zich rond deze zorgvormen niet veel problemen voor te doen. De taakverdeling is waarschijnlijk goed af te bakenen en de situatie redelijk stabiel. Waar zich problemen voordoen, bijvoorbeeld omdat de zorg thuis voor de partner te zwaar wordt, is aanvulling van de zorg of opname soepel te regelen, door de al bestaande behandelingsrelatie met het verpleeghuis of verzorgingshuis.

2.3 Voorzieningen en financiering eerstelijnszorg

2.3.1 Basisfinanciering

De curatieve eerstelijnszorg wordt geheel gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Dat is een financiering per beroepsgroep.

Huisartsenzorg valt geheel onder de basisverzekering. Alle Nederlanders zijn er verplicht voor verzekerd en hebben volledig recht op deze zorg. In de tariefstructuur voor huisartsen is rekening gehouden met de hogere contactfrequentie van ouderen, een opslag op het inschrijftarief. Er zijn aanvullende modules.

Over contracten, waaronder contracten over aanvullende zorg door de huisarts, onderhandelen de huisartsen per regio met de in die regio preferente zorgverzekeraar. Zij moeten vervolgens zelf regelen dat de met de preferente zorgverzekeraar afgesloten contracten worden gevolgd door 'verre verzekeraars'. Verre zorgverzekeraars kunnen dan eventueel andere voorwaarden stellen voor bijvoorbeeld de prestatie-indicatoren of de wijze van registreren.

Paramedici vallen voor een groot deel buiten het basispakket en zijn dan alleen eventueel verzekerd via de aanvullende verzekering, bijvoorbeeld fysiotherapeuten en logopedisten. Per patiënt moet bekeken worden voor welke zorg die wel en niet verzekerd is. Dat is een rem op integrale zorg.

Als gevolg van de functionele omschrijving van de aanspraken in de Zvw is de huisartsenzorg niet meer voorbehouden aan huisartsen. Zeker in het kader van de complexe ouderenzorg wordt het dan mogelijk dat specialisten ouderengeneeskunde zelfstandig deze eerstelijns medische zorg via de Zvw gaan bieden, thuis of in het verzorgingshuis. Zij kunnen contracten afsluiten met zorgverzekeraars en patiënten kunnen zich dan desgewenst bij hen inschrijven. Dit komt op dit moment in beperkte mate voor. Inzet van specialisten ouderengeneeskunde in het kader van bestaande huisartsenvoorzieningen is een andere vorm voor een zelfde functie.

2.3.2 M&I-modules: extra financieringsmogelijkheden huisartsenzorg

Aanvullende zorg, zorg bovenop het basispakket, en de ontwikkeling van nieuwe zorgproducten kunnen vergoed worden via de modules Modernisering en Innovatie (M&I, Vectiscodes 13.000-serie en 14.000-serie).

De tarieven voor M&I-modules zijn vrij onderhandelbaar. Voor een aantal M&I-modules zijn de te leveren prestaties omschreven (de 13.000-serie). Voor andere modules (de 14.000-serie) kunnen nog niet omschreven prestaties worden voorgesteld. Huisartsen en zorgverzekeraars kunnen daar, liefst gezamenlijk, een voorstel voor doen en een Vektiscode aanvragen.

M&I-module Intensieve zorg

Vektiscodes 13.034-visite dag, en 13.035-visite langer dan 20 minuten overdag, alsook 13.036/37 voor ANW-zorg.

Deze regeling is van toepassing tijdens de wachttijd voor opname in een verpleeghuis en voor terminale zorg thuis. De indicering 'opname in een verpleeghuis' komt als zodanig niet meer voor en is nu gekoppeld aan een indicering voor verblijf met een ZZP van 3 of hoger. Deze extra vergoeding per visite kan gedeclareerd worden tot zes maanden na de indicatiestelling. Na die zes maanden moet opname, conform de wettelijke verplichting, zijn geregeld.

Het probleem met deze module is dat de huisarts niet altijd geïnformeerd wordt over een CIZ-indicatie met verblijf en het daarbij behorende ZZP. De huisarts weet dan niet dat visites gedeclareerd kunnen worden als 'Intensieve Zorg' (Vektiscode 13.034).

Het is wenselijk dat er landelijk of regionaal afspraken komen tussen huisartsenorganisaties en CIZ en/of zorgkantoor over het informeren van huisartsen zodra er een indicatie met verblijf en dus een ZZP wordt afgegeven.

Een nog zwaarder bezwaar is dat deze module niet voorziet in de situatie waarin het Volledig Pakket Thuis wordt geboden en wanneer de patiënt een Persoonsgebonden Budget heeft met de zorgwaarde voor opname in een verpleeghuis.

Bij het Volledig pakket Thuis - voor patiënten met een indicatie voor verblijf die zelfstandig willen blijven wonen - komt de algemene medische zorg ten laste van de Zvw, als huisartsenzorg. Een AWBZ-vergoeding voor die algemene medische zorg is niet mogelijk. Een eventuele AWBZ-behandeling komt ten laste van het budget van de aanbieder. Behandeling valt buiten een Persoonsgebonden budget. Om ook deze vormen van intensieve zorg goed te regelen, zijn nadere afspraken nodig tussen de huisartsenkring, de preferente zorgverzekeraar en het zorgkantoor.

M&I-module Voorschrijfcoördinatie/polyfarmacie

(Vektiscode 13.049)

Voorwaarde voor toekenning van deze module is dat huisarts en apotheek op gestructureerde wijze de hele medicatie van patiënten met meer dan zes (en minder dan achttien) geneesmiddelen beoordelen en waar nodig wijzigen. In hoofdstuk 4 is een werkwijze hiervoor beschreven.

M&I-module Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis

(Vektiscode 13.043)

Om de organisatie en samenwerking tussen huisartsenzorg en verzorgingshuis te stimuleren, is de M&I-module Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis beschikbaar. Wanneer aan de voorwaarden van deze module is voldaan, krijgen de be-

trokken huisartsen een opslag per kwartaal voor de bij de praktijk ingeschreven bewoners van het verzorgingshuis waarmee structurele samenwerkingsafspraken zijn gemaakt en die verzekerd zijn bij de zorgverzekeraars waarmee een contract voor deze module is gesloten. Dat kan ook een vergoeding op verrichtingenbasis zijn (13.000-serie) of volgens de M&I 14.000-serie. Dit ligt aan de afspraak met de zorgverzekeraar.

De voorwaarden die de NZa stelt voor toekenning van deze module zijn:

- er is voorzien in een structuur en procedure voor spreekuur- en visiteaanvragen;
- er zijn met de huisarts en het verzorgingshuis afspraken gemaakt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid;
- het verzorgingshuis biedt facilitaire voorzieningen, ruimte en ICT-aansluitingen voor het spreekuur;
- er is personele ondersteuning vanuit het verzorgingshuis tijdens spreekuur en visite;
- er zijn afspraken over gestructureerd periodiek overleg;
- er zijn afspraken over medicatiebeleid en borging van het farmaceutische proces;
- de huisartsenzorg wordt efficiënt georganiseerd en geleverd op basis van een overeenkomst tussen huisartsen(groep) en verzorgingshuis, conform de modelovereenkomst (2009) van LHV en ActiZ. Deze is beschikbaar op de LHV-website.

Het toekennen van de module moet zijn vastgelegd in het contract tussen zorgverzekeraar en huisartsenpraktijk. Zorgverzekeraars kunnen eigen voorwaarden stellen en doen dat ook vaak. Voor een eerste toekenning van de module kan het afsluiten van de samenwerkingsovereenkomst tussen huisartsen en verzorgingshuis met een plan van aanpak voor het realiseren van alle voorwaarden voldoende zijn. Verzekeraars kunnen daarbij ook extra voorwaarden stellen, bijvoorbeeld:

- een beperkt aantal huisartsen - twee à vier - per verzorgingshuis, afhankelijk van de grootte van het huis en/of de zorgwaarde;
- beschikbaarheid van het elektronisch patiëntendossier (EPD), gebruik van de ICPC-codes, beschikbaarheid van het dossier voor waarnemers;
- gebruik van het EVS;
- informatie aan patiënten.

Voor toekenning van de module voor een langere termijn kunnen gefaseerd aanvullende afspraken een voorwaarde zijn, bijvoorbeeld het hebben van gezamenlijke protocollen voor een aantal omschreven onderwerpen.

De regionale ondersteuningsstructuur (ROS) en de huisartsenkring kunnen informatie geven over het beleid van de preferente zorgverzekeraar in de regio en de voorwaarden die deze stelt.

Nieuwe modules?

Integrale zorg voor ouderen met complexe problematiek wordt met deze modules gedeeltelijk voor de huisarts vergoed. Er ontbreken bijvoorbeeld nog regelingen voor:

- preventief consult;
- behandelcoördinatie (regie) complexe zorg;
- het organiseren van de samenwerking voor thuiswonende patiënten.

Deze Handreiking toont het belang van deze zorgtaken door de huisarts op vele plaatsen aan. Ook voor deze taken moeten er regelingen komen. Dat zou kunnen in weer nieuwe modules. Daarvoor ontwikkelen LHV en NHG al voorstellen. Dit worden dan nieuwe zorgproducten die wel of niet kunnen worden ingekocht.

Of wordt het tijd voor een integrale productieafspraken? Een soort DBC Integrale ouderenzorg bij complexe problematiek waarin al deze losse modules en nog ontbrekende regelingen worden opgenomen? Het beleid van het ministerie van VWS is gericht op het versterken van ketenzorg. Een keten (plus bekostiging) voor integrale ouderenzorg zou daar goed in passen.

2.3.3 Modules voor multidisciplinaire zorg

Voor eerstelijns samenwerkingsverbanden zijn twee modules beschikbaar ter financiering van integrale zorg. Er is een regeling voor vergoeding van de extra organisatiekosten voor het leveren van integrale zorg en een regeling voor het ontwikkelen van nieuwe zorgproducten. Niet de samenwerking zelf, maar de nieuwe zorgprestatie dankzij de samenwerking komt in aanmerking voor vergoeding.

Module Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten

(NZa-Beleidsregel 7000-3.0 en prestatieregels 7000-1900-07-2 en 7100-1900-07-2)

Dit is een financiering voor de extra kosten van een geïntegreerd multidisciplinair zorgaanbod. De regeling is beschikbaar voor een samenwerkingsverband waarin een aantal beroepsbeoefenaren uit de eerstelijnsgezondheidszorg structureel met elkaar samenwerkt. Er is in elk geval sprake van samenwerking tussen een zorgaanbieder die huisartsenzorg verleent of kan verlenen met een of meer zorgaanbieders die andere zorg verlenen. Zij leveren gezamenlijk een geïntegreerd, op elkaar afgestemd en doelmatig zorgaanbod. Er is geen 'recht' op deze module en er zijn geen vaste bedragen aan gekoppeld. Het samenwerkingsverband moet over toekenning van deze module onderhandelen en afspraken maken met de (preferente) zorgverzekeraar. Er is geen verplichting voor andere zorgverzekeraars die afspraken over te nemen. De verwachting is dat dat als regel wel zal gebeuren. De vergoeding is een opslag op het inschrijftarief per huisarts. Dat vraagt nadere onderlinge afspraken als die vergoeding voor het samenwerkingsverband als geheel wordt aangewend.



Via deze module kan het samenwerkingsverband kosten doorberekenen die nodig zijn om de afgesproken resultaten te bereiken. Het gaat hierbij om onder meer kosten voor coördinatie en management, extra tijd en personele bezetting, extra huisvestingskosten en ICT. Deze financieringsmodule is mede bedoeld om als samenwerkingsverband te kunnen uitgroeien tot een stevige organisatie die gericht is op de toekomst en op termijn meer zorgtaken kan gaan uitvoeren.

De voorwaarden voor toekenning van deze module zijn beschreven in de NZa-Beleidsregel 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijns zorgproducten'. Zie website NZa. Om voor die financiering in aanmerking te komen, moet er een door de ziekte-kostenverzekeraar en zorgaanbieder schriftelijk ondertekende overeenkomst zijn waarin zijn opgenomen:

- concrete omschrijving van het nieuwe, geïntegreerde zorgproduct (wat krijgt de patiënt aan zorg?). Dit in de vorm van een zorgaanbodplan waarin wordt beschreven:
 - zorgaanbod: welke disciplines zijn betrokken, met aantallen en formatie en zorgprogramma;
 - organisatie en regie: hoe wordt gegarandeerd dat geïntegreerde zorg ook werkelijk wordt geleverd;

- het tarief dat hiervoor is afgesproken en indien van toepassing de deeltarieven die aan onderdeclaranten worden vergoed;
- informatie over de wijze waarop de zorg wordt uitgevoerd en geëvalueerd;
- één hoofdcontractant; alle declaraties moeten via één instantie verlopen.

Verzekeraars kunnen aanvullende eisen stellen en alle grote verzekeraars hebben inmiddels een beleidskader voor vergoedingen voor de geïntegreerde eerste lijn.

Aanvullende eisen van verzekeraars zijn bijvoorbeeld:

- minimaal aanwezige disciplines;
- hoofddeclarant is een rechtspersoon;
- eisen ten aanzien van kwaliteitszorg en certificering/accreditatie;
- verplichte zorgproducten bijvoorbeeld binnen drie jaar voldoen aan de 'schijf van vijf' die bestaat uit:
 - verplichte onderdelen zoals: diabetes, astma/COPD, cardiovasculair risicomanagement;
 - afgestemd op kenmerken en zorgvragen van de populatie, inclusief GGZ-problematiek;
 - doelmatigheid: voorschrijven en verwijzen;
 - patiëntgerichtheid: service, inbreng van patiënten en communicatie;
 - innovatie.

Deze regeling heeft veel flexibiliteit, maar ook een grote mate van onzekerheid en eigen risico. Een samenwerkingsverband dat plannen heeft om van deze regeling gebruik te gaan maken, doet er verstandig aan al in een vroeg stadium hierover te gaan overleggen met de ROS voor ondersteuning en met een of meer zorgverzekeraars. Deze Beleidsregel zal gelden tot 1-1-2010, daarna zal er een nieuw bekostigingssysteem komen.

Module Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten

NZA-beleidsregel CV-7000-4.0.-1 en prestatiebeschrijving 7200-1900-07-2. Deze regeling biedt financieringsmogelijkheden voor het ontwerpen van een nieuwe multidisciplinaire zorgprestatie rondom het zorgproces van een patiënt met een betere prijskwaliteitsverhouding. Het gaat om een nieuw innovatief zorgaanbod, waarvoor nog geen tarieven beschikbaar zijn. Vergoeding moet vooraf bij de NZa worden aangevraagd en wordt voor maximaal drie jaar toegekend. Financiering voor het ontwikkelen van een nieuwe keten-DBC kan bijvoorbeeld via deze module worden aangevraagd. Deze regeling is de opvolger van flex-zorg en Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering (RIZ). De eisen die aan het samenwerkingsverband worden gesteld zijn vergelijkbaar met de eisen voor geïntegreerde eerstelijnszorgproducten. Een samenwerkingsovereenkomst met de zorgverzekeraar alleen is onvoldoende. De NZa beoordeelt de aanvraag ook nog.

Extra eisen bij de beoordeling zijn:

- beperkt zijn tot een specifiek zorgproduct of dienst; het niet gelijktijdig op landelijk niveau betrokken zijn van alle ziektekostenverzekeraars en alle zorgaanbieders;
- niet louter tot doel hebben over te gaan op vrije tarieven;
- controleerbare en verifieerbare resultaten opleveren in de testomgeving.

De Beleidsregel en een format voor het aanvragen van deze module zijn te vinden op de NZa-site. Ook hierover kan de ROS nadere informatie geven en zo nodig ondersteuning bieden bij het opzetten van de innovatie.

2.4 Ouderenzorg in de toekomst

2.4.1 Toekomstscenario's

Dat de huidige vorm van ouderenzorg moet veranderen, is wel duidelijk. En ook duidelijk is dat die veranderingen al volop in uitvoering zijn. Veel minder duidelijk is welke richting die veranderingen op gaan en wat het eindplaatje moet zijn. Er zijn meer scenario's mogelijk. Welke kant het op gaat hangt samen met ontwikkelingen in het verzekeringsstelsel en ontwikkelingen in de visie op zorg, de professionele dimensie. In welke mate heeft het verzekeringsstelsel een publieke oriëntatie - nadruk op regulering door de overheid op solidariteit - of een private oriëntatie - nadruk op marktwerking en eigen verantwoordelijkheid van individuen? Bij de professionele dimensie gaat het om de vraag waar het zwaartepunt van de zorg komt te liggen. Is dat een gerichtheid op ziekte of op welbevinden?

De rol van de eerste lijn zal het grootst zijn bij de combinatie van een publieke oriëntatie en gerichtheid op welbevinden. Als de oriëntatie meer komt te liggen op ziektegerichtheid en marktwerking zullen er waarschijnlijk allerlei vormen van (klinische) zorgarrangementen ontstaan, waar mensen zich apart voor kunnen verzekeren.²¹ Het probleem wordt voor de eerste lijn dan waarschijnlijk alleen maar groter. De eerste lijn houdt immers de zorg voor de mensen voor wie dat soort arrangementen niet bereikbaar zijn. Dit zal een verdere verschralling van de basisvoorzieningen tot gevolg hebben. Een 'beetje meesturen' van de ontwikkeling kan door juist nu initiatieven te nemen om de eerste lijn te versterken.

2.4.2 Toekomst AWBZ

De discussie over de toekomst van de AWBZ past in de discussie over publieke en private oriëntatie. Het gewenste eindplaatje is onduidelijk. In de huidige regeerperiode zal alleen de geriatrische revalidatie vanuit de AWBZ overgeheveld worden. Overheveling van bijvoorbeeld alle behandelenzorg of de hele ouderenzorg naar de Zvw zijn voorlopig niet aan de orde. De huidige Zvw biedt wel, door de functionele omschrijving van zorg-

²¹ STG/Health Management Forum 2007.



producten, nu al mogelijkheden voor specialisten ouderengeneeskunde om een aanbod van algemene medische zorg buiten het verpleeghuis te doen. De initiatieven zijn er voor eerstelijnscentra waarbinnen de specialist ouderengeneeskunde en gespecialiseerde zorg voor ouderen integraal onderdeel zijn van het zorgaanbod. Indien patiënt, zorgverzekeraar en specialist ouderengeneeskunde dit overeenkomen kan de specialist ouderengeneeskunde ook op zichzelf via de Zvw de 24-uurs medische zorg aan de patiënt bieden. Dit kan zowel thuis als in het verzorgingshuis.

Met de toename van extramurale AWBZ-zorg komt ook de regeling voor scheiding van curatieve en AWBZ-behandeling in de thuissituatie ter discussie te staan. In het verpleeghuis zijn curatieve basiszorg - huisartsenzorg - en specifieke AWBZ-behandeling in één hand.

Waarschijnlijk is dat dan ook wenselijk respectievelijk noodzakelijk als deze zelfde patiënten niet in het verpleeghuis maar thuis of in het verzorgingshuis wonen. Er verschillende opties om de inzet van geriatrische expertise in de eerstelijns te realiseren:

- huisarts als eerste behandelaar: de huisarts verwijst naar en raadpleegt geriatrische disciplines;

- de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn: de specialist ouderengeneeskunde vervult tevens de medische eerstelijnsfunctie, huisartsenzorg;
- een cluster ouderenzorg, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater en ouderenpsychiater, is verantwoordelijk voor alle geriatrische functies in de thuissituatie, soms inclusief de 24-uurs medische zorg.

Er is nader onderzoek nodig naar welke optie wanneer het best passend is.²²

2.4.3 Eerstelijns zorgprogramma's voor geïntegreerde ouderenzorg?

Zorgprogramma's zijn al bekend voor diabetes, COPD en andere chronische ziekten. De programma's zijn tot nu toe ziektespecifiek. Zorgprogramma's zijn een volledig aanbod, met de zorgverzekeraars worden prijsafspraken gemaakt voor het totale pakket. Deze programma's worden georganiseerd vanuit zorggroepen, veelal een grootschalig samenwerkingsverband van huisartsen, die als facilitaire ondersteuner optreedt of als hoofdcontractant. De zorggroep maakt afspraken met andere zorgverleners over het aandeel dat die leveren in het totaal van het programma.

De meeste huisartsen zijn inmiddels aangesloten bij een zorggroep. Deze organisatievorm zou ook heel goed gebruikt kunnen worden voor een aanbod complexe ouderenzorg. De programma's voor diabetes en COPD zijn ontstaan doordat huisartsen er kleinschalig mee zijn gaan experimenteren. Daar zijn, gesteund door NHG-Standaarden en literatuur, inhoud en werkwijzen ontwikkeld. Een dergelijke gang van zaken zal ook nodig zijn voor het tot stand komen van integrale programma's voor ouderen. Deze Handreiking kan daar een basis voor bieden.

Het is wel een dilemma voor huisartsen: wachten ze tot er een passende financiering is of nemen ze zelf het initiatief om ermee te bereiken dat er een regeling komt?

De beleidsvoornemens van de Minister van VWS voor de curatieve zorg lijken goede kansen te bieden voor het tot stand brengen van dergelijke zorgprogramma's. Die voornemens zijn onder meer:

- een functionele bekostigingsstructuur voor een deel van de eerstelijns zorg;
- het weghalen van de schotten in de financieringsstructuur tussen M&I-modules bij huisartsen en DBC B segment uit het ziekenhuisaanbod, ofwel de in prijs vrij onderhandelbare DBC's;
- de wens tot (meer) ketenzorg, bijvoorbeeld een programma ouderenzorg bij complexe problematiek als integraal aanbod met ook een integrale financiering.

Voor de combinatie van beleidsvoornemens kan een stimulans zijn voor het tot stand komen van meer samenhang in de zorg voor ouderen.

²² Opties ontleend aan 'Wensen verpleeghuisartsen Programma Ouderenzorg', ZonMW 2008.



3 Medische zorg in het verzorgingshuis

De zorgwaarde in het verzorgingshuis neemt toe. Gelijktijdig is sprake van een verschraving van de zorg. Er zijn minder gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgden in het verzorgingshuis aanwezig en er is veel onduidelijkheid over 'aanvullende zorg', dat wil zeggen AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis. De zorgdruk is daardoor groot, voor alle betrokkenen. Dit hoofdstuk beschrijft hoe een goede organisatie de medische zorg in het verzorgingshuis kan bevorderen. Aan de orde komen de organisatie van de huisartsenzorg, de inzet van (praktijk)verpleegkundigen, medische zorg bij tijdelijke opname en de bijdragen die specialisten ouderengeneeskunde kunnen leveren.

3.1 Organisatie huisartsenzorg in het verzorgingshuis

3.1.1 Medische zorg in het verzorgingshuis

De huisarts is verantwoordelijk voor de medische eerstelijnszorg, ook in het verzorgingshuis, en samen met de apotheker voor de farmaceutische zorg. Door de complexiteit van de zorg zal de patiënt in verzorgingshuizen relatief vaak een beroep doen op consultatie en eventuele behandeling door een specialist ouderengeneeskunde, of op een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, voor psychische en psychiatrische problematiek. Het is de taak van de huisarts dat alles tot een samenhangend geheel te maken. Dat stelt hoge eisen aan afstemming en samenwerking. De gangbare werkwijzen binnen de huisartsenpraktijk zijn niet toereikend bij complexe zorg en bij zorg voor bewoners van een verzorgingshuis komen daar nog extra zaken bij. Specifiek voor het verzorgingshuis zijn:

Regie door huisarts én verzorgingshuis

Bij complexe zorg neemt de huisarts de regierol op zich voor het organiseren van een proactief en samenhangend beleid. Het initiatief voor contact met de huisartsenpraktijk blijft voor een groot deel liggen bij de patiënt zelf of diens naaste. In het verzorgingshuis zijn veel bewoners daar niet meer of in mindere mate toe in staat. Zij dragen dat deel van de zorg over aan het verzorgingshuis. Verzorgenden signaleren medische problemen en nemen daarover contact op met de huisartsenpraktijk. Er moeten goede afspraken zijn tussen huisartsen en verzorgingshuis hoe die regie te verdelen, wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is. Bijvoorbeeld afspraken over het aanvragen van spoedvisites of het delegeren van voorbehouden handelingen. Voorbeelden van dergelijke afspraken zijn te vinden op de LHV website.

Een gecombineerd zorg- en behandelplan

Zowel voor de zorg door het verzorgingshuis als voor het medisch beleid door de huisarts dient er een lange-termijnbeleid te zijn met duidelijke doelen en afspraken over wie

welke zorg of behandeling levert. Deze doelen en afspraken worden vastgelegd in een zorg/behandelplan. Het zorg/behandelplan omvat:

- de diagnose en zorgbehoeften;
- de hoofddoelstellingen van de zorg als geheel;
- de uitwerking van die hoofddoelstellingen door de huisarts in het medisch behandelplan, waarin medicaties, controles, paramedische behandeling, verpleegkundige handelingen op indicatie van de huisarts etc.;
- de uitwerking van de hoofddoelstellingen door het verzorgingshuis in het zorgplan, waarin verzorging, begeleiding, activering, welzijn en dergelijke;
- ijkmomenten voor de evaluatie en wijze van evaluatie.

Het zorg/behandelplan stelt concrete doelen, zodat de voortgang te volgen is en de plannen waar nodig zijn bij te stellen. Dat vraagt periodiek overleg tussen alle betrokken hulpverleners, het multidisciplinair overleg (MDO). De betrokkenheid van de huisarts in dit overleg moet geregeld zijn. Huisartsen zien het MDO vaak als een veel tijd vragende extra belasting. Dat kan het zijn als het MDO niet goed georganiseerd wordt. Bij goede organisatie is juist tijdswinst te halen, ook voor de huisarts, omdat het ondersteuning biedt voor een pro-actief beleid. Het efficiënt organiseren van een MDO betekent goede voorbereiding, een duidelijk doel en afspraken over het vervolgbeleid, afspraken wanneer de huisarts wel of niet bij het MDO aanwezig is en afspraken over welke informatie schriftelijk gaat. Een POH-ouderenzorg kan daar een zinvolle rol bij spelen. De Handreiking komt hier nog op terug.

Samenwerkingsafspraken zijn noodzakelijk

Deze afspraken en regelingen mogen niet vrijblijvend zijn. Er is een samenwerkings-overeenkomst nodig tussen verzorgingshuis en huisartsen waarop beide partijen aanspreekbaar zijn.

3.1.2 Beperking van het aantal huisartsen per verzorgingshuis als voorwaarde

Deze werkwijzen en samenwerkingsafspraken zijn niet mogelijk als een groot aantal huisartsen de medische zorg leveren. Het maken van afspraken over regie en afstemming tussen zorg en medisch beleid wordt dan lastig en bewaking van de naleving haast ondoenlijk. Met een beperkt aantal huisartsen per verzorgingshuis zijn zowel een belangrijke kwaliteitswinst te halen als meer efficiëntie, ook voor de huisartsen zelf.

Het heeft de voorkeur dat de huisartsen binnen een verzorgingshuis afkomstig zijn uit één niet te grote hagro, een HOED of een eerstelijnscentrum in de wijk waar ook het verzorgingshuis ligt. Een stappenplan voor het beperken van het aantal huisartsen per verzorgingshuis is te vinden in bijlage 1.

3.1.3 Ondersteuning door kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde

Kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde hebben een voortrekkersrol bij het structureren van de medische zorg in verzorgingshuizen. Zij kunnen advies geven bij het maken van de samenwerkingsafspraken en verzorgen zo nodig scholing aan collega's, praktijkondersteuners, verpleegkundigen, praktijkassistenten en verzorgenden.

Het is dus verstandig om vanaf de eerste plannen voor het structureren van de medische zorg in het verzorgingshuis daar zo mogelijk een kaderhuisarts bij te betrekken. Zie bijlage 3 voor hoe die te bereiken zijn.

3.2 Samenwerkingsafspraken huisartsenzorg - verzorgingshuis

3.2.1 Te maken afspraken volgens de NZA-voorwaarden

Wat moeten huisartsen en verzorgingshuis allemaal regelen? Als eerste komen de samenwerkingsafspraken aan bod die minimaal geregeld moeten zijn om (volgens de NZA-voorwaarden) in aanmerking te komen voor de module 'Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis'. Daarna volgt een aantal aanvullende afspraken. Deze worden door sommige zorgverzekeraars nu al als voorwaarden voor toekenning van deze M&I-module gesteld. Zie hoofdstuk 2 voor nadere uitleg over die modules. Afspraken over medicatiebeleid en borging van het farmaceutische proces, eveneens een NZA-voorwaarde, worden in het volgende hoofdstuk uitgewerkt.

Structuur en procedure voor spreekuur- en visiteaanvragen (NZA-eis)

In veel huisartsenpraktijken is het instroommanagement goed geregeld en doet de assistente de triage en inplanning van de aanvragen. Die werkwijze is niet zomaar over te planten naar het verzorgingshuis. Aanvragen voor spreekuur of visite worden in veel gevallen door verzorgenden gedaan. Of, zowel de bewoner zelf als de verzorgenden doen een aanvraag en soms bellen meer verzorgenden over dezelfde vraag. Triage door de assistente is dan lastig. Er is te weinig informatie over de situatie van de bewoner en de achtergronden van de aanvraag. Voor verzorgenden is het niet goed werkbaar als aanvragen alleen op bepaalde uren kunnen worden gedaan. Dat zijn vaak de ochtenduren en dat zijn voor verzorgenden zelf spitsuren. Verzorgingshuisbewoners kunnen moeilijk naar de praktijk komen. Het aantal visites is daardoor, zonder nadere afspraken, groot. Dat knelt eens te meer als die visites medisch gezien niet noodzakelijk waren. Die knelpunten zijn te verminderen door afspraken te maken over:

- wie de aanvraag doet vanuit het verzorgingshuis; wie (met inachtneming van de autonomie van de bewoner zelf) bevoegdheid heeft de huisarts in te schakelen;
- wat de huisarts wil weten bij een visiteaanvraag;

- bij wie de aanvraag binnenkomt: de assistente of een POH als schakel tussen huisartsenpraktijk en verzorgingshuis;
- wel of geen huisartsenspreekuur in het verzorgingshuis en, bij de keuze voor zo'n spreekuur, hoe de instroom geregeld wordt en welke rol verzorgenden daarbij hebben.

Wie doet de aanvraag vanuit het verzorgingshuis

Opties zijn de contactverzorgende of de teamcoördinator. Voor beide opties geldt dat zij een eerste vorm van triage doen en daarvoor geschoold moeten zijn. Zij moeten weten bij welke symptomen de huisarts de patiënt moet zien, hoeveel urgentie dat heeft en welke informatie zij zelf kunnen verzamelen en moeten doorgeven bij hun aanvraag. Die deskundigheid is gemakkelijker te realiseren voor een beperkt aantal personen. De optie om de aanvraag via de teamcoördinator te laten lopen heeft daarom de voorkeur. Die optie stuit soms op praktische bezwaren, waaronder beperkte aanwezigheid van de teamcoördinator, of een expliciete keuze van het verzorgingshuis om deze verantwoordelijkheid bij de contactverzorgende te leggen en als die afwezig is bij de dan verantwoordelijke verzorgende.

Als het verzorgingshuis voor deze tweede optie kiest, heeft het ook de verantwoordelijkheid alle (contact)verzorgenden te scholen voor het goed kunnen beoordelen van een aanvraag voor een spreekuurbezoek of visite.

Vragen over de medische zorg en signalen zullen ook van familieleden komen. Bij verschraving van de zorg zal dat steeds vaker het geval zijn. Er moet een beleid zijn over hoe daarmee wordt omgegaan. Geeft het verzorgingshuis deze vragen en signalen door aan de huisarts - en is er ook een borging voor dat dit gebeurt - of wordt de familie geadviseerd zelf in contact te treden met de huisartsenpraktijk?

Wat wil de huisarts weten

Huisartsenpraktijken zelf moeten aangeven welke informatie belangrijk is bij het aanvragen van een spreekuurcontact en visite. Huisartsenpraktijken kunnen daar via scholing ondersteuning bij bieden. In dit hoofdstuk later meer aandacht voor scholing.

Bij wie komt de aanvraag binnen?

De aanvraag zal als regel bij de praktijkassistenten binnenkomen. Zij moeten dus goed op de hoogte zijn van de afspraken die hierover met het verzorgingshuis zijn gemaakt. Er loopt een aantal projecten waarbij de aanvraag uit het verzorgingshuis niet binnenkomt bij de assistenten maar bij een praktijkondersteuner (POH) of een nurse practitioner huisartsenzorg (NPH). Zij beoordelen in eerste instantie de aanvraag en bekijken of zijzelf de vraag kunnen beantwoorden of dat deze naar de huisarts moet. Die optie wordt later in dit hoofdstuk verder uitgewerkt, bij de ondersteuning door verpleegkundigen in het

verzorgingshuis. Een argument voor een verpleegkundige als schakel tussen verzorgingshuis en huisartsenpraktijk is dat vragen uit het verzorgingshuis vaak zowel een medische als een zorgvraag bevatten. Een verpleegkundige kan hier een eerste schifting in maken.

Spreekuren in het verzorgingshuis

Omdat bewoners van een verzorgingshuis in veel gevallen niet naar het spreekuur op de praktijk kunnen komen en visites tijdrovend en niet altijd geïndiceerd zijn, kan een huisartsenspreekuur in het verzorgingshuis uitkomst bieden. Een bezwaar voor dergelijke spreekuren kan een te lage drempel zijn en daarmee onnodige zorg. Dit is te voorkomen door goede afspraken te maken met het verzorgingshuis over het inplannen van deze spreekuren. Het spreekuur moet geen open 'inloopspreekuur' zijn. Er dient vooraf een afspraak te worden gemaakt via de teamcoördinator of contactverzorgenden of via de huisartsenpraktijk. Als het maken van afspraken voor het spreekuur verloopt via teamcoördinator of contactverzorgenden moeten die goed geïnstrueerd zijn over de wijze van triage voor deze spreekuren.

Als richtsnoer voor wenselijkheid en haalbaarheid van een huisartsenspreekuur in het verzorgingshuis kan worden uitgegaan van gemiddeld 10 contacten per week per 100 bewoners.²³ Dergelijke spreekuren kunnen (deels) worden gedelegeerd aan een POH of een NPH.

Bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenzorg (NZa-eis)

Bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk kan lastig zijn als medewerkers van het verzorgingshuis alleen kunnen bellen via de patiëntenlijn en op beperkte tijden.

Afspraken zijn nodig over:

- hoe de huisartsenpraktijk overdag is te bereiken;
- hoe over en weer bij noodsituaties wordt gereageerd;
- hoe de waarneming is geregeld voor avond-, nacht- en weekenddiensten, welke informatie op de huisartsenpost aanwezig is of hoe de waarnemer wordt geïnformeerd bij waarneming in kleinschalig verband;
- hoe en wanneer de huisarts beschikbaar is voor overleg over individuele patiënten.

Facilitaire voorzieningen (NZa-eis)

Afspraken hierover moeten in elk geval gemaakt worden als er besloten is tot huisartsensprekken in het verzorgingshuis. De voor een spreekuur benodigde faciliteiten zijn:

- artsenkamer met voldoende onderzoeks- en behandelingsfaciliteiten;
- onderzoekkamer c.q. behandelkamer, eventueel te combineren met assistentenkamer
- telefoon, computer met HIS

²³ Deze richtsnoer is gebaseerd op pilots uit het project 'Gedeelde zorg'. RIGO 2002.

kunnen inloggen op eigen HIS (+ administratieve verwerking achteraf), beschikbaarheid van een printer;

- voorzieningen voor registratie in het zorgdossier. Hierop wordt nog teruggekomen.
- Investeren in facilitaire voorzieningen ten behoeve van spreekuren in het verzorgingshuis wordt zinvol als een huisarts voldoende patiënten in het desbetreffende verzorgingshuis heeft. Zoals eerder is aangegeven is een spreekuur van gemiddeld 10 contacten per week per 100 bewoners een goede indicatie.

Personele ondersteuning vanuit het verzorgingshuis tijdens spreekuur en visite (NZA-eis)

Geregeld moet zijn dat het verzorgingshuis voldoende ondersteuning aan de huisarts biedt bij spreekuren en visites.

Ondersteuning bij het spreekuur

In het verzorgingshuis mist de huisarts de ondersteuning door een assistente die in de eigen praktijk gangbaar is. Het verzorgingshuis kan die ondersteuning bieden door een verzorgende daarvoor vrij te maken. Die verzorgende is dan tijdens het hele spreekuur beschikbaar en komt in de rol van praktijkassistente. Voldoende scholing vooraf is een voorwaarde. Onder die voorwaarden kan deze variant goed functioneren.

Een andere mogelijkheid is de afspraak dat een (contact)verzorgende de patiënt vergezelt bij bezoek aan het spreekuur. De positie van die verzorgende is dan vaak niet helder. Is zij bij het consult aanwezig of 'brengt en haalt' ze alleen de patiënt? Voor huisartsen is niet duidelijk wat zij kunnen vragen als ondersteuning aan een verzorgende die de patiënt begeleidt en voor verzorgenden is het moeilijk eigen grenzen aan te geven. Die onduidelijkheid leidt tot fricties.

Het derde alternatief is dat de huisarts een eigen assistente meeneemt voor deze spreekuren. Dat heeft voordelen. De assistente is geschoold in deze taken. De afbakening tussen de taken van de praktijkassistente en de verzorgenden is duidelijk. Dat geeft minder wrijving. Met het verzorgingshuis kan worden afgesproken deze extra inzet van eigen assistentie door de huisartsenpraktijk te 'compenseren' in andere afspraken, bijvoorbeeld bij de inzet van een verpleegkundige. De assistente kan vooral veel voorbereidend werk doen. Bijvoorbeeld coördinatie van het spreekuur, herhalingen medicatie voorbereiden, hulpvraag verhelderen, informatie opvragen van de verzorging, behandelingen voorbereiden (zoals een ingreep), controle chronische patiënten, etc. Ondersteuning door een POH is ook nog een optie. Daarop wordt later in dit hoofdstuk teruggekomen.

Ondersteuning bij visites

Bij goede organisatie van de spreekuren zijn er beduidend minder visites nodig en vooral acute visites. De werklust van de resterende visites is verder terug te brengen door betere

organisatie en ondersteuning. Dit vraagt:

- afspraken over aanvraag visite en selectie;
- afspraken over de rol van de contactverzorgende/teamcoördinator bij visite
 - overleg vooraf/achteraf;
 - wanneer wel/niet aanwezig bij visite;
 - ondersteuning van de huisarts tijdens de visite en afhandeling.

De huisarts die een visite gaat doen, meldt zich bij de receptie. De contactverzorgende/teamcoördinator wordt geïnformeerd, zodat hij of zij volgens de afgesproken procedure met de huisarts kan overleggen. Het zorgdossier ligt klaar op het appartement van de bewoner. De huisarts vult de relevante bevindingen in, of spreekt met de verzorgende/teamleider af dat hij of zij dat doet. Dit soort afspraken werkt alleen bij goede tijdsplanning en als de huisarts zich houdt aan de planning, zodat de contactverzorgende de arts ook ziet.

Het tijdsbeslag wordt voor het verzorgingshuis niet groter, omdat overleg met de huisarts meer gestructureerd verloopt. Dit werkt efficiënter.

Follow-up beleid

In de 'normale' huisartsenpraktijk is de patiënt zelf verantwoordelijk voor het nakomen van de afspraken, het gebruik van de voorgeschreven medicatie en dergelijke. De verzorgingshuisbewoner deelt deze verantwoordelijkheid in veel gevallen met het huis. De huisarts moet daarop inspelen. Daar staat tegenover dat de huisarts de verzorgende kan inschakelen bij het uitvoeren van het ingezette beleid. Bijvoorbeeld voor:

- instructie over het gebruik van de voorgeschreven medicatie;
- het informeren van de familie;
- het regelen van specialistenbezoek;
- het delegeren van medische handelingen.

Gestructureerd periodiek overleg (NZA-eis)

Er is gestructureerd overleg nodig over individuele patiënten en over het medisch beleid.

Overleg over individuele bewoners

Te maken afspraken voor overleg over individuele bewoners zijn:

- wie binnen het verzorgingshuis aanspreekpunt is voor de huisarts per patiënt, en hoe die contactpersoon is te bereiken;
- wat de betrokkenheid van de huisarts is bij het opstellen van het zorgplan en bij het MDO;
- hoe verzorgenden worden geïnformeerd over het medisch behandelingsplan;
- hoe tussentijds overleg per patiënt plaatsvindt tussen huisartsenpraktijk en verantwoordelijke verzorger/ teamleider.

Het moet voor de huisartsen duidelijk zijn wie de eerstverantwoordelijke medewerker is voor hun patiënten. Dit moeten ze in hun HIS opnemen. Deze medewerker bewaakt dat de huisarts alle benodigde informatie krijgt over zorgplannen per patiënt en bijstellingen van het zorgplan via het zorgdossier.

Verzorgingshuizen zullen door de toename van de zorgwaarde voor steeds meer bewoners een zorgplan maken. De huisarts is meestal niet betrokken bij het opstellen en evalueren van het zorgplan. Zolang de problematiek niet complex is, is dit geen bezwaar. Er dient uiteraard wel goede informatie-uitwisseling plaats te vinden. Huisartsen krijgen inzage in het zorgplan en de ontwikkelingen daarin. Dit kan via het zorgdossier.

Bij complexe zorg wordt er een gecombineerd zorg/behandelplan gemaakt. De hoofd-doelstellingen voor de zorg en behandeling worden gezamenlijk vastgesteld. De huisarts vult de medische behandeldoelen nader in (welke medische zorg, met welk doel, door wie uit te voeren) en het verzorgingshuis de overige zorgdoelen.

Het zorg/behandelplan bevat ijkmomenten voor evaluatie en eventuele bijstelling van het plan.

In het zorg/behandelplan worden alleen die medische gegevens opgenomen - en met toestemming van de patiënt - die nodig zijn voor uitvoering van het zorg/behandelplan. De huisarts vermeldt de instructies voor verzorgenden, op basis van het behandelingsplan, wel altijd in het zorgdossier. Betrokkenheid van de huisarts bij het opstellen en evalueren van het zorg/behandelplan zijn instrumenten voor de huisarts voor het invullen van de regie. De huisarts biedt, op verzoek van de eerstverantwoordelijke medewerker, ruimte voor overleg als aanvulling op de communicatie via het zorgdossier.

Overleg over medisch beleid, inclusief kwaliteitsbeleid

Dit is een activiteit voor de wat langere termijn. Daarmee wordt een start gemaakt zodra alle organisatorische afspraken goed geregeld zijn. Voorbeelden van afspraken over medisch beleid zijn:

- protocollen voor de zorg aan bepaalde patiëntengroepen of bij bepaalde problematiek: diabetes, reuma, decubitus, pijnbestrijding, urineweginfecties, obstipatie;
- protocollen infectiepreventie en hygiëne;
- farmacotherapiebeleid, zie hoofdstuk 4;
- afspraken over medische zorg rond het levenseinde, beleid rond wel/niet reanimeren;
- delegatie van medische taken, zie verderop in dit hoofdstuk;
- afspraken over de betrokkenheid van huisartsen bij Melding Incidenten Cliënten (MIC), ook dat komt nog aan de orde.



Contactpersoon huisartsen

De in het verzorgingshuis werkzame huisartsen wijzen één van hen aan als contactpersoon. Deze huisarts is het aanspreekpunt voor alle niet-patiëntgebonden vragen over de samenwerking, voor zowel het verzorgingshuis als de betrokken huisartsen.

Alle hiervoor beschreven afspraken zijn voorwaarden van de NZA voor toekenning van de M&I-module 'Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis'. Het is wenselijk ook nog een aantal aanvullende afspraken te maken en soms stellen verzekeraars dergelijke afspraken als aanvullende voorwaarde. Suggesties voor aanvullende afspraken volgen hieronder.

3.2.2. Suggesties voor afspraken aanvullend op NZA-voorwaarden

Zorgdossier en medische gegevens

Het verzorgingshuis heeft de zorgdossiers, de huisarts het medisch dossier. Beide hebben het gezamenlijk overeengekomen zorg/behandelplan als basis. Er is daarom een zekere koppeling tussen beide registratiesystemen wenselijk. Wat is daarvoor de best werkbare optie?

Het zorgdossier

Het zorgdossier is primair bestemd voor het verzorgingshuis zelf en de interne overdracht van informatie. Het kan tevens dienen als ondersteuning bij de communicatie tussen huisarts en verzorgenden. Het gaat dan om:

- informatie voor de arts: vragen van verzorgenden, observaties en signalen, eventuele vragen of signalen van de familie;
- informatie van de arts voor de verzorgenden: instructies over medicatie, aanvragen voor het uitvoeren van medische handelingen, specifieke aandachtspunten en dergelijke, refererend aan het zorg/behandelplan.

Voor beide soorten informatie moet een afzonderlijk, goed herkenbaar deel van het zorgdossier worden gereserveerd. Huisartsen en verzorgingshuis maken afspraken over welke informatie de huisarts in het zorgdossier vermeldt. De huisarts moet bereid zijn zich daar dan ook aan te houden.

Het medisch dossier

Dit betreft de informatie die bestemd is voor waarnemers en voor de specialist ouderengeneeskunde als die medebehandelaar is. Het gaat om informatie over diagnoses en ziektegeschiedenis, het beleid als eigen huisarts: het medicatieoverzicht, een eventuele niet-reanimeren verklaring en dergelijke. Voor deze informatie kan een afzonderlijk medisch dossier worden bijgehouden, dat wel aanwezig is in het verzorgingshuis, maar niet is opgenomen in het zorgdossier. Er moeten dan afspraken zijn over het beheer van dat dossier en over wie toegang hebben. Een dergelijk dossier is een dubbeldossier, dus het is extra werk en er is een grotere kans op fouten of het ontbreken van gegevens. Het alternatief is dat er in het verzorgingshuis toegang is tot het HIS, ook voor waarnemers en eventueel de specialist ouderengeneeskunde.

Delegatie van medische taken

Er zijn afspraken nodig over welke medische handelingen een huisarts van verzorgenden kan vragen en welke deskundigheid de huisarts van verzorgenden en andere medewerkers mag verwachten.

Te delegeren taken zijn onder meer:

- verzorgen van AP en UP stoma (anus praeternaturalis en urethra praeternaturalis);
- inbrengen van een blaaskatheter *;
- blaasspoelen;
- meten van bloedsuiker;
- meten van bloeddruk;
- injecteren im en sc *;
- strippen van urine;

- geven klysmas;
- wondverzorging;
- toedienen van O₂;
- geven van sondevoeding*.

De met * gemerkte taken zijn voorbehouden handelingen. Voor de sondevoeding is alleen het inbrengen voorbehouden. Over voorbehouden handelingen moeten aanvullende afspraken worden gemaakt. Verpleegkundigen hebben voor het inbrengen van een katheter en injecteren functionele zelfstandigheid.

Eisen Wet BIG

Bij voorbehouden en niet-voorbehouden doch risicovolle taken worden instructies altijd schriftelijk gegeven. Dit kan via het zorgdossier en/of de instructies moeten via protocollen duidelijk zijn. De huisarts dient zich ervan te vergewissen dat de betreffende medewerker voldoende deskundig is, via algemene afspraken met het verzorgingshuis over het deskundigheidsniveau. Een medewerker die niet bekwaam is, is ook niet bevoegd. Een medewerker die zichzelf onvoldoende bekwaam acht, moet een opdracht weigeren. Dit hoort bij de eisen van de Wet BIG. Het komt steeds vaker voor dat er in het verzorgingshuis onvoldoende deskundigheid is om medische taken te kunnen delegeren en dat huisartsen die taken zelf moeten doen. Bij onvoldoende deskundigheid in het verzorgingshuis zou in elk geval geregeld moeten worden dat wanneer nodig het verpleegtechnisch team van de thuiszorg (VTT-team) inzetbaar is. De bewoners moeten een daarop afgestemd zorgzwaartepakket hebben. Het verzorgingshuis moet regelen dat het die zorg dan ook kan leveren.

Melden Incidenten Cliënten

Er dienen duidelijke afspraken te zijn over Melding Incidenten Cliënten: wanneer moeten huisartsen over meldingen worden geïnformeerd, hoe gebeurt dat, bij wie melden huisartsen incidenten die zij zelf constateren? Voor verzorgenden is het belangrijk dat meldingen 'blame free' kunnen worden gedaan. Zie bijlage 3 voor veilig incidenten melden. Bij voorkeur is een huisarts lid van de MIC-commissie. Een van de huisartsen wordt in elk geval betrokken bij bespreking van incidenten in de medische zorg of zaken die daarmee verband houden, zoals valpartijen. De procedures voor MIC-meldingen moeten een vast onderdeel van het vigerende kwaliteitsmanagementsysteem in het verzorgingshuis zijn.

Medewerkers informeren en scholen

Voor alle medewerkers van het verzorgingshuis moet duidelijk zijn wat de gang van zaken rond spreekuren en visites wordt en welke afspraken zijn gemaakt over het zorgdossier en over gedelegeerde taken. De medewerkers zullen ten behoeve van het structureren van de medische zorg in het verzorgingshuis in het algemeen meer verantwoordelijk-



heden moeten krijgen. Het verzorgingshuis moet dan zorgen dat ze ook de daarbij behorende deskundigheid bezitten. Veranderingen moeten voor de medewerkers niet te groot zijn en aansluiten bij bekende werkwijzen. Het betekent dat de nieuwe samenwerkingsvormen stapje voor stapje hun intrede doen.

Bewoners informeren

De cliëntenraad wordt betrokken bij het ontwikkelen en uitwerken van de plannen. Bij ingrijpende veranderingen voor bewoners, zoals de start van spreekuren, wordt de cliëntenraad vooraf om advies gevraagd. Voor de daadwerkelijke start worden alle bewoners geïnformeerd over de veranderingen die zij direct zullen merken.

3.2.3 Stappen voor het maken van afspraken

Afspraken over de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en verzorgingshuis komen gefaseerd tot stand.

Te nemen stappen zijn:

- inventarisatie van de problematiek en zorgbehoefte van de bewoners, nu en in de nabije toekomst;
- inventarisatie van de huidige situatie: wat loopt goed en moet behouden blijven, wat kan beter en wat zijn knelpunten en fricties die moeten worden opgelost;
- een gezamenlijke visie formuleren. Deze omvat een visie op zorg - wat vinden wij kwalitatief goede zorg bij deze populatie en zorgvragen, aan welke eisen moet die zorg voldoen - en een visie op samenwerken - welke hulpverleners/disciplines zijn nodig om de in de visie omschreven zorg te bieden en op welke wijze moeten zij samenwerken;
- doelen en prioriteiten stellen: welke onderdelen van onze visie gaan we als eerste realiseren;
- een plan van aanpak per doel: hoe gaan we dat doel bereiken, wanneer moet het bereikt zijn, wat is daarvoor nodig en wie gaat wat doen;
- afspraken over de evaluatie: wanneer en hoe wordt geëvalueerd of het plan van aanpak is uitgevoerd zoals was afgesproken en of daarmee de beoogde doelen zijn bereikt.

De samenwerkingsovereenkomst legt vast voor welke onderdelen er minimaal afspraken gemaakt gaan worden en hoe die tot stand komen.

Zowel huisartsen als verzorgingshuis moeten tijd en energie willen steken in het maken van deze afspraken. Het zal de samenwerking zeer ten goede komen als het verzorgingshuis dat faciliteert door bijvoorbeeld procesondersteuning en secretariële ondersteuning, zoals voorbereiding van en gespreksleiding voor de besprekingen, het vastleggen en uitwerken van de afspraken. Een trekker/projectleider voor het uitwerken van alle afspraken in een stappenplan en het coördineren van de uitvoering is onmisbaar. Deze projectleider zou, zeker voor de medische zaken, een POH kunnen zijn.

3.3 Ondersteuning door een verpleegkundige in het verzorgingshuis

In het voorafgaande is een mogelijke rol van een verpleegkundige al herhaaldelijk genoemd. Een veelgehoorde klacht van huisartsen over hun samenwerking met een verzorgingshuis is dat het opleidingsniveau van uitvoerende medewerkers te laag is om tot goede afspraken en taakverdeling te komen. De aanwezigheid van een verpleegkundige kan daar een oplossing voor bieden. Huisartsen hebben voordeel van het kunnen delegeren van taken aan een verpleegkundige. Een verzorgingshuis heeft voordelen van een verpleegkundige als schakel tussen de medische zorg en de verzorging en als vraagbaak en coach voor verzorgenden. Het is daarom in beider belang daarin te investeren en te onderzoeken of er een verpleegkundige kan worden aangesteld die zowel ondersteuning biedt aan de huisarts, als POH, als werkzaam is voor het verzorgingshuis. Hieronder staat een overzicht van mogelijke taken.

Mogelijke taken van een gecombineerde verpleegkundige functie

Eigen zorgtaken:

- gestructureerde zorg voor chronische ziekten;
- wondbehandeling;
- begeleiding chronische pijnklachten;
- verpleegkundig spreekuur voor omschreven klachten en aandoeningen;
- controletaak na spreekuurcontact met de huisarts;
- voorlichting en adviezen aan bewoners.

Ondersteuning huisarts:

- ondersteuning bij het spreekuur;
- ondersteuning bij zorgintensieve patiënten en bij beginnende complexe zorg, zoals liasonfunctie en regelen van CIZ-indicaties;
- bijhouden dossiers en voorbereiding MDO.

Ondersteuning/scholing verzorgenden:

- vraagbaak voor verzorgenden;
- supervisie over medische zorg van verzorgenden;
- geven van nascholing aan verzorgenden.

Projectmatige activiteiten:

- knelpunteninventarisatie;
- ontwikkelen protocollen.

Wie gaat die taak doen

Een POH-ouderenzorg²⁴ is in opkomst. Huisartsenpraktijken breiden het takenpakket van de POH uit van chronische ziekten naar een bredere functie en die POH wordt in verschillende praktijken specifiek ingezet in het verzorgingshuis. Er zijn ook voorbeelden waarbij door de huisartsenpraktijken een nurse practitioner/ Physician Assistant (NPH/ PAH) wordt aangetrokken, speciaal voor de zorg in het verzorgingshuis. De NPH/PAH kan zelfstandig medische taken doen. Bijvoorbeeld spreekuren in het verzorgingshuis waarbij in overleg met de huisarts een selectie wordt gemaakt van welke patiënten de huisarts zelf moet zien. Visiteaanvragen kunnen via de POH lopen. Uit deze voorbeelden blijkt een behoefte aan meer taakdelegatie van huisartsenzorg binnen het verzorgingshuis. De POH zou in een gecombineerde functie tevens taken voor het verzorgingshuis kunnen verrichten. Ook het verzorgingshuis kan de verpleegkundige voor deze taken leveren. De

in het verzorgingshuis werkzame verpleegkundige wordt dan tevens POH, en daarvoor geschoold. In de praktijk komt die optie voor zover bekend een enkele maal voor. Het biedt verzorgingshuizen een kans zelf een verpleegkundige in dienst te houden. De ondersteuning van de medische zorg kan dus door verschillende typen verpleegkundigen gegeven worden. Een POH, een NPH/PAH of een aan het verzorgingshuis verbonden verpleegkundige. Vanwege de leesbaarheid zullen we als regel de term POH gebruiken en doelen dan op een POH-ouderenzorg, werkzaam in een verzorgingshuis, met extra taken ten behoeve van de verzorging. Als het verzorgingshuis en/of huisartsenpraktijken geen gecombineerde functie willen, staat het beide uiteraard vrij zelf een verpleegkundige aan te stellen voor een beperkt takenpakket.

Eigen zorgtaken praktijkondersteuner/verpleegkundige

Gestructureerde zorg voor chronisch zieken

In de huisartsenpraktijk is de zorg voor chronisch zieken voor een groot deel gestructureerd via zorgprogramma's. Die programma's worden in het verzorgingshuis veel minder systematisch toegepast. Dat heeft te maken met de mobiliteit: verzorgingshuisbewoners zijn moeilijk oproepbaar voor de spreekuren in deze programma's. Het heeft ook te maken met de vaak aanwezige multimorbiditeit; dat vraagt aanpassing van de programma's. Het strikt uitvoeren van de protocollen kan niet en is niet wenselijk. De huisarts zal per patiënt een beleid moeten bepalen. De POH kan de uitvoering op zich nemen via periodieke contacten in het verzorgingshuis, bijvoorbeeld diabetesspreekuren in het verzorgingshuis of via visites. Het verzorgingshuis kan extra ondersteuning geven zoals het vooraf meten van de bloedsuiker. Hiervoor is een gezamenlijk protocol nodig. Het in de huisartsenpraktijk gebruikte waarschuwingssysteem voor de driemaandelijkse controles, via bijvoorbeeld een facilitaire organisatie, kan minder geschikt zijn voor inplanning van bewoners van het verzorgingshuis. Er kunnen dan met het verzorgingshuis zelf afspraken worden gemaakt over een dergelijk systeem. Als de POH de periodieke controles in het verzorgingshuis doet, heeft dat als bijkomend voordeel dat er direct overleg kan plaatsvinden met de verzorgenden over het uitvoeren van de zorg en dat problemen mede daardoor eerder aan het licht komen.

Overige zorgtaken

Welke overige zorgtaken een POH kan gaan overnemen, is afhankelijk van diens deskundigheid en de beschikbare tijd. De genoemde zorgtaken zijn alleen goed uit te voeren als de POH op vaste tijden en liefst enkele dagen per week in het verzorgingshuis aanwezig is.

²⁴ De praktijkondersteuner/ verpleegkundige heeft een HBO-opleiding. Die opleiding wordt gevolgd door doktersassistenten en verpleegkundigen. De laatste zijn BIG-geregistreerd. De NPH of PAH (Nurse Practitioner Huisartsenzorg of de Physician Assistant zijn gespeciali-

seerd verpleegkundigen. De rol die zij gaan spelen is nog niet uitgekristalliseerd, maar ook zij worden actief ingezet in de ouderenzorg. De beroepsgroep hanteert voor allen de noemer POH.

Ondersteuning huisartsen door praktijkondersteuner/verpleegkundige

Extra taak ten aanzien van triage en zorgplanning

Als een POH meer dagen per week en op vaste dagen aanwezig is, kan zij ook de triage voor spreekuurbezoek en visiteaanvragen op zich nemen. Van een verpleegkundige als POH mag een breed overzicht en eigen beoordeling worden verwacht. Voor triage en samenwerking met de huisartsenpraktijk zal zo nodig aanvullende scholing nodig zijn. Behalve triage kan een POH ook de zorgplanning doen. Bijvoorbeeld een voorstel voor doorverwijzen naar een SPV-ouderenzorg of een ergotherapeut, of een CIZ-indicatie voor aanvullende zorg regelen. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de medische zorg en beslist welke zorg nodig is.

Ondersteuning van de huisarts bij het spreekuur of eigen spreekuren POH

Een POH als ondersteuning tijdens spreekuren biedt extra mogelijkheden. De huisarts kan bijvoorbeeld direct taken, zoals wondverzorging, delegeren. Het is voor de huisarts prettig om deskundige ondersteuning te hebben en bewoners waarderen het. Zij kunnen bij de 'zuster' nog eens navragen wat besproken is. Het is echter ook een dure oplossing die alleen rendabel is bij een aanzienlijke zorgzwaarte binnen het betreffende huis. Eigen spreekuren van een POH voor een aantal omschreven klachten zijn efficiënter.

Bijhouden dossier en voorbereiden MDO

De POH kan ondersteuning bieden bij het actueel houden van de huisartseninformatie in het zorgdossier en in het medisch dossier. Vragen van verzorgenden zullen vaak gaan over de door hen uit te voeren zorg en die vragen kunnen dan beter door een verpleegkundige dan door een arts worden beantwoord.

De POH kan bijhouden wanneer een patiënt voor het multidisciplinair overleg (MDO) van het verzorgingshuis wordt ingepland. Zij zorgt er dan voor dat alle benodigde gegevens vooraf voor de huisarts beschikbaar zijn. Op basis daarvan besluit de huisarts of die zelf bij het MDO aanwezig moet zijn of dat alleen de POH gaat. De POH is dus wel bij elk MDO aanwezig en legt alle voor de medische zorg relevante gegevens vast in het medisch dossier. Ook bij andere patiëntgerichte overleggen, bijvoorbeeld overleg van de GGZ-consulent met de teamcoördinator, schuift de POH aan.

Ondersteuning/scholing verzorgenden door praktijkondersteuner/verpleegkundige

De zorg in het verzorgingshuis is ook voor verzorgenden complex. Zij zijn in het algemeen weinig medisch geschoold. Verzorgenden en huisartsen hebben heel andere denk- en belevingspatronen. Communicatie is daardoor moeizaam, er ontstaan snel misverstanden. Een POH kan ook hier een nuttige liaisonfunctie vervullen, door zowel de regelmatige contacten - training on the job - als door specifieke scholing. Die kan bestaan uit korte

schriftelijke uitleg en instructies over ziektebeelden en casuïstiekbesprekingen. Het zal voor de onderlinge communicatie erg bevorderlijk zijn als ook huisartsen en eventueel de specialist ouderengeneeskunde aan een aantal van deze scholingsbijeenkomsten deelnemen. Alle partijen leren daardoor elkaars 'taal en beelden' beter te verstaan.

Projectmatige activiteiten

Dit betreft het op systematische wijze aanpakken van verbeteringen in de medische zorg. De POH kan bijvoorbeeld het projectplan maken dat nodig is om gebruik te kunnen (blijven) maken van de module 'Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis'. Of ze kan de stappenplannen uitwerken voor alle beoogde doelen en de uitvoering van die stappenplannen ondersteunen en bewaken.

Te nemen stappen voor het realiseren van een gecombineerde functie

- Huisartsen en verzorgingshuis moeten gezamenlijk het belang van ondersteuning door een POH voor huisartsen en verpleegkundige ondersteuning voor het verzorgingshuis onderkennen en afspreken dat ze een gecombineerde functie willen realiseren. Dit bijvoorbeeld door eerst de knelpunten, zowel in de kwaliteit van zorg als qua werkdruk, in kaart te brengen - waar schiet de zorg te kort, welke patiënten vragen veel tijd - en na te gaan wie welke zorg het beste kan verlenen.
- Het gewenste taakprofiel en de omvang van de functie worden globaal vastgesteld.
- Huisartsen en verzorgingshuis stellen gezamenlijk vast welk deskundigheidsniveau nodig is voor die taken en wat de mogelijkheden zijn voor invulling.
- De in de regio dominante zorgverzekeraars worden tijdig geïnformeerd en betrokken bij de plannen en financiering daarvan.
- De cliëntenraad wordt geïnformeerd en om advies gevraagd voor er een besluit wordt genomen.
- Als er financiering is voor een voldoende omvangrijke gecombineerde functie worden de nodige stappen gezet om zo'n functionaris aan te trekken. Dienstverband en feitelijke leiding moeten goed worden geregeld omdat de POH zowel voor huisartsen als voor het verzorgingshuis gaat werken.
- De taken worden ingevuld en de registratie van de patiëntencontacten wordt geregeld. De verzorgenden worden betrokken bij het invullen van die taken, zodat zij reeds kennis maken met de POH-functie.
- Bij de start worden de bewoners geïnformeerd.

De NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg (begin 2009) zal aan de taken van een POH in het verzorgingshuis apart aandacht besteden.

3.4 Huisartsenzorg bij tijdelijke opname in het verzorgingshuis

Naast vaste bewoners kent het verzorgingshuis ook kortdurende opnamen (logeerbedden) voor bijvoorbeeld herstel na ziekenhuisopname of het tijdelijk wegvallen van de mantelzorg. De medische zorg voor deze mensen valt onder de huisartsenzorg.

In principe blijft bij tijdelijke opname in een verzorgingshuis de verantwoordelijkheid voor de medische zorg bij de eigen huisarts. Uit praktische overwegingen is overdracht van die zorg naar de vaste huisarts(en) van het betreffende huis in veel gevallen meer voor de hand liggend. Minder reistijd en betere bereikbaarheid huisarts als ook betere samenwerking huisarts – verzorgingshuis zijn hiervoor de redenen. Alleen bij tijdelijke opname binnen het werkgebied van de huisartsenpraktijk is het zinvol dat de eigen huisarts de medische zorg levert. Tijdelijke overdracht van de huisartsenzorg blijkt in de praktijk onvoldoende geregeld te worden, met alle onduidelijkheid van dien. Huisartsen moeten hierover onderling afspraken maken.

Te maken afspraken

Als de huisartsenzorg gedurende de opname door een andere huisarts wordt overgenomen, dienen de volgende afspraken te worden gemaakt:

- De eigen huisarts van de patiënt informeert de huisarts die de patiënt tijdelijk onder zijn of haar hoede neemt over:
 - medische voorgeschiedenis;
 - medicatie;
 - bijzondere aandachtspunten bij behandeling.

Deze informatie is bij voorkeur aanwezig op het moment van tijdelijke opname. Als de patiënt uit het ziekenhuis of verpleeghuis komt, informeert het verzorgingshuis de eigen huisarts van de patiënt hierover. De eigen huisarts levert dan aanvullende informatie. Het verzorgingshuis zorgt ervoor dat de tijdelijke huisarts op tijd over alle nodige medische gegevens beschikt.

- Betrekken van de patiënt bij deze overname van zorg
De patiënt of diens familie moet worden geïnformeerd over overname van de zorg en de motieven daarvoor. Er moet duidelijk zijn wie dit met de patiënt bespreekt. Bij voorkeur informeert de eigen huisarts eerst de patiënt en heeft daarna de tijdelijke huisarts een kennismakingsgesprek met de patiënt.
- Het doel van de opname moet duidelijk zijn, bijvoorbeeld:
 - ontlasting partner of mantelzorg;
 - revalidatie na ziekenhuisbehandeling;
 - behandeling van een ziekte waarvoor geen ziekenhuisindicatie is.

‘Tijdelijke overbrugging bij onduidelijke achteruitgang’ blijkt in de praktijk regelmatig de indicatie te zijn en dan vooral na ontslag uit het ziekenhuis. Er is dan veelal te weinig diagnostiek gedaan en het hele diagnostische proces komt op de schouders van de



tijdelijke huisarts. Huisartsen en verzorgingshuis zouden afspraken moeten maken over het opnamebeleid in dezen. Voor de diagnostiek voorafgaand aan de tijdelijke opname kan een specialist ouderengeneeskunde worden ingeschakeld.

- IJkpunten voor evaluatie
Het is wenselijk bij opname af te spreken op welke tijdstippen de situatie van de patiënt wordt geëvalueerd en op basis van welke criteria. Dit om het zorg/behandelplan eventueel bij te stellen en terugplaatsing naar huis voor te bereiden.
- Regelen ontslag en vervolghulp thuis
Na opname gaat de patiënt weer naar huis. Veelal zal ook daar hulp nodig zijn. Er dienen afspraken te worden gemaakt over wie het ontslag voorbereidt en wie de vervolgzorg regelt. Omdat de eigen huisarts de thuissituatie kent, dient hij of zij betrokken te worden bij een aanvraag voor thuiszorg en indien psychogeriatrische zorg vanuit de GGZ wordt aangevraagd.
- Overleg tijdelijke en eigen huisarts
De tijdelijk huisarts dient te allen tijde een beroep op de eigen huisarts te kunnen doen voor overleg, zeker als er onduidelijkheid is over de cognitieve en psychische gesteldheid van de patiënt.

Dit soort afspraken worden in eerste instantie door huisartsen onderling gemaakt, bij voorkeur op regionaal niveau in RHV-verband of als huisartsenkring. De vaste huisartsen van het verzorgingshuis maken samen met het huis aanvullende afspraken, zoals de verantwoordelijkheid van het verzorgingshuis voor tijdige beschikbaarheid van de medische gegevens en het opnamebeleid.

De medische zorg bij de tijdelijke opname kan de huisarts afzonderlijk declareren - code 13046, maximaal zes visites per tijdelijke opname - op voorwaarde dat de patiënt niet tot de praktijkpopulatie behoort en buiten het waarneemgebied van de huisarts verblijft waarbij de patiënt is ingeschreven. Sommige verzekeraars kennen deze vergoeding alleen toe voor tijdelijke opname van patiënten buiten de gemeentegrens.

3.5 AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis

AWBZ-behandeling

In hoofdstuk 2 is beschreven wat AWBZ-behandeling inhoudt en daarnaar wordt verwezen voor de algemene informatie. In het verzorgingshuis is de mogelijkheid van AWBZ-behandeling gekoppeld aan de zorgzwaartepakketten. Een specialist ouderengeneeskunde kan daarbij verschillende rollen hebben:

- functionele diagnostiek en consultatie bij bewoners met ZGP 1 of 2;
- CSLM-zorg bij bewoners met een ZGP 3 of hoger.

Verder kan het verzorgingshuis een specialist ouderengeneeskunde inhuren als medisch adviseur voor het beleid van het huis.

Van de consultatiefunctie (advies over zorg/behandelplan en eventuele korte interventies) kunnen huisartsen gebruikmaken maar ook de bewoners zelf. Hoe ruim die mogelijkheden zijn, hangt af van de afspraken die zijn gemaakt over extramurale consulten tussen het zorgkantoor en het verpleeghuis dat de zorg levert. Die consultatie vallen buiten het ZGP en geldt dus alleen bij een ZGP 1 of 2.

Als de patiënt om consultatie vraagt, zal de specialist ouderengeneeskunde, volgens de professionele standaard, contact leggen met de huisarts voor nadere informatie over voorgeschiedenis, medicatie, huidige problemen en dergelijke.

Bij een ZGP 3 of hoger is AWBZ-behandeling mede geïndiceerd. In die ZGP's 3 t/m 6 is op zich in 1,5 uur AWBZ-behandeling per week voorzien. Vanaf ZGP 7 is twee uur geïndiceerd. Alleen voor ZGP 9 (kortdurende revalidatie) zijn meer behandelingsuren per week beschikbaar (vier uur per week).

In deze behandelingsuren is eventuele behandeling door een psycholoog of paramedicus inbegrepen. Het verzorgingshuis kan deze zorg inkopen, maar de kosten ervan zijn in zeer

beperkte mate verdisconteerd in de verzorgingshuistarieven per ZGP die belangrijk lager zijn dan die voor verpleeghuizen. Een verzorgingshuis kan deze zorg inkopen bij een verpleeghuis, maar is ook vrij om die geïndiceerde behandeling op andere wijzen te regelen, onder voorwaarde dat er verantwoorde zorg wordt geleverd. Zoals in hoofdstuk 2 al is vermeld, zijn de tarieven niet echt toereikend en staat deze zorg onder druk. Het zorgkantoor heeft echter een zorgplicht om aanspraken op behandeling ook in het verzorgingshuis te honoreren. Het zorgkantoor kan hiervoor extramurale productie-afspraken met verpleeghuizen maken om extramurale behandeling toe te voegen aan de zorg waarvoor de intramurale zorgzwaartebekostiging in het verzorgingshuis tekortschiet. Zie ook 2.2.5..

Samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en verpleeghuisarts

Huisartsen en specialist ouderengeneeskunde krijgen dus het meest intensief in het verzorgingshuis met elkaar te maken als de specialist ouderengeneeskunde medebehandelaar is. Overigens kan de medebehandelaar, met wederzijdse instemming, ook tijdelijk hoofdbehandelaar zijn. Zie ook daarvoor hoofdstuk 2.

Aandachtspunten voor het goed regelen van die samenwerking zijn:

- huisarts en specialist ouderengeneeskunde moeten elkaar liefst persoonlijk kennen. Investeren in onderlinge kennismaking en uitwisseling van visies en werkwijzen levert later in de samenwerking voordelen op. Vormen voor nadere kennismaking zijn bijvoorbeeld gezamenlijke casuïstiekbesprekingen, het bijwonen van een huisartsensprekuren in het verzorgingshuis door de specialist ouderengeneeskunde of een gezamenlijk consult met een patiënt. Na deze persoonlijke kennismaking kunnen verdere contacten per telefoon of e-mail;
- er moet een regelmatig en adequaat werkcontact zijn. Dat lukt alleen bij een vaste structuur, bijvoorbeeld een vaste dag dat zowel de huisarts als de specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis aanwezig is of afspraken over onderlinge communicatie via e-mail en/of telefoon;
- huisarts en specialist ouderengeneeskunde maken duidelijke afspraken wie voor wat verantwoordelijk is en hoe de samenwerking verloopt:
 - er is duidelijk wie voor welke patiënt hoofdbehandelaar is en wat de daarbij horende verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn (deze eis is af te leiden uit de Kwaliteitswet zorginstellingen en de WBG);
 - er zijn afspraken over de contacten van de specialist ouderengeneeskunde met de patiënt, bijvoorbeeld over wanneer een gezamenlijk consult plaatsvindt, of wanneer de specialist ouderengeneeskunde zelf de patiënt bezoekt;
 - er zijn afspraken over de verslaglegging;
- de huisarts neemt minimaal deel aan het eerste MDO over een eigen patiënt. In dat overleg worden de doelen van het zorg/behandelplan vastgesteld. Aansluitend worden



afspraken gemaakt over de taakverdeling tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde ten aanzien van het MDO;

- de huisarts krijgt via een gezamenlijk af te spreken werkwijze (in het zorgdossier, rechtstreeks gefaxt of gemaild) de verslagen van de vervolgbesprekingen. Indien ingrijpende wijzigingen wenselijk zijn in het medisch beleid, neemt de specialist ouderengeneeskunde contact op met de huisarts;
- de specialist ouderengeneeskunde geeft behandelingsadviezen rechtstreeks door aan de huisarts. Dit mag dus niet via de verzorgende of het dossier lopen;
- de specialist ouderengeneeskunde regelt waar nodig de inzet van andere disciplines, bijvoorbeeld inschakeling van een 'mobiel MD-team' uit het verpleeghuis dat op afroep beschikbaar is;
- wanneer de huisarts het medisch beleid wijzigt of dat wil doen, neemt hij of zij daarover contact op met de specialist ouderengeneeskunde;
- er zijn afspraken over inhoud van het medisch dossier en het zorgdossier en wie dossierhouder is voor het medisch dossier. Specialist ouderengeneeskunde en huisarts moeten over en weer over de medische gegevens kunnen beschikken;

- de huisarts blijft verantwoordelijk voor de acute 24-uurs zorg.
- er zijn afspraken over het gebruik van middelen en maatregelen. Denk daarbij aan dwangmiddelen zoals afgesloten ruimten, fixatie op stoel of bed en dwangbehandeling zoals toedienen van medicatie.

Bewoners van het verzorgingshuis zijn daar vrijwillig en hebben geen BOPZ-status. Dit kan wel het geval zijn bij verblijf op de verpleegunit. Bij geen BOPZ-status moet het eventuele gebruik van middelen en maatregelen voldoen aan de eisen van de WBGO. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde spreken af hoe hiermee wordt omgegaan en wie er op toeziet dat verzorgenden op een juiste manier handelen;

- het verzorgingshuis moet dit alles faciliteren en bewaken. Het schept, in overleg met het verpleeghuis, de condities voor overleg tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Die condities bestaan onder meer uit voldoende tijd 'inkopen', het overleg initiëren en organisatorisch ondersteunen en er op toezien dat er afspraken worden gemaakt.

Wanneer deze samenwerking goed loopt, zal de huisarts waarschijnlijk ook meer gebruik gaan maken van de consultfunctie van de specialist ouderengeneeskunde.



4 Farmaceutische zorg in het verzorgingshuis

Het geneesmiddelengebruik is hoog bij bewoners van het verzorgingshuis en polyfarmacie komt veel voor. 40% van de bewoners gebruikt langdurig vijf of meer geneesmiddelen.

Verzorgingshuizen beheren de geneesmiddelen voor veel van hun bewoners. Dat kan extra risico's met zich meebrengen. Er is veel kwaliteitswinst en ook kostenbesparing te halen uit het goed organiseren van het farmaceutisch proces.

4.1 Het belang van goede organisatie van de farmaceutisch zorg

In het kort kan het farmaceutische zorgproces als volgt worden omschreven: de voorschrijvers - huisartsen, specialisten - stellen de diagnose en starten de behandeling met medicijnen. Zij verstrekken een recept aan de patiënt, het verzorgingshuis of rechtstreeks aan de apotheek met het verzoek om levering van de medicatie. De apotheker behandelt dit verzoek, maakt de medicatie gereed en levert deze voorzien van de juiste aanwijzingen af. De patiënt en/of verzorgende passen het medicijn toe. Bij het proces van medicijnbeheer van de patiënt heeft een aantal betrokken partijen ieder een eigen deelverantwoordelijkheid. Dit proces omvat in elk geval:

- de aanvraag van herhaalreceptuur;
- actualisering van medicatieoverzichten;
- beheer van thuisvoorraden;
- voorlichting, instructie en toezicht op gebruik;
- periodieke evaluatie polyfarmacie;
- doorvoeren van medicatiewijzigingen en toepassen van een retourregeling voor geneesmiddelrestanten.

4.1.1 Risico's in het farmaceutisch proces

De risico's zitten in het voorschrijven, afleveren, de toediening en het beheer. Risico's zijn:

Voorschrijven

- meer voorschrijvers (huisarts, specialist) met risico op verkeerde of dubbele medicatie, indien een actueel medicatieoverzicht ontbreekt;
- te veel automatisme in herhaalreceptuur;
- polyfarmacie met het gevaar van onjuiste combinaties, meer bijwerkingen en minder therapietrouw;
- wijzigingen in medicatie niet schriftelijk vastgelegd.

Afleveren

- onduidelijkheid over wie het recept in ontvangst neemt;
- meer malen handmatig overschrijven van recepten, indien er nog geen geautomatiseerd systeem is;
- uitzetten door het verzorgingshuis: dit gaat door vele handen, er is weinig deskundigheid;
- uitzetten in 'bekertjes', waarbij geen controle meer mogelijk is op de juiste medicatie voor de juiste patiënt en juiste toediening;
- onvoldoende controle op een eventueel baxtersysteem, geen duidelijke afspraken over wie waarvoor verantwoordelijk is.

Toedienen

- onduidelijke instructie over gebruik, zoals 'gebruik bekend' of 'zo nodig';
- weinig controle op het verstrekken aan de bewoners; er wordt bijvoorbeeld niet getekend voor verstrekken, zodat achteraf niet is na te gaan of dit wel/niet is gebeurd;
- te weinig controle bij toedienen en op het daadwerkelijk innemen;
- onjuiste toediening, bijvoorbeeld op lege maag of vermalen tablet terwijl dit niet toegestaan is.

Beheer

- geen goede controle op de wijze van bewaren, op voorraad en beheer, zoals onoverzichtelijk, onvoldoende of niet gescheiden koeling of niet afsluitbaar;
- geen goed toezicht op gebruik, werking en bijwerkingen;
- fouten bij doorvoeren van wijzigingen in de medicatie.

4.1.2 Betere kwaliteit tegen lagere kosten

Deze risico's zijn door goede organisatie van de farmaceutische zorg voor een groot deel uit te bannen. Goede organisatie verhoogt de patiëntveiligheid en dat is kwaliteitswinst. Een systematische wijze van medicatiebewaking leidt bovendien tot lagere kosten. Proefprojecten voor het beoordelen van polyfarmacie in verzorgingshuizen laten zien dat er gemiddeld per beoordeelde patiënt een kostenreductie van € 190,- werd gehaald.²⁵ Door betere organisatie wordt spillage voorkomen. Dit zijn geneesmiddelen die geleverd zijn maar die de patiënt niet meer gebruikt. Daar tegenover staan hogere kosten voor een (geautomatiseerd) distributiesysteem.

Te behalen kwaliteitswinst is dus:

- het verhogen van de patiëntveiligheid door het farmaceutisch proces binnen het verzorgingshuis zo te regelen dat er garanties zijn voor de juiste medicatie, in de juiste dosering, kwaliteit en toedieningsvorm en op het juiste moment;

- systematische medicatiebewaking, in het bijzonder bij polyfarmacie, met als uitkomst betere farmacotherapie;
- verhogen van de doelmatigheid en voorkomen van spillage;
- verhogen van de patiënttevredenheid.

Dit hoofdstuk geeft eerst een overzicht van de te nemen stappen om de gewenste verbeteringen te realiseren. Daarna volgen een beschrijving van een geneesmiddelen-distributieprotocol en aanwijzingen voor de organisatie van de medicatiebewaking.

4.1.3 Stappenplan voor verbeteren van de farmaceutische zorg

Het verzorgingshuis neemt initiatief

Het verzorgingshuis dat beheer van medicatie als dienstverlening aanbiedt, neemt daarmee ook de verantwoordelijkheid op zich om dat op een goede manier te doen. Het verzorgingshuis is volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht het farmaceutisch proces binnen het eigen huis goed te regelen. Het is aan te bevelen de apotheker in te schakelen als adviseur voor dat interne proces. De huisarts is verantwoordelijk voor een goed voorschrijfbeleid.

Een beperkt aantal huisartsen in het verzorgingshuis

Beperking van het aantal in het huis werkzame artsen is een beperking van het aantal voorschrijvers. Het maakt het gemakkelijker om tot afspraken te komen. Zie voor zo nodige beperking van het aantal huisartsen bijlage 1. De in het verzorgingshuis werkzame huisartsen moeten bereid zijn afspraken te maken met verzorgingshuis en apotheker over het goed functioneren van de geneesmiddelendistributie en over het farmaceutisch beleid.

Een vaste apotheker

Ook hier is beperking van het aantal bij de zorg aan het huis betrokken apothekers een voorwaarde. Samenwerking met één apotheek vermindert de kans op communicatiefouten. Net als bij de huisartsenzorg geldt ook hier echter de keuzevrijheid van de patiënt voor de zorgaanbieder. Bij veel verzorgingshuizen is deze één op één samenwerking overigens al een feit.

Sinds 1 juli 2007 zijn de openbare apothekers behandelaar krachtens de WGB0.

Dat bepaalt mede hun verantwoordelijkheid voor de farmaceutische zorg binnen het verzorgingshuis. De kerntaken van de apotheker hierbij zijn: medicatiebewaking, waaronder controle op geschiktheid medicatie, toedieningsvorm en doseringsschema, afleveren - en zo nodig bereiden - van medicatie in een geschikte distributievorm,

²⁵ QIPC, DGV. Best practice polyfarmacie.



voorlichting en instructie en periodieke evaluatie bij polyfarmacie. Een adviseursrol en/of verantwoordelijkheid voor het medicatiemanagement in het verzorgingshuis, is alleen realistisch op basis van duidelijke afspraken over deze functie en de randvoorwaarden.

Informeren zorgverzekeraar

Het is aan de zorgverzekeraars apothekers en huisartsen te contracteren. Een verzorgingshuis heeft dus niet zonder meer de mogelijkheid om voor één apotheek of voor bepaalde huisartsen te kiezen. Het is mede daarom verstandig om al in een vroeg stadium te overleggen met de in de regio preferente zorgverzekeraar. Ook de zorgverzekeraar heeft belang bij het goed regelen van de farmaceutische zorg; onder meer uit oogpunt van kwaliteitswinst en kostenbeheersing.

Verzorgingshuis wijst een coördinator farmaceutische zorg aan

Deze coördinator is het aanspreekpunt voor huisartsen, apotheker en medewerkers voor alle zaken die de farmaceutische zorg betreffen. De coördinator is tevens de trekker voor het ontwikkelen van afspraken en procedures.

Commissie Farmacie

De coördinator farmaceutische zorg vormt samen met de apotheker en een of enkele in het verzorgingshuis werkzame huisartsen de commissie Farmacie. Ook de specialist ouderengeneeskunde wordt hierbij betrokken omdat die verantwoordelijk is voor eventuele AWBZ-behandeling binnen het verzorgingshuis.

Knelpunten analyseren en doelen voor verbetering formuleren

De commissie:

- brengt het farmaceutisch proces in kaart;
- inventariseert de risicomomenten, onder andere aan de hand van MIC²⁶ -meldingen die met geneesmiddelen te maken hebben;
- doet voorstellen voor verbetering van de farmaceutische zorg en in het bijzonder voor een geneesmiddelen distributieprotocol.

Huisartsen worden actief betrokken bij het regelen van de eerste stap uit dat protocol, het voorschrijven. Voor het overige kunnen zij wat meer afwachting zijn en reageren op de door apotheek en verzorgingshuis ontwikkelde procedures.

Er is voor verzorgingshuizen een Handreiking Farmaceutische Zorg in het Verzorgingshuis (2004) beschikbaar, opgesteld door Arcares (nu ActiZ) en de KNMP. Verzorgingshuis en apotheker dienen deze handreiking te kennen en als basis te gebruiken. Deze handreiking is te vinden op de website van de KNMP.

Voor een risicoanalyse van het farmaceutische proces kan het verzorgingshuis een beroep doen op de DGV. DGV en ActiZ hebben hierover een overeenkomst gesloten.

Eind 2007 heeft een groot aantal partijen een conceptrichtlijn veilige overdracht van medicatiegegevens afgesproken, waarmee zij gedurende twee jaar ervaring opdoen. Daarna zullen zij een besluit nemen over de status van de richtlijn.

Zie www.medicatieoverdracht.nl

Plan van aanpak

Verzorgingshuis en apotheek leggen hun samenwerking vast in een overeenkomst. De huisarts wordt gekend in deze overeenkomst, maar is geen directe partij. De rol van de huisarts in de farmaceutische zorg wordt in de overeenkomst tussen huisarts en verzorgingshuis geregeld. Zie het vorige hoofdstuk.

In die overeenkomst is de apotheker geen directe partij, maar wordt er wel in gekend.

Samenwerkingsovereenkomst

Verzorgingshuis en apotheek leggen hun samenwerking vast in een overeenkomst. De huisarts wordt gekend in deze overeenkomst, maar is geen directe partij. De rol van de

²⁶ Melding Incidenten Clienten.

huisarts in de farmaceutische zorg wordt in de overeenkomst tussen huisarts en verzorgingshuis geregeld. Zie het vorige hoofdstuk. In die overeenkomst is de apotheker geen directe partij, maar wordt er wel in gekend.

Betrokkenheid van en voorlichting aan bewoners

De cliëntenraad wordt bij de besluitvorming geïnformeerd en geraadpleegd. De cliëntenraad heeft het recht van verzaamd advies bij beperking van de geneesmiddelenlevering tot één apotheek. Alle bewoners worden geïnformeerd voor zover er voor hen merkbare veranderingen gaan plaatsvinden. Daarbij is de apotheker gehouden aan de bepalingen in de WGBO.

4.2 Het geneesmiddeldistributieprotocol als kwaliteitsborging

Het geneesmiddeldistributieprotocol regelt alle stappen in het farmaceutisch proces en per stap wie voor wat verantwoordelijk is en volgens welke instructies. Dit vanaf het moment van voorschrijven tot en met het gebruik van het geneesmiddel. Er zijn garanties ingebouwd voor kwaliteitsborging, bijvoorbeeld aftekenen wie wat gedaan heeft. De bewoners worden, aan de hand van hun eigen wensen en het oordeel van de huisarts, ingedeeld naar de mate van begeleiding bij medicijngebruik:

- regelt medicatie zelfstandig;
- krijgt medicatie in uitgezette vorm per week;
- idem per dag;
- idem op tijdstip dat medicatie is voorgeschreven;
- idem plus begeleiding bij en controle op inname,

Voorschrijven

De huisarts maakt bij voorkeur gebruik van het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS). Sommige zorgverzekeraars stellen als voorwaarde voor het toekennen van de module 'Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis' dat het EVS in de praktijkvoering is opgenomen.

De huisarts geeft bij elk voorschrift, volgens de daarover in het protocol te maken afspraken, informatie aan het verzorgingshuis over start, wijzigingen in dosering en beëindiging van medicatie. Het geneesmiddeldistributieprotocol legt vast hoe de huisarts eerste recepten uitschrijft en doorgeeft. Voor wijzigingen kan een elektronisch mutatieformulier worden ingevoerd of een formulier dat in het zorgdossier beschikbaar is. Huisartsen moeten ook weten hoe en aan wie zij eerste recepten en wijzigingsformulieren moeten overdragen: gaat dat via het zorgdossier of geeft de huisarts die persoonlijk door aan de daartoe aangewezen persoon?

De huisarts geeft op het recept zelf of in het zorgdossier duidelijke instructie over gebruik zoals doseerinformatie, toedieningswijze, maximale dosering en bij een 'zo nodig'

dosering specifieke aanwijzingen voor de indicatie, de maximale dosering en de maximale frequentie per dag.

Aanleveren recepten

Huisartsen, apotheker en verzorgingshuis maken afspraken over hoe en door wie recepten bij de apotheek worden aangeleverd en over de communicatie voor wijzigingen en stoprecepten. Wanneer het doorgeven van recepten tussen huisartsenpraktijk en apotheek geautomatiseerd is, ligt het voor de hand dat dit ook gebeurt voor bewoners in het verzorgingshuis. Zonder geautomatiseerd systeem, bij het uitschrijven van recepten tijdens visites en bij recepten van specialisten, zal het verzorgingshuis de recepten als regel in ontvangst nemen en doorgeven. Verzorgingshuis en apotheek maken in die situatie afspraken over hoe recepten vanuit het verzorgingshuis worden aangeleverd. De apotheek controleert wijzigingen in de medicatie voor ze daadwerkelijk worden doorgevoerd.

Medicatieoverzicht

Bij iedere mutatie in medicatie zorgt de apotheker voor een nieuw - volledig - medicatieoverzicht. De voorschrijver, de huisarts maar ook een waarnemer of specialist, moet altijd over een actueel en volledig medicatieoverzicht kunnen beschikken. Het verzorgingshuis regelt dat dit overzicht bij de patiënt aanwezig is op het moment dat de arts een visite doet of wanneer de patiënt het spreekuur bezoekt. Bij bezoek aan een specialist of ziekenhuisopname gaat zo'n medicatieoverzicht mee.

Bij ontslag uit het ziekenhuis dient de specialist duidelijk aan te geven welke medicijnen wel en welke niet moeten worden voortgezet - dus niet alleen recepten -, zodat de apotheker deze gegevens kan verwerken.

Dit lijkt eenvoudig, maar is in de praktijk lastig te bewaken. Het is daarom belangrijk dat het verzorgingshuis duidelijk regelt wie verantwoordelijk is voor het houden van overzicht en voor het doorgeven van wijzigingen aan de apotheek.

Herhaalreceptuur

Van de huisartsen mag worden verwacht dat zij herhaalrecepten tijdig aanleveren. Een voor iedereen efficiënte procedure is de afspraak dat de apotheek een overzicht levert van de huidige medicatie en daarbij advies geeft over al dan niet verlengen. De huisarts corrigeert zo nodig die lijst en tekent voor akkoord. De lijst geldt dan als recept. Het gemak van deze procedure mag niet leiden tot 'automatisme'. Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts steeds kritisch te kijken of de indicatie voor herhaalreceptuur nog aanwezig is.

Klaarmaken en uitzetten geneesmiddelen

Het uitzetten van de middelen per patiënt gebeurt bij voorkeur in de apotheek. Er zijn

handmatige distributiesystemen (blister) en geautomatiseerde systemen (baxter). In beide gevallen worden de medicijnen per patiënt per inname-moment verpakt, met alle bijbehorende gegevens, zoals naam patiënt, inhoud, toedieningswijze en tijdseenheid van inname. Beide systemen hebben de beperking dat alleen 'deelbare' toedieningsvormen op deze manier verpakt kunnen worden. Dranken, zalven en bijvoorbeeld insuline-injecties vallen hier dus buiten. Aangezien dit gemakkelijk tot fouten kan leiden, is extra aandacht voor afspraken hierover nodig. Dit geldt ook voor het maken van een volledige toedieningslijst bij elke levering.

Bijzondere aandacht vereist ook het Voor Toediening Gereed Maken (VTGM) waartoe onder andere het vernalen van geneesmiddelen hoort. Er is een concept Handreiking Voor Toediening Gereed Maken (VTGM) in verpleeg- en verzorgingstehuizen, opgesteld door de V&VN, de beroepsvereniging verpleegkundigen en verzorgenden Nederland. Uit oogpunt van patiëntveiligheid is het gewenst de apotheker te raadplegen over de instructies en werkwijzen binnen het verzorgingshuis voor het voor toediening gereed maken van medicijnen.

Per 1 september 2008 is de indicatie vanuit de AWBZ voor het uitzetten van medicatie door verpleging en verzorging komen te vervallen. Zie ook hoofdstuk 5.

Levering per week

Door per week te leveren en niet in één keer de hele voorgeschreven hoeveelheid, kan beter worden ingespeeld op wijzigingen in medicatie. Dit voorkomt veel verspilling. Het verzorgingshuis moet een vaste procedure hebben voor het snel doorgeven van mutaties. Bijvoorbeeld via een vast formulier.

Toedieningslijsten

Als de apotheek geneesmiddelen uitzet, wordt er bij elke levering een volledige toedieningslijst gemaakt.

Beheer

Opslag moet adequaat zijn en per patiënt, zoals een duidelijke indeling, voldoende koeling, een afzonderlijke koelkast, afsluitbaar. Speciale aandacht moet worden geschonken aan het beheer van opiaten en insuline. Uitgifte moet controleerbaar zijn. In de praktijk komt dit neer op aftekenen.

Verstrekken aan de bewoner

Het moet inzichtelijk zijn dat de bewoner de medicatie daadwerkelijk heeft gekregen (aftekenen). Indien voor de bewoner ook toezicht op inname is afgesproken, dient ook daarop controle te zijn.

Zicht op effect en signaleren bijwerkingen

De verzorgenden moeten weten hoe zij effecten en ongewenste bijwerkingen kunnen signaleren en doorgeven aan de huisarts of de apotheker. Het verzorgingshuis schoolt de medewerkers hierin.

De verzorgenden kunnen, door hun dagelijks contact met de bewoner, een belangrijke aanvulling geven op de medicatievoorlichting door de arts, het bevorderen van de therapietrouw en juist gebruik. Bewoners vergeten de door artsen en apothekers gegeven, en veelal eenmalige, informatie immers snel of begrijpen die verkeerd. De verzorgenden moeten ook hiervoor voldoende zijn geschoold. De apotheker kan voor deze scholing zorgen.

Verzorgenden kunnen op www.apotheek.nl informatie over medicijnen vinden die een aanvulling op de bijsluiters geeft. Hierin staat onder meer uitgebreide informatie over het effect, de werking, relevante bijwerkingen en wisselwerking met andere middelen en adviezen bij vergeten van een dosering.

Retourregeling

Geneesmiddelenrestanten gaan retour naar de apotheek en mogen niet als 'buffervoorraad' door het verzorgingshuis worden aangehouden. Door gedurende een bepaalde periode te registreren welke geneesmiddelen retour komen en waarom kan spillage nog verder worden teruggedrongen. Uit zo'n registratie zal vaak blijken dat een deel van het probleem zit in het niet tijdig doorgeven aan de apotheek van wijziging in medicatie of bijvoorbeeld ziekenhuisopname van de bewoner. De procedures dienen dan mogelijk te worden aangescherpt.

Geneesmiddelenvoorraden

Het verzorgingshuis kan alleen een beperkte voorraad aan spoedeisende geneesmiddelen aanhouden en het gebruik daarvan staat onder verantwoordelijkheid van een arts. Veel huizen hebben een bredere 'reservevoorraad'. Dat heeft risico's. Door periodieke controle van een apotheker op inhoud van die medicatievoorraad, bewaartermijnen, bewaarwijze en toedieningsindicaties zijn deze zoveel mogelijk weg te nemen. Voorts is het aan te bevelen afspraken te maken over voorraden en gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen zoals paracetamol.

4.3 Medicatiebeleid en -bewaking

Aanvullend op het distributieprotocol maken huisartsen, apotheker en verzorgingshuis ook afspraken over de inhoud van het farmaceutisch beleid. Hierin heeft de huisarts een actieve rol. Huisartsen kunnen voor ondersteuning bij het maken van deze afspraken een beroep doen op de kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde en de DGV.

Overleg huisarts-apotheker per patiënt

Het overleg huisarts-apotheker is overleg op patiëntniveau. Huisarts en apotheker evalueren periodiek de medicatie per patiënt. Dit kan aan de hand van de eerder genoemde medicatieoverzichten, voorzien van advies en vragen van de apotheker. Huisarts en apotheker maken conform de WGBO afspraken over communicatie over patiëntkenmerken zoals nierfunctie en contra-indicaties. Het overleg kan grotendeels schriftelijk of per e-mail. In de startperiode en bij de eerste bespreking van een patiënt is een aantal keren een vis-à-vis contact aan te raden om wederzijds opvattingen en werkwijzen te leren kennen. Dat vormt de basis om daarna op efficiënte wijze schriftelijk te kunnen overleggen. Deze vorm van overleg is geschikt voor bewoners met beperkte medicatie.

Periodiek beoordelen polyfarmacie

Bij polyfarmacie is intensiever overleg nodig. Het NHG geeft als richtlijn alle chronische medicatie jaarlijks te evalueren.²⁷ De Gezondheidsraad doet de aanbeveling bij polyfarmacie de totale medicatie ten minste jaarlijks te beoordelen.²⁸ Die beoordeling vraagt meer voorbereiding en in elk geval een mondelinge bespreking per patiënt van huisarts en apotheker. Bij de bespreking worden zo nodig ook andere zorgverleners betrokken zoals de specialist ouderengeneeskunde, de contactverzorgende of teamcoördinator, de POH of de consulent vanuit de GGZ-ouderenzorg. De apotheker maakt een overzicht van patiënten die langdurig vijf of meer medicijnen gebruiken. Huisarts en apotheker beoordelen de medicatie per patiënt eerst ieder afzonderlijk. De huisarts beoordeelt de medicatie vanuit het totale behandelingsperspectief en of de indicatie voor elk voorschrift nog aanwezig is. De apotheker zal vooral aandacht besteden aan mogelijke dubbelmedicatie, inadequate doseringen, interacties en de rationaliteit van de voorgeschreven medicatie. De huisarts of apotheker vraagt aan de patiënt en/of verzorging naar persoonlijke ervaringen omtrent gebruik, werking en bijwerkingen. Huisarts en apotheker bespreken in een gezamenlijk overleg deze evaluaties en maken afspraken over aanpassingen en hoe zij die doorvoeren. De huisarts, POH, apotheker of eventueel de teamcoördinator neemt de aanpassingen door met de patiënt en/of verzorging. Als de patiënt akkoord is, gaan de wijzigingen in. Bij voorkeur vindt na drie maanden een evaluatie plaats om te beoordelen of de afgesproken wijzigingen ook zijn gerealiseerd. DGV heeft materiaal voor het beoordelen van polyfarmacie. Dit materiaal is via hun website verkrijgbaar www.medicijngebruik.nl.

Als de hier beschreven werkwijze wordt gevolgd, is een vergoeding mogelijk volgens de M&I-module Polyfarmacie.

Fto over algemeen beleid

Het verzorgingshuis waarborgt een periodiek farmacotherapieoverleg, ten minste één keer per jaar. Daaraan nemen deel alle betrokken huisartsen, de apotheker, eventuele specialisten ouderengeneeskunde en de coördinator medische zorg van het huis. Dat overleg dient voor het uitzetten van de algemene lijnen. Hierbij maken zij bijvoorbeeld afspraken over communicatie met en voorlichting aan bewoners over geneesmiddelen-gebruik of het te hanteren formularium. Het verzorgingshuis faciliteert dit overleg en zorgt voor de planning en het vastleggen van afspraken.

MIC-procedure

Het verzorgingshuis kan alle stappen en procedures nog zo goed regelen, er doen zich altijd onvoorziene omstandigheden voor die leiden tot (bijna) fouten. Op het belang van een regeling voor het melden van incidenten is het vorige hoofdstuk al geweest. Incidenten in de farmaceutische zorg zijn goed herkenbaar en benoembaar. Dat biedt een goede ingang om het belang van meldingen duidelijk te maken en daarvoor een goede structuur en cultuur te ontwikkelen. Huisartsen dienen informatie over alle incidenten in voorschrijfbeleid en geneesmiddelendistributie te ontvangen zodat zij ook meedenken over oplossingen ter voorkoming daarvan. Deze meldingen worden besproken op de eerstvolgende vergadering van de commissie Farmacie. Ook valpartijen, agressie, hallucinatie en psychose zijn als meldingen relevant. Daarbij spelen vragen zoals: is er een relatie met medicatie, bijvoorbeeld langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, hoge doseringen of dubbelgebruik?

Overige taken apotheker in het verzorgingshuis

De apotheker kan op verzoek van het verzorgingshuis ook diensten verlenen voor:

- instructie en klinische lessen voor verzorgenden bijvoorbeeld over:
 - inhalatietechniek;
 - hoe en wanneer medicijnen innemen;
 - acceptabele en niet-acceptabele bijwerkingen van geneesmiddelen;
- controle van geneesmiddelenvoorraden. Zie eerder in dit hoofdstuk.

²⁷ NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg (2006).

²⁸ Gezondheidsraad 2008.

Vergoedingen

De extra inzet van huisartsen voor verbetering van het farmaceutisch proces is onderdeel van de module 'Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis'. Sommige zorgverzekeraars stellen voor het toekennen van die module een aantal extra voorwaarden voor de farmaceutische zorg in het verzorgingshuis. Zoals afspraken over hoe de chronische medicatie is geregeld, hoe medicatie wordt herhaald, hoe gestopt, hoe nieuw wordt aangevraagd en hoe deze afspraken worden geëvalueerd en bijgesteld.

Het tarief van de apotheker is vooral gebaseerd op het ter hand stellen van geneesmiddelen en de handelingen die daar bij horen. Voor het afleveren in een weekdoseersysteem - tray of Baxterzakjes - geldt sinds 1 juli 2008 een apart tarief. De adviesfunctie en extra taken, zoals de distributie in het verzorgingshuis, beheer van de voorraad, voorlichting aan en scholing van verzorgenden vallen niet onder het tarief. Over de financiering van die extra taken moeten apotheker en verzorgingshuis onderling afspraken maken.

5 Complexe zorg bij zelfstandig wonen

Zelfstandig wonen omvat zowel 'thuis wonen' als 'wonen met zorg'. Bij complexe problematiek is een combinatie van zorg en behandeling nodig en dat is binnen de eerste lijn niet gemakkelijk te regelen. Zorgvoorzieningen zijn beperkt aanwezig en versnipperd. Behandeling en zorg zijn gescheiden circuits. Patiënten krijgen met vele voorzieningen en personen te maken, ook voor hen is de zorg complex. Zij raken gemakkelijk de weg kwijt tussen alle hulpverleners. Regie is noodzakelijk en de huisarts is de meest aangewezen instantie om die regie op te pakken. Dit hoofdstuk heeft tot doel hulpmiddelen te bieden voor het invullen van die regiefunctie. Het hoofdstuk beschrijft de taken van de huisarts, de farmaceutische zorg, AWBZ-behandeling thuis en de organisatie van integrale zorg binnen de eerste lijn.

5.1 Huisartsenzorg bij complexe problematiek thuis

De gangbare, meer reactieve, huisartsenzorg - de patiënt neemt initiatief als zorg nodig is - is ontoereikend bij het voorkómen van en zorg bij complexe problematiek. De huisarts heeft extra taken op het gebied van:

- vroegsignalering van kwetsbaarheid;
- (het organiseren van) integrale diagnostiek, zowel klinische als functionele diagnostiek;
- veilig medicatiegebruik, samen met apotheker;
- samenwerken met andere voorzieningen en regie van de zorg.

Een POH-ouderenzorg en/of een wijkverpleegkundige kunnen een belangrijk aandeel hebben in deze zorg, zowel door het organiseren ervan als door een aantal taken van de huisarts over te nemen.

5.1.1 Tijdig signaleren kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid begint in de eerste lijn. De term kwetsbaarheid (broosheid, frailty) staat voor gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, zoals in par. 1.1 beschreven. In de eerste lijn is het risico van kwetsbaarheid tijdig te onderkennen. Door in een vroeg stadium ondersteuning te bieden, kunnen zelfstandigheid en zelfredzaamheid zo lang mogelijk behouden blijven. Vroegsignalering houdt in dat de huisarts bij patiënten, die al onder behandeling zijn, attent is op het ontstaan van beperkingen en potentiële problemen. Moeilijker in kaart te brengen maar zeker zo belangrijk is de groep die geen of alleen incidenteel contact heeft met de praktijk. Het zijn de relatief gezonde ouderen wier functioneren gestaag achteruitgaat, maar die dat zelf niet snel als zorgvraag zullen onderkennen en ermee naar de huisarts zullen gaan. Het is ook de groep van 'zorg-mijders', vaak sociaal geïsoleerde mensen, die ook elke vorm van zorg uit de weg gaan. Er zijn al veel initiatieven om vroegsignalering te realiseren. De wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt echter veelal nog. Er is nog volop onderzoek gaande naar voor



welke groepen en vanaf welke leeftijd screening op risicofactoren voor kwetsbaarheid zinvol is. Toch wordt vroegsignalering door de Gezondheidsraad aanbevolen en voornamelijk vanaf 75 jaar als leidraad.²⁹ In deze paragraaf staan enkele varianten voor de wijze waarop vroegsignalering in de eerste lijn kan plaatsvinden.

Case finding door de huisarts

Veel ouderen hebben regelmatig contact met de huisarts, zeker bij multimorbiditeit. De huisarts zou dan niet alleen moeten kijken naar het probleem van dat moment, maar ook naar alle 'ouderdomskwalen' die patiënten zelf niet melden en die wel bijdragen aan het ontstaan van kwetsbaarheid. Het gaat dan om het in kaart hebben van bij ouderen veelvoorkomende aandoeningen en beperkingen, zoals geheugenstoornissen, emotionele problemen (somberheid, spanningen), mobiliteitsproblemen, slechthorendheid, slecht zien, problemen met stabiliteit en vallen en incontinentie, alsmede andere factoren die de vitaliteit aantasten. Deze gegevens moeten in het medisch dossier zijn opgenomen en periodiek worden geactualiseerd.

'Niet plus' huisbezoeken door een verpleegkundige

Case finding kan voor de huisarts aanleiding zijn om een verpleegkundige te vragen nader onderzoek te doen. Het gaat dan om een huisbezoek 'op indicatie' met een duidelijke vraagstelling van de huisarts om de leefsituatie van de patiënt en mogelijke problemen nader te verkennen. Deze huisbezoeken kunnen worden uitgevoerd door een daarvoor geschoolde POH of een in ouderenzorg gespecialiseerde verpleegkundige van de thuiszorg. Voor welke optie gekozen wordt, is afhankelijk van de voorkeur van de huisartsenpraktijk en de lokale situatie. Voordeel van uitvoering door de POH is het hebben van korte lijnen. Zowel het inschakelen van de POH als de terugkoppeling kan zonder veel extra organisatie. De POH werkt in lijn met de huisartsenpraktijk.

Een verpleegkundige van de thuiszorg kan deze huisbezoeken doen in het kader van de AIV-gelden (Advies, Informatie en Voorlichting). Dit is een AWBZ-financiering waarvoor geen CIZ-indicering nodig is. AIV is inzetbaar voor mensen met chronische ziekten bij wie de verpleegkundige samen met de patiënt nagaat wat de gevolgen zijn van diens ziekten voor het functioneren en hoe deze patiënt met de ziekte om kan gaan.

Een thuiszorginstelling heeft een budget voor AIV. Een huisartsenpraktijk die hier meer dan incidenteel gebruik van zou willen maken, moet met de thuiszorg afspraken maken over de beschikbaarheid van AIV-zorg.

Proactieve screening

Een meer systematische vorm van signalering is proactieve screening. Deze screening richt zich op een vooraf omschreven doelgroep. Bijvoorbeeld alle ouderen van 75 jaar en ouder die bij de huisarts 'niet in beeld' zijn. Een POH of thuiszorgverpleegkundige kan ook

²⁹ Gezondheidsraad 2008.

deze screening heel goed uitvoeren. Er is al een aantal instrumenten voor screening van kwetsbaarheid beschikbaar, zoals de Groninger Frailty Indicator en TRAZAG³⁰. De NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg (begin 2009) geeft een overzicht van de in de huisartsenpraktijk bruikbare instrumenten voor screening, als ook informatie over hoe en wanneer die gebruikt kunnen worden.

Een serie opeenvolgende contacten

(Eenmalige) screening en advies hebben beperkt effect. Het meest effectief is als geriatrische beoordeling en advies plaatsvinden in een reeks van huisbezoeken (Gezondheidsraad). De POH of thuiszorgverpleegkundige heeft gedurende ten minste een aantal maanden contact met de patiënt en de eventuele partner. Door deze contacten kan de verpleegkundige de uitvoering van adviezen beter volgen, nieuwe problemen snel onderkennen en aanpakken. Het is belangrijk dat een en dezelfde verpleegkundige deze contacten onderhoudt. Een aantal verpleegkundige huisbezoeken gedurende een bepaalde periode blijkt een positief effect te hebben op de zelfredzaamheid en het welbevinden van kwetsbare ouderen. Verdere achteruitgang is daarmee voor een aantal maanden te voorkomen, zonder dat deze verbetering na het stoppen van de huisbezoeken direct verloren gaat. Het welbevinden blijkt na zes maanden nog duidelijk toe te nemen. De mantelzorger die samenwoont met de patiënt heeft meer baat bij deze verpleegkundige huisbezoeken dan een mantelzorger die elders woont.

Consultatiebureau voor ouderen

Op veel plaatsen zijn consultatiebureaus voor ouderen gestart. Het consultatiebureau voor ouderen is vaak een samenwerkingsverband van gemeente (GGD), thuiszorg, welzijn ouderen en eventuele andere partners. Doel van het bureau is het voorkomen en oplossen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Het consultatiebureau doet een uitgebreide screening en geeft op grond daarvan adviezen voor leefstijl en/of doet een verwijzing. Het bureau past in de WMO-taken van de gemeente, zoals informatie, advies en cliëntondersteuning, en taken op grond van de WCPV (Wet collectieve preventie en voorlichting). Het is primaire preventie, maar de grens met vroegsignalering vanuit de huisartsenpraktijk is niet scherp te trekken. De doelgroep van deze bureaus begint lager, vanaf 55 of 60 jaar, dan voor huisartsenpraktijken voor hun screening veelal gebruiken. Die gebeurt doorgaans vanaf 75 jaar. Huisartsen zijn als regel geen partij in de opzet van de consultatiebureaus. Afstemming is echter wenselijk, omdat huisartsen verwijzingen vanuit deze consultatiebureaus zullen krijgen. Als zij onvoldoende inzicht hebben in wat er precies en hoe is gemeten, is die verwijzing moeilijk op waarde te beoordelen en zal de huisarts zelf eigen onderzoek moeten gaan doen. Door Vilans, het kenniscentrum ouderen, is een visiedocument en een werkboek voor consultatiebureaus samengesteld.

³⁰ Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie, een door het Academisch Ziekenhuis Maastricht in samenwerking met de provincie Limburg ontwikkeld instrument voor toepassing in de huisartsenpraktijk.

Huisartsendossier compleet

Een 'compleet' huisartsendossier is voorwaarde om een proactief beleid te kunnen voeren en, zodra dit nodig wordt, de regierol op te kunnen nemen. Het medisch dossier met probleemlijst en medicatieoverzicht moet vanzelfsprekend volledig en actueel zijn. Maar ook andere gegevens zijn relevant. Zoals: welke beperkingen of 'leefproblemen' heeft deze patiënt? Wat is de woonsituatie en het sociaal netwerk? Wie zorgt er voor deze patiënt als dat nodig wordt, wie moet gebeld worden of wie kan namens de patiënt bellen bij onvoorziene problemen? Zijn alle afspraken met andere zorgverleners over het te volgen beleid, taakverdeling en onderlinge communicatie in het dossier aanwezig? En zijn deze gegevens ook beschikbaar voor een waarnemer?

Het 'compleet maken' van het dossier, met bijvoorbeeld huisbezoeken door de POH om ontbrekende gegevens in kaart te brengen, is een nuttige eerste stap voor het opsporen van risicopatiënten.

5.1.2 Integrale diagnostiek

Bij toenemende problematiek moet de nodige medische diagnostiek plaatsvinden. Dit is voor de huisartsen vertrouwd terrein. Zij doen het zelf of schakelen een specialist in, bij voorkeur ook een 'generalist' zoals de klinisch geriater en specialist ouderengeneeskunde of bij geheugenproblematiek de GGZ-ouderenzorg.

Na de klinische basisdiagnostiek kan nadere functionele diagnostiek nodig zijn. Dat is beschreven in hoofdstuk 2. Deze functionele diagnostiek kijkt naar wat de beperkingen zijn en wat de behandelingsmogelijkheden, zoals het verbeteren van het functioneren voor zover mogelijk, het voorkomen van verergering en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid. Bij het toenemen van beperkingen wordt zonder functionele diagnostiek wellicht te snel gekozen voor 'meer zorg'. Een oudere die moeite heeft met een aantal dagelijkse verrichtingen krijgt (meer) persoonlijke verzorging, zonder dat goed gekeken is of herstel van functies mogelijk is. Functionele diagnostiek valt onder de AWBZ en wordt gedaan door een specialist ouderengeneeskunde en/of een multidisciplinair team. Huisartsen maken nog altijd weinig gebruik van diagnostiek en consultatie door de specialist ouderengeneeskunde. Er is op dit punt nog veel winst te behalen.

Geriatrische polikliniek

Het ideale model is een geriatrische polikliniek waarin zowel de klinische als de functionele diagnostiek plaatsvindt en waar verschillende deskundigen, zoals de klinisch geriater, sociaal geriater, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, en anderen deze bieden. Dergelijke voorzieningen komen moeilijk van de grond door de verschillende financieringsstructuren. Huisartsen moeten er zeker op aandringen dat er in de eigen regio een dergelijke voorziening komt. Een regionaal netwerk ouderenzorg, dat later in dit hoofdstuk nog aan de orde komt, is een goed overlegplatform om dat in te brengen.



Mobiel Geriatrich Team

Een voorbeeld voor het regelen van functionele diagnostiek is het Mobiel Geriatrich Team. Zo'n team bestaat uit een zorgcoördinator, een psycholoog en een specialist ouderengeneeskunde. Zowel de huisarts als de patiënt zelf kunnen een beroep doen op het team. Als de patiënt zichzelf meldt, krijgt hij of zij het advies een verwijzing van de huisarts te vragen, met bij voorkeur een gerichte adviesvraag. Voor iedere aangemelde patiënt maakt het team een probleemanalyse en stelt het een zorg- en behandelingsplan op voor het in de thuissituatie aanbieden van een geïntegreerd aanbod van ondersteunende en activerende begeleiding. In een familiegesprek wordt het behandelingsplan besproken. De zorgcoördinator geeft adviezen aan de patiënt, familie en betrokken hulpverleners en blijft de uitvoering enkele maanden volgen. Een MDO, waaraan alle betrokken hulpverleners deelnemen, evalueert het zorg- en behandelingsplan na drie à vier maanden. De zorgcoördinator zorgt voor de verslaglegging. De huisarts ontvangt rapportage van het familiegesprek, het zorg- en behandelingsplan, psychologisch onderzoek en adviezen van de specialist ouderengeneeskunde betreffende de medicatie.

Spreekuren van de specialist ouderengeneeskunde in de huisartsenpraktijk

Dit is een laagdrempelige vorm, zowel voor de huisarts als voor de patiënt, voor het inschakelen van de specialist ouderengeneeskunde. Het spreekuurcontact is de eerste stap aan de hand waarvan de specialist ouderengeneeskunde bekijkt wat er verder aan diagnostiek moet plaatsvinden en hoe dat zal worden aangepakt. De specialist ouderengeneeskunde schakelt daar zo nodig andere disciplines uit het verpleeghuis bij in. Deze spreekuren zijn extramurale AWBZ-zorg (consultatie), er is geen CIZ-indicatie voor nodig. Deze consultatie is volgens de AWBZ-regeling, niet bedoeld voor primaire diagnostiek. Bij integrale diagnostiek zijn primaire en functionele diagnostiek moeilijk volledig te scheiden. Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters hebben over die taakverdeling nadere afspraken gemaakt voor diagnostiek bij dementie.³¹

5.1.3 Veilig medicatiegebruik

Ook dit deel van de zorg vraagt bij deze patiëntengroep extra aandacht. Er dienen eenzelfde soort garanties te zijn als beschreven in hoofdstuk 4 voor de farmaceutische zorg in het verzorgingshuis.

Van de hoofdbehandelaar, huisarts of specialist ouderengeneeskunde, mag worden verwacht dat hij of zij:

- checkt of de patiënt in staat is zelf verantwoording te nemen voor medicatiegebruik;
- indien dat niet het geval is, checken of daarin op een andere, verantwoorde, wijze in wordt voorzien, zoals uitgezet aanleveren door de apotheek;
- instructie en ondersteuning geeft aan mantelzorg inzake medicatiegebruik;
- regelt dat bijvoorbeeld de in de zorg betrokken verpleegkundige of de POH de bij de patiënt aanwezige medicatievoorraad periodiek controleert;
- periodiek (driemaandelijks) de medicatie checkt, in overleg met de apotheker (de apotheek levert het medicatieoverzicht en geeft advies);
- afspraken maakt over het beleid bij polyfarmacie en de jaarlijkse beoordeling per patiënt. Voor het organiseren van deze jaarlijkse beoordeling wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

Het uitzetten van medicatie bij de patiënt thuis door verpleegkundigen van de thuiszorg valt sinds 1 september 2008 niet meer onder de AWBZ maar onder de Zorgverzekeringswet. Het behoort tot de taak en verantwoordelijkheid van de apotheker om medicijnen op een voor de patiënt passende wijze aan te leveren.

³¹ LESA Huisartsen, Verpleeghuisartsen/ sociaal geriaters: Dementie

5.1.4 Regie van de zorg en samenwerken met andere voorzieningen

Zorg/behandelplan

De gangbare huisartsenzorg is veelal een behandeling per ziekte-episode. De behandeling is reactief, volgend op wat de patiënt vraagt en wat de ontwikkeling in die episode is. Complexe zorg en zeker de regievoering vraagt een proactief beleid en dat wordt geconcretiseerd in een zorg/behandelplan. Dat bevat:

- een beschrijving en analyse van alle problemen;
- de doelstellingen voor de behandeling en zorg: welke verbeteringen zouden bereikt moeten worden, welke functieverlies of schade voor de patiënt moet bewaakt en zoveel mogelijk voorkomen worden;
- de behandelingsvormen die nodig zijn om de doelen te bereiken en schade te voorkomen; wie welke behandeling gaan uitvoeren en op welke wijze;
- idem voor het zorgplan
- de ijk- en evaluatiemomenten voor het zorg/behandelplan, wie betrokken zijn bij een evaluatie en hoe en door wie de gegevens voor de evaluatie worden verzameld.

Een zorg/behandelplan voor complexe zorg zal haast per definitie een multidisciplinair plan zijn. De huisarts stelt het op in overleg met betrokken zorgverleners. De huisarts neemt als regisseur het initiatief voor het maken ervan. In de NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg is een model te vinden voor het zorg/behandelplan. Een POH-ouderenzorg kan onder supervisie van de huisarts het zorg/behandelplan uitschrijven en de uitvoering en evaluatie ervan coördineren.

Aandacht voor welzijn en welbevinden

De regiefunctie van de huisarts is breder dan de medische en farmaceutische zorg. De huisarts dient ook oog te hebben voor sociale problematiek, eenzaamheid en de belasting voor de mantelzorg. De huisarts hoeft die problemen niet zelf op te lossen, maar moet wel, als regisseur, die problemen signaleren en waar nodig gericht doorverwijzen. De huisartsenpraktijk moet daarvoor een goed overzicht hebben van de sociale kaart in de eigen regio. Daarover later in dit hoofdstuk, bij de organisatie van de samenwerking, meer.

Van huisartsen mag ook een bredere betrokkenheid bij welzijnsproblematiek worden verwacht. Het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen is daar duidelijk over. Huisartsen hebben ook een verantwoordelijkheid voor 'maatschappelijk handelen' en werken samen met voorzieningen voor algemeen maatschappelijk werk, welzijn ouderen, wijkzorg en dergelijke. Zij geven aan deze organisaties informatie door over benodigde zorg en ondersteuning. Dat kan het beste gerealiseerd worden door deelname in een wijknetwerk. Ook dat komt later in dit hoofdstuk nog aan de orde.

Zorgcoördinator

De zorgcoördinator of zorgtrajectbegeleider is een vast aanspreekpunt en 'regelaar' in de zorg bij chronische ziekten. Een zorgcoördinator lijkt in het bijzonder bij dementie een waardevolle bijdrage in de zorg te kunnen leveren.

De functie van zorgcoördinator is op vele manieren in te vullen, door een wijkverpleegkundige, een SPV, een transmuraal geriatrisch verpleegkundige, een maatschappelijk werker, of een POH. Het samenwerkingsnetwerk moet per patiënt regelen wie de zorgcoördinator wordt en welke organisatie die levert. Een goed en regelmatig contact tussen zorgcoördinator en huisartsenpraktijk is wenselijk. Als de POH zelf geen zorgcoördinator is, kan de POH wel de schakel vormen tussen zorgcoördinator en huisartsenpraktijk.

Ondersteuning mantelzorg

Bij 'thuis wonen' blijft de oudere patiënt in de eigen woning. In veel gevallen is er een partner die het als mantelzorger mogelijk maakt dat de patiënt thuis blijft. Nu de levensverwachting van mannen en vrouwen meer gelijk wordt, zal dit meer gaan voorkomen. De (over)belasting van de partner als mantelzorger zal een toenemend probleem zijn. Zorg voor de mantelzorger moet integraal onderdeel zijn van de zorg bij chronische ziekte en complexe problematiek. In de NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg (begin 2009) worden aanwijzingen en instrumenten gegeven om de zorg voor de mantelzorger invulling te geven.

Crisisopname

Crisissituaties zijn bij zorg thuis een knelpunt. De situatie van de patiënt gaat dramatisch snel achteruit of de mantelzorg valt plotseling weg. Bij een proactief beleid zullen crises minder snel voorkomen, maar uit te sluiten zijn zij niet. Een crisisopname moet alleen bij strikt medische noodzaak in een ziekenhuis plaatsvinden. Uit oogpunt van kosten, maar vooral in het belang van de patiënt, omdat ziekenhuisopname vaak extra achteruitgang met zich brengt doordat de zorg niet is aangepast aan de specifieke situatie van de patiënt. Het regelen van een crisisopname kost huisartsen in het algemeen veel tijd. Een oplossing is regionale afspraken maken, zoals één meldpunt, afspraken tussen verpleeghuizen onderling en idem voor verzorgingshuizen over het vrijhouden van crisisbedden. Zorgvuldige indicering en gepast gebruik is belangrijk omdat het aantal crisisbedden per definitie beperkt is. Er is geen overschot aan bedden.

Er is ook een landelijk initiatief. Dat is een centraal meldpunt www.crisisbed.nl. De website heeft onder meer tot doel huisartsenpraktijken, in geval van een crisisopname, snel een actueel inzicht te geven van de beschikbare zorg. Crisisbed.nl is geen partij in de daadwerkelijke zorgmatch. De website is voor zorgverleners kosteloos toegankelijk.

Aanmelding geschiedt via de website. De website biedt informatie over beschikbare:

- crisisbedden, voor niet-uitstelbare verpleeghuiszorg;
- verpleeghuisbedden, regulier;
- verzorgingshuisbedden, regulier;
- palliatieve bedden;
- logeerbedden in het verzorgingshuis.

5.1.5 POH-ouderenzorg

Er is hiervoor al verschillende keren de suggestie gedaan een POH in te schakelen. De POH-ouderenzorg is in opkomst. Dat is in hoofdstuk 3 al gesignaleerd. De functie van een POH wordt in eerste instantie ingezet voor programmatische, geprotocolleerde zorg voor chronisch zieken. Als dat eenmaal goed loopt, ontstaat er behoefte aan bredere inzet van de POH. De POH-ouderenzorg is niet echt een nieuwe functie, maar vraagt wel eigen deskundigheid en dus aanvullende scholing.

Er zijn ca 2.800 praktijkondersteuners. Om taken in de ouderenzorg en eventuele andere taken op te kunnen nemen, zal dit aantal de komende jaren fors moeten toenemen. De verhouding POH-huisartsen is nu 1:3; LHV en NHG pleiten voor een verhouding 1:1.³²

In de NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg worden mogelijke taken en eisen ten aanzien van deskundigheid voor deze functie omschreven. Het takenpakket van een POH-ouderenzorg zou kunnen bestaan uit:

- proactieve huisbezoeken;
- farmaceutische zorg, waaronder signaalfunctie, informatie en advies aan patiënt en mantelzorger;
- complexe zorg, zoals het maken van een conceptbehandelplan en in overleg met de organisatie die thuiszorg levert een conceptzorg/behandelplan, bewaking en coördinatie van het zorg/behandelplan; ondersteuning van de mantelzorg;
- zorg bij dementie, zoals signalering en eerste diagnostiek, ondersteuning mantelzorg, zorgcoördinatie;
- zorg bij psychische problematiek, waaronder signalering/begeleiding bij depressie, angststoornissen, delier en (alcohol)verslaving. Een POH-GGZ kan deze zorg ook bieden;
- zorg bij levenseindeproblematiek, zoals het bespreekbaar maken van dit thema, bij palliatieve zorg de organisatie van de zorg en ondersteuning van de mantelzorg;

³² Om het aantal verpleegkundigen dat de POH-functie vervult te laten toenemen, hebben LHV en NHG het initiatief genomen tot een differentiatie in het vierde jaar van de hbo-opleiding Verpleegkunde tot bachelor of nursing huisartsenzorg, ofwel (huisarts-) praktijkverpleegkundige. Daarbovenop kan een aantal praktijkverpleeg-

kundigen (later) een post-hbo-opleiding (masters) gericht op de huisartsenzorg volgen. Zij kunnen dan organisatorische taken en kwaliteitsprojecten uitvoeren, bijvoorbeeld in het kader van de NHG-Praktijkaccreditering. Voor de medisch-inhoudelijke zorgverlening is een mastersopleiding niet vereist.



- zorg voor ouderen in achterstandswijken en allochtone ouderen, waaronder signalering en zorgcoördinatie, aansluitend bij de specifieke problematiek van deze ouderen.
- De meer uitgebreide taken van een POH in het verzorgingshuis zijn in hoofdstuk 3 beschreven.

5.2 AWBZ-behandeling bij zelfstandig wonen

De medische zorg thuis is, ook bij complexe problematiek, momenteel in eerste instantie taak van de huisarts. Daarnaast is behandeling door een specialist ouderengeneeskunde of andere disciplines uit het verpleeghuis mogelijk. De patiënt moet daarvoor een AWBZ-behandelindicatie hebben. Daar kan in drie situaties sprake van zijn:

- indicatie voor opname in verpleeghuis;
- Volledig Pakket Thuis;
- 'CLSM-behandeling thuis', zonder indicatie voor verblijf.

De specialist ouderengeneeskunde is medebehandelaar en kan, in overleg met de huisarts, tijdelijk hoofdbehandelaar zijn. Er is goede afstemming en informatieoverdracht nodig.

5.2.1 Patiënten met indicatie voor verpleeghuis die op opname wachten

Het CIZ beoordeelt of 24-uurszorg nodig is en of daar behandeling bij moet zijn inbegrepen. Voor opname in het verpleeghuis is minstens een ZP van drie, vier, vijf of zes nodig. In de periode na indicering en wachtend op opname kan het verpleeghuis extramurale AWBZ-zorg verlenen. De overbruggingstijd, ofwel wachttijd, is maximaal zes maanden, daarna stopt deze extramurale ZP-financiering en moet de patiënt zijn opgenomen.

Tijdens deze wachtperiode kan de huisarts visites declareren op basis van M&I-module 'Intensieve zorg' (13034 en 13035). Op de problemen met deze module is in hoofdstuk 2 al ingegaan.

5.2.2 Patiënten met Volledig Pakket Thuis

Mensen die voor de zwaarte van de zorg verpleeghuiszorg nodig hebben, kunnen er voor kiezen zo lang mogelijk thuis te blijven. Zij kunnen gebruik maken van het Volledig Pakket Thuis, waaronder AWBZ-behandeling door de specialist ouderengeneeskunde of andere disciplines uit het verpleeghuis. De huisarts levert de huisartsenzorg en is als regel hoofdbehandelaar, de specialist ouderengeneeskunde is medebehandelaar. Bij complexe situaties waarbij meer hulpverleners betrokken zijn, kunnen huisarts en specialist ouderengeneeskunde afspreken dat de specialist ouderengeneeskunde tijdelijk hoofdbehandelaar wordt. De huisarts zelf blijft verantwoordelijk voor de acute 24-uurs zorg. Als de patiënt thuis kiest voor een Persoonsgebonden Budget is die extra mogelijkheid van AWBZ-behandeling er alleen als er gebruik wordt gemaakt van de AWBZ-beleidsregel extramurale zorg. Voor behandeling is geen Persoonsgebonden Budget mogelijk. De huisarts en paramedici uit de eerste lijn moeten deze, vaak intensieve, zorg leveren. Hier is voor de huisarts nog geen extra vergoeding voor en voor de vaak langdurige behandeling door een fysiotherapeut of andere paramedicus is het maar de vraag of er voldoende zorg kan worden geboden. Dat is veelal afhankelijk van de aanvullende verzekering van de patiënt.

5.3 Organisatie van de samenwerking

Geen enkele hulpverlener kan al deze zorg alleen leveren. Bij complexe zorg zijn per definitie meer hulpverleners betrokken. Dit vraagt om organisatie van de afstemming en samenhang. Dat is niet eenvoudig in de eerste lijn gezien de uiteenlopende werkwijzen en organisatievormen. Hieronder volgt een overzicht van wat er geregeld zou moeten worden. Het zal duidelijk zijn dat het realiseren daarvan veel tijd en inspanning kost. Daarbij komt dat de capaciteit en deskundigheid om samenwerking goed op te zetten en

te onderhouden, zeer beperkt beschikbaar zijn.

Kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde kunnen hulp bieden bij het opbouwen van directe samenwerkingsrelaties tussen regionale zorgpartners door het initiëren en coördineren van projecten, samenwerkingsverbanden en (werk)afspraken op regionaal niveau. Ook bij de ROS kan ondersteuning worden gevraagd voor het organiseren van de samenwerking.

Sociale kaart

Een eerste vereiste voor samenwerking is een overzicht van alle in de regio beschikbare voorzieningen en de contactpersonen per voorziening. Voor het maken van een sociale kaart is een regionale structuur nodig. Het is tijdverspilling als elke organisatie een eigen overzicht moet maken. Een gemeente (GGD) is de meest aangewezen organisatie om een sociale kaart te maken. Zorgverleners moeten daar aankloppen als zo'n kaart in de regio ontbreekt.

Een sociale kaart bevat alleen nog 'adressen'. Er zijn tussen alle bij de ouderenzorg betrokken voorzieningen nadere afspraken nodig zoals ook het NHG-Standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen' aangeeft. Dat zijn afspraken over:

- toegankelijkheid;
- zorginhoud;
- samenwerking en communicatie.

Een regionaal netwerk ouderenzorg is een forum om tot betere organisatie van de samenwerking te komen. Hierover later meer.

Werkafspraken, protocollen en zorgprogramma's

Werkafspraken zijn afspraken over procedures, bijvoorbeeld welke patiënten naar wie verwezen worden en op welke wijze. Protocollen leggen behalve procedures ook medisch-inhoudelijke afspraken vast. Een zorgprogramma beschrijft het hele verloop van de zorgverlening voor bepaalde groepen patiënten en stemt het onderling af. Welke zorg is nodig en wie levert deze, hoe volgen die zorgprocessen elkaar op en hoe vindt afstemming plaats? Zo'n programma moet alle fasen in de zorgverlening omvatten en alle disciplines en/of voorzieningen die daarvoor nodig zijn. Bijvoorbeeld een zorgprogramma Dementie waarin alle stappen beschreven zijn voor eerste signalering, diagnostiek en zorg in de verschillende fasen van dementie. Alle betrokken zorgverleners, huisartsen, specialisten, GGZ, thuiszorg, verpleeghuizen en specialisten ouderengeneeskunde, moeten het programma onderschrijven en gebruiken, wil het effectief zijn. Er zijn voor geïntegreerde ouderenzorg nog weinig van dat soort werkafspraken, laat staan zorgprogramma's. Hier is dus nog veel werk te verrichten.



Team ouderenzorg

Dit is een 'hometeam' dat zich specifiek richt op de coördinatie van de ouderenzorg.

Participanten in een dergelijke team zijn:

- een kernteam: huisartsen, POH en verpleegkundigen van de thuiszorg;
- als incidentele en eventueel vaste deelnemers: fysiotherapeuten met specialisatie ouderenzorg, maatschappelijk werk, specialisten ouderengeneeskunde, GGZ-ouderenzorg, pastor / geestelijk verzorger;
- verbindingen met: medisch-specialistische zorg - de internist/geriater -, welzijnswerk; woonservicediensten, gemeentelijk WMO-loket.

Deze zorgteams hebben de meeste kans van slagen bij overleg op een vast tijdstip, een vaste plaats en met een zekere regelmaat. Het moet duidelijk zijn welke patiënten op welke momenten voor bespreking worden ingebracht, bijvoorbeeld alle nieuwe zorgvragen, periodieke evaluatie van alle patiënten waarbij meer disciplines betrokken zijn, signalering van risicopatiënten, onderlinge consultatie.

Deze teams zijn effectief binnen eerstelijnscentra en kleinere gemeenten dankzij een beperkt aantal zorgverleners en voldoende overlap van patiënten.

Patiëntenoverleg op afroep (functioneel overleg)

Zorgteams zijn vaste teams, bij patiëntenoverleg op afroep wisselt per overleg wie daarbij aanwezig moet zijn. Complexe zorgvragen en coördinatieprobleem zijn de directe aanleiding om te overleggen. Alleen zorgverleners die zelf direct met deze patiënt te maken hebben, nemen eraan deel. Direct betrokken wil zeggen dat ze al zelf contact met de betreffende patiënt hebben of in het vervolg wellicht een rol krijgen. Bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde die nog geen contact heeft met de te bespreken patiënt, maar wel advies kan geven. Voorwaarden voor optimaal gebruik van 'overleg op afroep' is een steunpunt of secretariaat. Alle zorgverleners die een patiënt willen bespreken, kunnen dit bij het steunpunt melden en daarbij tevens aangeven welke andere zorgverleners aanwezig zouden moeten zijn. Het steunpunt organiseert de bijeenkomst, wijst een gespreksleider aan en zorgt dat er een verslag van de bespreking komt met alle afspraken over het vervolgbeleid of zorg/behandelplan voor de betreffende patiënt. Het verslag vermeldt tevens ieders aandeel in de verdere zorgverlening en wie voor patiënt en andere zorgverleners het aanspreekpunt is.

Deze vorm is effectief in grote gemeenten, waar voorzieningen als regel meer wijken bestrijken.

Een team ouderenzorg of een overleg op afroep biedt een forum voor het opstellen en volgen van multidisciplinaire zorg/behandelplannen.

Regelen verantwoordelijkheden voor de zorg per patiënt

De samenwerking binnen de eerste lijn is in veel gevallen 'nevenschikkend'. Dat houdt in dat elke zorgverlener een eigen behandelingsovereenkomst heeft met de patiënt in het kader van de WBG en iedere zorgverlener ook alleen verantwoordelijk is en aanspreekbaar op het eigen aandeel. De lacunes in verantwoordelijkheid vormen een bron van risico's. Regie door de huisarts kan daar niets aan veranderen. Bij nevenschikkende samenwerking zullen zorgverleners zelf controlemechanismen moeten inbouwen, door periodieke evaluaties en vooral door elkaar aan te spreken op het niet handelen volgens de overeengekomen afspraken.

Het probleem van verantwoordelijkheden komt heel anders te liggen als één organisatie hoofdcontractant wordt voor een integraal aanbod. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de POH in dienst van een huisartsenpraktijk, een eerstelijnscentrum met professionals in loondienst of een zorggroep als hoofdcontractant. De verantwoordelijkheden liggen dan zowel bij het samenwerkingsverband als bij de afzonderlijke professionals. Maar het samenwerkingsverband is aanspreekbaar voor het geheel van de zorg. Dit kan in deze Handreiking niet verder worden uitgewerkt, maar is wel een punt van aandacht bij het organiseren van samenwerking.

Participeren in een wijkgerichte of regionale aanpak

Eerder in dit hoofdstuk is al aan de orde gekomen dat integrale zorg ook moet kijken naar welzijn en wonen. Dat is te realiseren door participatie in grotere verbanden.

Wijknetwerk

Dit is een breed netwerk van zorgverleners binnen een bepaald gebied. Het is op de eerste plaats een ontmoetingsplaats, een forum om elkaar te leren kennen en informatie uit te wisselen. Sommige netwerken beperken hun functie daartoe. Het netwerk organiseert met een vaste frequentie en op vaste tijdstippen gezamenlijke bijeenkomsten. De effectiviteit van dergelijke netwerken is over het algemeen niet zo groot en de participatie van huisartsen vaak laag.

Een netwerk met meer ambities stimuleert en ondersteunt teams ouderenzorg en/of overleg op afroep en weet tevens een of meer projectgroepen te mobiliseren. Dit zijn groepen van één of meer disciplines rond bepaalde problematiek. Bijvoorbeeld de invulling van systematische opsporing van kwetsbare ouderen, de beschikbaarheid van dienstverlening en welzijnsvoorzieningen binnen de wijk, ondersteuning van mantelzorgers, programma's voor een beter bereik van allochtone ouderen.

In achterstandswijken met veel ouderen is het voorspelbaar dat er veel en complexe problematiek aanwezig is. Een wijknetwerk en/of eerstelijnscentrum is daar onmisbaar voor integrale aanpak van de problematiek.

Het wijknetwerk biedt voor huisartsenpraktijken de mogelijkheid sociale factoren te signaleren die mede van invloed zijn op het ontstaan of niet kunnen oplossen van kwetsbaarheid binnen de wijk en daar samen met anderen oplossingen voor te zoeken.

WMO-platform

Sommige gemeenten kennen een WMO-platform. Doel van zo'n platform is gemeente, zorg- en dienstverleners en zorggebruikers bij elkaar te brengen om gezamenlijk een passend stelsel van WMO-voorzieningen te realiseren. Gemeenten stellen in het kader van de WMO vaak wijkbudgetten beschikbaar ter bevordering van de sociale samenhang en lokale vormen van zorg en welzijn. Deelname aan zo'n platform biedt de huisartsenzorg en de hele eerste lijn kansen voor het benutten van deze wijkbudgetten voor nieuwe vormen van ondersteuning en dagbesteding. Denk aan een breed Advies- en Informatie Centrum over wonen, zorg en welzijn binnen een eerstelijnscentrum, dagactiviteiten voor meer doelgroepen in het wijkcentrum, het organiseren van een breed scala aan 'gemaksdiensten'.

Om dubbelures in overleg te voorkomen, moeten wijknetwerken en WMO-platforms zoveel mogelijk gecombineerd of in elk geval gekoppeld worden, bijvoorbeeld door een vertegenwoordiger uit het wijknetwerk in het WMO-platform).

Regionale netwerken ouderenzorg

Dit is een overlegvorm op regionaal niveau. Participanten in zo'n netwerk zijn: huisartsen, welzijnsvoorzieningen, regionale ouderenbonden, gemeentelijke voorzieningen, thuiszorg, apotheken, zorghuizen, specialisten ouderengeneeskunde en zorgverzekeraars. De Universitair Medische Centra hebben voor hun regio een voortrekkersrol om dergelijke netwerken tot stand te brengen. Deze netwerken hebben tot doel de infrastructuur voor de ouderenzorg te versterken. De netwerken moeten projecten bedenken en aanleveren voor het verbeteren van de organisatie van de ouderenzorg. Deze regionale netwerken zijn onderdeel van het Nationaal Programma Ouderenzorg (VWS, ZonMw)

Individuele huisartsenpraktijken en andere eerstelijns zorgverleners zullen zelf niet rechtstreeks met deze netwerken te maken krijgen. Deelname loopt via hun regionale organisatie. Het is wel relevant te weten of deze netwerken in de eigen regio al van de grond zijn gekomen. Initiatieven voor nieuwe organisatievormen voor de ouderenzorg kunnen via de netwerken mogelijk subsidie krijgen en worden dan ook geëvalueerd.

Nieuwe vormen van samenwerking

In hoofdstuk 2 zijn al nieuwe initiatieven voor de organisatie van de ouderenzorg vermeld. Nieuwe vormen zijn bijvoorbeeld een eerstelijnscentrum waarbij de huidige extramurale AWBZ-behandeling een integraal onderdeel wordt van het zorgaanbod van dat centrum. Dat is een kleinschalige en wijkgerichte vorm voor het realiseren van een integraal aanbod ouderenzorg.

Een andere variant is de 'doorontwikkeling' van zorggroepen naar een integraal aanbod voor ouderenzorg. Dat is dan een grootschalige wijze van organiseren. Voor- en nadelen van beide varianten zijn nu nog moeilijk te overzien. Voor beide vormen zijn goed geëvalueerde experimenten wenselijk om inzicht te krijgen in wanneer en onder welke condities deze samenwerkingsstructuren het meest effectief zijn.

5.4 Te nemen stappen voor verbetering van de organisatie

Het is ondoenlijk om in kort bestek te beschrijven wat zorgverleners zelf kunnen doen om de organisatie van de ouderenzorg aan zelfstandig wonende ouderen te versterken. Zorgverleners die tot structurele verbeteringen in deze organisatie willen komen, kunnen het beste in een vroeg stadium contact op de nemen met de ROS voor advies en ondersteuning.

Voor wie zelf, met kleine stappen, vanuit de eigen praktijk of samenwerkingsverband aan de slag wil volgt hier een stappenplan:

- ga uit van een al bestaand samenwerkingsverband: een HOED, een eerstelijnscentrum, een goed functionerend team ouderenzorg of wijknetwerk;



- ga binnen dit samenwerkingsverband na wat de ambities zijn: hoe belangrijk is versterking van de ouderenzorg, wat is het ideaalbeeld of plaatje voor deze zorg over vijf jaar. Iedere zorgverlener moet zich daar afzonderlijk over kunnen uitspreken. Formuleer wat de gezamenlijk gedeelde ambities zijn;
- ga na of er ook buiten het huidige samenwerkingsverband 'medestanders' zijn. Kijk daarbij vooral naar al bestaande samenwerkingscontacten en bespreek of zij zich willen aansluiten bij de ambities van het samenwerkingsverband;
- ga met alle potentiële deelnemers aan de slag voor het formuleren van een gezamenlijke visie. Die visie is opgebouwd uit:
 - kenmerken van de populatie en hun zorgvragen;
 - visie op zorg;
 - visie op samenwerken.

Na de visiediscussie zullen wellicht deelnemers afhaken. Dit is ook het stadium waarin dit het beste kan gebeuren;

- kies in de visie prioriteiten: wat uit onze visie willen we als eerste bereiken. Kijk bij die keuze zowel naar de termijn voor haalbaarheid als naar financieringsmogelijkheden en geef in eerste instantie voorrang aan snel te behalen winsten. De eerste successen zijn

- de motor voor verdere ontwikkeling van het samenwerkingsverband;
- vertaal de gekozen prioriteiten naar zo concreet mogelijke doelen, bijvoorbeeld:
 - we willen binnen x tijd een screeningsprogramma voor het opsporen van kwetsbaarheid operationeel hebben;
 - het consulteren van de specialist ouderengeneeskunde moet met minstens ...% zijn toegenomen;
 - binnen x tijd moet het team ouderenzorg (of overleg op afroep) actief zijn;
- maak per doel een plan van aanpak waarin wordt afgesproken hoe dit doel gerealiseerd gaat worden en wie trekker en aanspreekpunt daarvoor is;
- bepaal wanneer en hoe er geëvalueerd wordt;
- zorg bij nieuwe toetreders tot het samenwerkingsverband voor onderlinge kennismaking. Neem bijvoorbeeld als huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde gaan samenwerken de tijd om elkaars denk- en werkwijzen te leren kennen via casuïstiekbesprekingen, het bijwonen van spreekuren of gezamenlijke consulten.



BIJLAGE 1

STAPPENPLAN VOOR BEPERKEN VAN HET AANTAL HUISARTSEN PER VERZORGINGS-HUIS

Inventarisatie van het aantal huisartsen per huis

Verzorgingshuis en huisartsen kunnen ieder voor zich of gezamenlijk het initiatief nemen. De eerste stap is in kaart te brengen om hoeveel huisartsen het per huis gaat en de bereidheid van huisartsen te peilen tot 'herverkaveling van patiënten'.

Belang en noodzaak

Een duidelijke meerderheid van de huisartsen moet overtuigd zijn van het belang en de noodzaak om voor kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg in verzorgingshuizen het aantal huisartsen per huis te beperken. Besteed voldoende tijd aan de afweging tussen het belang van een bestaande arts-patiënt relatie en de kwaliteitsverbetering door betere structurering van de zorg in het verzorgingshuis. Patiënten blijken, als ze zelf voldoende keuzevrijheid behouden, minder bezwaar te hebben tegen een nieuwe huisarts dan huisartsen vaak veronderstellen. Betrek daarom bij die discussie zo mogelijk ook de patiëntvertegenwoordigers. Andere voors en tegens, waaronder financiële belangen, moeten expliciet op tafel komen.

Klein beginnen

De ideale situatie is dat in een gebied in één keer de huisartsenzorg voor alle verzorgingshuizen wordt herverdeeld, door 'uitruil van patiënten' tussen alle huisartsen. Dat ideaal wordt echter gemakkelijk een belemmering voor iedere voortgang. Omdat niet alle huisartsen in hetzelfde tempo willen of kunnen meegaan, dreigt er niets van de grond te komen. Kleine stappen en geleidelijkheid geven meer kans op succes. Bijvoorbeeld in één verzorgingshuis beginnen, het 'zwaan kleef aan'-effect, of in alle huizen, maar dan alleen bij nieuwe bewoners.

Voorstel/keuze

Uit deze eerste ronde komt een voorstel: welke hagro of HOED bij welk verzorgingshuis. Hierover wordt een principebesluit genomen door de betrokken hagro's en de huizen. De huisartsen moeten bereid zijn alle nieuwe bewoners in het betreffende huis ook op te nemen in hun praktijk.

Zorgverzekeraar betrekken

De zorgverzekeraar wordt geïnformeerd over de plannen en er wordt overlegd over de rol en mogelijke bijdrage van de verzekeraars. Bijvoorbeeld projectmatige ondersteuning van de herverkaveling en medefinanciering van extra faciliteiten na de herverkaveling.

Plan van aanpak

Er wordt een uitwerking gemaakt van wie wat op welke termijn gaat doen voor alle onderstaande vervolgstappen.

Vrije artskeuze behouden

Bewoners die per se willen, kunnen de eigen huisarts behouden.

Bewoners in het besluit kennen en hen goed informeren

De cliëntenraad moet tijdig bij de besluitvorming worden betrokken. Deze raad heeft verzaamd adviesrecht bij een dergelijke wijziging in de medische zorg. Bewoners moeten in het juiste stadium worden geïnformeerd. Er moet worden voorkomen dat 'geruchten' en halve informatie gaan rondzingen. Dit kan veel onrust veroorzaken. De tijdsspanne tussen de eerste informatie aan de bewoners en de feitelijke invoering moet niet te lang zijn, dit om onnodige onrust te voorkomen.

Overdracht goed regelen

De patiënt moet eerst goed worden geïnformeerd over het belang om van huisarts te veranderen. De patiënt dient hiermee in te stemmen. Vervolgens moet de overdracht van het dossier plaatsvinden en de administratieve overschrijving worden geregeld. Bijvoorbeeld:

- verzorgingshuis en huisartsen geven in een gezamenlijke brief informatie aan de bewoners. Nieuwe bewoners ontvangen informatie bij aanmelding. De patiënten krijgen uitleg over de voordelen en horen dat zij, als zij dat per se wensen, hun eigen huisarts kunnen houden;
- de eigen huisarts bespreekt dit met betreffende patiënt, geeft opnieuw uitleg over het belang en vraagt of de patiënt akkoord gaat;
- indien ja, dan kiest de patiënt een van de aangewezen huisartsen;
- de eigen huisarts draagt het dossier zorgvuldig over. Waar nodig vindt mondeling overleg plaats om de situatie van de patiënt en het tot nu toe gevolgde beleid te evalueren;
- de nieuwe praktijk meldt de overschrijving aan de zorgverzekeraar en informeert het verzorgingshuis.

Bij de keuze voor de geleidelijke weg kan het soms jaren duren voor de overschrijving helemaal is geëffectueerd. Zodra er voldoende patiënten bij de betreffende huisartsen

staan ingeschreven (zo'n 60%), kunnen andere zaken zoals afspraken over algemeen medisch beleid en spreekuren in het verzorgingshuis - zie hoofdstuk 3 - aan de orde komen.

Investeren in kennismaking nieuwe huisarts-bewoner

De huisartsen moeten 'goed vallen' bij huis en bewoners. Daarom zullen zij moeten investeren in persoonlijke kennismaking, bijvoorbeeld een informatiebijeenkomst voor algemene kennismaking en snel na de overdracht nieuwe patiënten persoonlijk bezoeken.

BIJLAGE 2

LITERATUUR

Arcades Farmaceutische zorg in het verzorgingshuis Handreiking voor het management Utrecht: Arcades (nu Actiz) 2004 (beschikbaar op de LHV-website)	voor Verpleeghuis- Geneeskunde 2007; 32 (5)	Illife S. et.al. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice" in Br.J.Gen.Pract. 2004; 914-8	Geneeskunde 2008; 33(3):80-2		Verhaak P.F.M., J. Groenen- dijk, E.M. Zantinge, E. Vonk, I. Voordouw, C. van der Veen GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg: eind- rapportage Utrecht, NIVEL, 2006
AWBZ kompas College voor zorgverzekeraars, www.cvz.nl	Eekhof J. ea Effects of screening for disorders among the elderly: an intervention study in general practice, Eekhof J. et.al. in Fam. Pract 2000; 17 (4): 329-33	Jager E de, R Helsloot. Huisartsgeneeskunde voor ouderen (3). Zorg-op-maat in het verzorgingshuis. Huisarts en Wetenschap 2007 (50 (13): 151-2	Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) www.lasa-vu.nl	Platform Consultatiebureau voor ouderen Visiedocument en Werkboek Vilans 2008	Warnier RMJ TRAZAG. Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie Maastricht, Academisch Ziekenhuis, 2e druk 2008
Boscher A. Gedeelde zorg Eindrapportage pilots Medisch Farmaceutische zorg in verzorgingshuizen. Amsterdam, RIGO 2006	Gercama A, H. van der Horst, W. Stalman Van spil tot regisseur Medisch Contact 2007; 62(39): 1603-5.	Konings J. 5 vragen aan Marieke Hoogenboom Tijdschrift Verpleeghuis- Geneeskunde 2008; 33(3):78-9	Melis RJH. Caring for vulnerable older people who live in the community. Nijmegen, Radboud Universiteit (Proefschrift), 2008	STG/ Health Management Forum Medische ouderen- zorg in de toekomst Leiden 2007	Warnier R, T Debie, G. Beusmans. Complexe zorg voor ouderen Beoordelingsinstrument voor praktijkverpleegkundigen Tijdschrift voor praktijk- ondersteuning 2007; (2): 50-3
Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheidszorg en cijfers, 2007 www.cbs.nl	Gezondheidsraad Vergrijzen met ambitie Den Haag 2005 Ouderdom komt met gebreken Den Haag 2008	Koopmans R, H Schers Heel de oudere. Echte innovatie van ouderenzorg vraagt om paradigma- verandering Medisch Contact 2008; 63(13): 558-60	Nieuwenhuijzen Kruseman AC, BCT van Bussel, E Pijpers. De zorg voor chronisch zieken. Medisch Contact 2006; 61(45):1803-6.	QIPC, DGV Werkboek Best practice polyfarmacie www.medicijngebruik.nl	Wind AW, cs Het totaalplaatje telt Complexe ouderenzorg vraagt om regisserende huisarts Medisch Contact 2007; 62(10): 421-3.
Dam van Isselt EF van, JMGA Schols, MLP Hagemans. De verpleeghuisarts in consult. Huisarts en Wetenschap 2007; 50(7): 325-8	Helms D, ea. De verpleeghuisarts in een mobiel geriatriesch team Tijdschrift Verpleeghuis- geneeskunde 2008; 33(3): 87-90	Lange E. de, R Reynders, G. van der Werf Afstemming van zorg Tijdschrift Verpleeghuis-	Ministerie VWS Brief aan de Tweede Kamer. Multimorbiditeit en ouderen- zorg 12 nov, 2007	Rijdt- van de Ven, AHJ van de Samenhangende zorg in de eerste lijn De as huisartsen – wijkverpleegkundigen. Utrecht, V&VN, NHG, LHV, 2006	
Deeg, Djh et al Het kwetsbare succes van ouder worden. Tijdschrift	Holland P. Medische zorg voor ouderen. Medisch Contact 2008; 63(1):37		NHG Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg Utrecht 2006	Sociaal en Cultureel Planbureau Rapportage Ouderen Den Haag 2006	
			NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen Utrecht 2007	Timmers AP, FW Dijkers, MM Verduijn Huisartsgeneeskunde voor ouderen (2) Polyfarmacie, een veelvoorkomend probleem Huisarts en Wetenschap 2007; 50 (12): 138-7	
			Nunen M van Ouderen opgespoord Medisch Contact 2007; 62(44): 1824-		

BIJLAGE 3

MEER INFORMATIE

Landelijke organisaties

Landelijke Huisartsen
Vereniging
www.lhv.nl

Nederlands
Huisartsengenootschap
www.nhg.org

Koninklijke Nederlandse
Maatschappij ter bevordering
van de Pharmacie
www.knmp.nl

NVVA beroepsvereniging van
specialisten
ouderengeneeskunde en
sociaal geriater
www.verpleeghuisartsen.nl

Actiz Organisatie van
zorgondernemers
www.actiz.nl

NHG-Kaderartsen
Ouderengeneeskunde
CHBB register
<http://chbb.lhv.nl/>
of opvragen bij LUMC afd.
PHEG (A.W. Wind of M.
Heijmans) 071-5268419

Vilans Kenniscentrum
Ouderen
www.vilans.nl

ROS – Regionale
Ondersteuningsstructuur
Contactgegevens per ROS
zijn te vinden op
www.lvg.org

Zorgverzekeringen
Nederlandse Zorgautoriteit
www.nza.nl

College voor
Zorgverzekeringen
www.cvz.nl
Standaard
Indicatieprotocollen
www.sipwijzer.nl

Zorgzwaartepakketten
www.zorgzwaarte-bekostiging.nl

Farmaceutische zorg
Conceptrichtlijn overdracht
medicatiegegevens
www.medicatieoverdracht.nl

Informatie over de werking
van medicijnen
www.apotheek.nl

DGV Nederlands Instituut
voor verantwoord
medicijngebruik
www.medicijngebruik.nl

Overige
Overzicht beschikbare
crisisbedden in verpleeg- en
verzorgingshuizen
www.crisisbed.nl

Veilig incidenten melden
www.vmszorg.nl

Wijs met spoedzorg (voor
ouderen).
Een leidraad voor
verzorgenden/
verpleegkundigen werkzaam
in de ouderenzorg.
a.b.m.debruin@quicknet.nl

Lijst met afkortingen

ActiZ Organisatie van zorgondernemers
ADL Algemene Dagelijkse Verrichtingen
AIV-gelden Advies Informatie en Voorlichting
gelden
ALS Amyotrofische laterale sclerose
AWBZ Algemene Wet Bijzondere
Ziektekosten
CIZ Centrum Indicatiestelling Zorg
CSLM Continue Systematische Langdurige
Multidisciplinaire Zorg
COPD Chronic Obstructive Pulmonary
Disease
CVZ College Zorgverzekeringen
DBC Diagnose Behandelcombinatie
EPD Elektronisch Patiëntendossier
EVS Elektronisch Voorschrijf Systeem
Hagro Huisartsengroep
GGZ Geestelijke Gezondheidszorg
HIS Huisartsen Informatiesysteem
HOED Huisartsen onder een dak
KNMP Koninklijke Nederlandse
Maatschappij ter bevordering der
Pharmacie
LASA Longitudinal Aging Study
Amsterdam
MDO Multi Disciplinair Overleg
M&I Modernisering & Innovatie
MIC Meldingen Incidenten Cliënten
NAH Niet aangeboren hersenletsel
NHG Nederlands Huisartsengenootschap
NPH Nurse Practitioner Huisartsenzorg
NVVA Beroepsvereniging voor
verpleeghuisartsen en sociaal
geriater
NZ Nederlandse Zorgautoriteit
POH Praktijkondersteuner Huisarts

RIZ Regeling Initiatiefruimte
Ziekenfondsverzekering (inmiddels
vervangen door de modules voor
innovatie)
ROS Regionale Ondersteuningsstructuur
V&VN Verpleegkundigen en Verzorgenden
Nederland
SPV Sociaal Psychiatrisch
Verpleegkundigen
SCP Sociaal en Cultureel Planbureau
SIP Standaard Indicatie Protocollen
WGBO Wet op de geneeskundige
behandelingsovereenkomst
VTGM Voor Toediening Gereed Maken
VWS Ministerie van Volksgezondheid
Welzijn en Sport
WCPV Wet Collectieve Preventie en
Voorlichting
Wet BIG Wet Beroepen Individuele
Gezondheidszorg
WMO Wet Maatschappelijke
Ondersteuning
ZonMw Nederlandse Organisatie voor
Gezondheidsonderzoek en
Zorginnovatie
Zvw Zorgverzekeringswet
ZZP Zorgzwaartepakket

Auteur

A.H.J. van de Rijdt-van de Ven

Vormgeving

Edenspiekermann

Drukwerk

ORO Grafisch Project Management

Fotografie

Hans Oostrum Fotografie

In opdracht van

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA)

Deze handreiking is een volledig herziene versie van de

Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis uit 2004.

Digitale exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar via de websites van de opdrachtgevers.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de opdrachtgever.

© 2009