

Gedeelde zorg

Medische en farmaceutische zorg in verzorgingshuizen

Colofon

Het initiatief voor deze publicatie is uitgegaan van:
Arcares, KNMP, LHV, LOC, NVVA, VWS en ZN

Auteur : Antoinette Bolscher, RIGO Research en Advies BV
Tekstuele bewerking: Hans van Rossum, RIGO Research en Advies BV
Vormgeving: Joseph Plateau, Amsterdam
Drukwerk : Rob Stolk, Amsterdam

Uitvoering:
RIGO Research en Advies BV
De Ruyterkade 139
1011 AC Amsterdam
Tel 020 5221111
www.rigo.nl
antoinette@rigo.nl

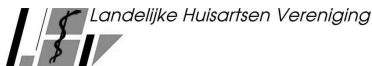
Digitale exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar via de websites van
Arcares, KNMP, LHV, LOC, NVVA, ZN
en van RIGO Research en Advies BV

©2002 RIGO Research en Advies BV

Gedeelde zorg

Medische en farmaceutische zorg in verzorgingshuizen

Antoinette Bolscher
RIGO Research en Advies BV



Zorgverzekeraars Nederland



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Inhoudsopgave

Inleiding	7
Waarom samenwerken?	10
Samenwerking in soorten en maten	13
Minder artsen per huis, minder huizen per arts	16
Ondersteuning voor de huisarts	24
Verpleeghuisartsen in het verzorgingshuis	30
Samenwerking met de apotheker	42
Aan de slag	49
Gedeelde zorg!	56

Inleiding

Gedeelde zorg betekent elkaar ondersteunen, een gedeelde verantwoordelijkheid voelen, samen zoeken naar oplossingen voor problemen, vermindering van werkdruk. Gedeelde zorg betekent ook gebruik maken van elkaars deskundigheid, meer kwaliteit van zorg en meer plezier in het werk.

Bij de medische en farmaceutische zorg in verzorgingshuizen ontstaat gedeelde zorg niet vanzelf. De betrokken professionals hebben ieder een specifieke relatie met de bewoners. De verzorgenden van het verzorgingshuis bieden de nodige verzorging en verpleging. De medische zorg blijft meestal in handen van de vertrouwde huisarts. En vaak houden bewoners bij verhuizing naar het verzorgingshuis ook de eigen apotheek.

Als iedere bewoner de eigen huisarts aanhoudt, dan is het goed mogelijk dat in een middelgrote stad wel 50 verschillende huisartsen in het verzorgingshuis langskomen. Dit is geen probleem, zolang bewoners zelf het contact met de arts kunnen onderhouden en wanneer de medische zorg en de verzorgingshuiszorg redelijk onafhankelijk van elkaar zijn. De huidige zorgvraag in de verzorgingshuizen is echter dermate intensief dat de zorg van het verzorgingshuis, van de huisarts en van de apotheker elkaar meer en meer raken.

Voor de kwaliteit van zorg is het van groot belang dat de verschillende professionals hun inspanningen op elkaar afstemmen. Bij de overgang van de verzorgingshuiszorg naar de AWBZ is er al sprake van geweest om de medische en farmaceutische zorg op te nemen in het budget van het verzorgingshuis, zodat het verzorgingshuis een directe rol zou kunnen spelen bij de integratie van deze zorg. Het beginsel van de vrije artsenkeuze, óók voor bewoners van verzorgingshuizen, heeft de doorslag gegeven bij het besluit de medische en farmaceutische zorg uiteindelijk niet over te hevelen naar het verzorgingshuisbudget.

Goed voorbeeld doet goed volgen

Voor de kwaliteit van de zorg blijft gelden dat afstemming en samenwerking tussen de disciplines noodzakelijk is. Om aan dit belang van samenwerking tegemoet te komen hebben de landelijke organisaties van verzorgings- en verpleeghuizen (Arcares), van cliëntenraden (LOC), van huisartsen (LHV), van verpleeghuisartsen (NVVA) en van apothekers (KNMP), samen met het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), een project opgezet onder de naam 'Pilots medische en farmaceutische zorg in het verzorgingshuis'. In het voorjaar van 2001 is een oproep gedaan om samenwerkingsinitiatieven in te dienen. Uit de inzendingen zijn twaalf pilots gekozen in verschillende fasen van ontwikkeling en gericht op verschillende vormen van samenwerking. Voor de uitwerking van hun plannen kregen deze initiatieven een financiële impuls van het Platform Meerjarenaafspraken Verpleging en Verzorging in de periode van november 2001 tot en met mei 2002. Al naar gelang het ontwikkelingsstadium van het initiatief, konden tijd en middelen worden gebruikt om plannen te ontwikkelen of om daadwerkelijk nieuwe samenwerkingsvormen in te voeren.

RIGO Research en Advies BV heeft deze pilots op de voet gevolgd en beschreven hoe de samenwerking is vormgegeven en welke mogelijkheden en belemmeringen partijen hierbij ondervinden. De beschrijving van deze praktijkvoorbeelden kan dienen als inspiratiebron voor verzorgingshuizen, huisartsen, verpleeghuisartsen en apothekers die nadenken over samenwerking of die de bestaande samenwerking verder willen uitwerken. Voor de landelijke partijen zijn deze praktijkervaringen aangrijpingspunten voor het verbeteren van de randvoorwaarden en voor het bieden van handreikingen en voorbeeldovereenkomsten om samenwerking te faciliteren.

De monitoring van de pilots door RIGO is vooral gericht geweest op de ontwikkelingen in en de mogelijkheden van samenwerking. Het zou natuurlijk mooi zijn geweest om nu al in cijfers de effecten en de resultaten van tevredenheidsmetingen onder bewoners te kunnen laten zien. De tijd is daarvoor nog te kort. Deze gegevens zijn pas beschikbaar wanneer de veranderingen hun beslag hebben gekregen. Er is met veel enthousiasme gewerkt in de pilots om de samenwerking tot een succes te maken. Veel is in gang gezet en soms al bereikt, waarbij in een aantal situaties aanvankelijke scepsis moest worden overwonnen. De reactie van "ik heb geen tijd voor dit soort zaken" verstomde en veranderde in: "Dat hadden we veel eerder moeten doen. Er valt nu tenminste te werken!".

Leeswijzer

Deze publicatie geeft een beeld van de verschillende mogelijkheden in de samenwerking bij de medische en farmaceutische zorg in het verzorgingshuis. Die samenwerking is een opgave waarvoor verzorgingshuizen, huisartsen, verpleeghuisartsen en apothekers zich gesteld zien. Deze informatie is echter voor een bredere groep van betrokkenen van belang. Dat zijn natuurlijk in de eerste plaats de bewoners van de verzorgingshuizen, maar ook de cliëntenraden, de zorgkantoren en de zorgverzekeraars kunnen in dit boekje veel van hun gading vinden.

In de volgende hoofdstukken komt het onderwerp samenwerking themagewijs aan bod. Per thema is een algemene beschrijving gegeven. In aparte tekstblokken wordt dieper ingegaan op specifieke onderwerpen. Op de gekleurde pagina's zijn de pilots nader beschreven, in aansluiting op het thema van het hoofdstuk. Op deze wijze kan ieder gericht datgene wat van zijn of haar gading is, opslaan. De keuze voor deze indeling impliceert dat informatie soms op meerdere plaatsen terug komt.

Het volgende hoofdstuk gaat over de aanleiding en de meerwaarde van samenwerking. Gevolgd door een overzicht van de verschillende varianten van samenwerking als oplossing voor ervaren knelpunten en als mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering. Daarna worden de afzonderlijke varianten beschreven. En wilt u zelf aan de slag? Dan biedt het slot van dit boekje daarvoor een aantal lessen en tips uit de praktijk.

Waarom samenwerken?

"We hebben het idee dat het anders moet, dat het beter kan."

Aanleiding voor samenwerking

De zorgvraag van verzorgingshuisbewoners is de afgelopen jaren steeds intensiever geworden. Ouderen wonen langer zelfstandig en verhuizen pas naar een verzorgingshuis als ze veel zorg nodig hebben. Ook verandert de bewonersgroep doordat verzorgingshuizen in veel gevallen aanvullende verpleeghuiszorg bieden. Deze veranderingen in zorgvraag en zorggebruik hebben grote gevolgen voor de inhoud en organisatie van het zorgaanbod.

De medische zorg in de eerste lijn is in het verzorgingshuis - net als daarbuiten - een zaak van vrijgevestigde huisartsen. De apotheker is verantwoordelijk voor de farmaceutische zorg. Voor de verpleging en verzorging van de bewoners heeft elk verzorgingshuis zijn eigen medewerkers. De onderscheiden hulpverleners hebben elk een afzonderlijke relatie met de bewoner. De medische en farmaceutische zorg valt in formele zin buiten de verantwoordelijkheid van het verzorgingshuis. Een bewoner regelt in principe zelf het contact met de huisarts en de apotheek. De werkelijkheid is echter dikwijls anders. Veel bewoners zijn niet meer in staat zelfstandig de huisarts te consulteren en medicijnen te halen. Medewerkers van het verzorgingshuis die verantwoordelijk zijn voor de persoonlijke verzorging, treden in die gevallen steeds meer op als intermediair voor de bewoner.

Deze situatie leidt tot knelpunten in de zorg. De intensieve en complexe zorg in verzorgingshuizen doet een groot beroep op de medische en farmaceutische zorg en vraagt om specifieke kennis en vaardigheden. Bij aanvullende verpleeghuiszorg speelt ook de expertise van de verpleeghuisarts een rol. Door deze complexere vraag is er een toenemende behoefte aan samenhang in de medische zorg van de huisarts en verpleeghuisarts, de verzorging en verpleging van het verzorgingshuis en de farmaceutische zorg van de apotheker.

Het is echter niet alleen dit zorginhoudelijke aspect dat vraagt om een integrale aanpak. Er is een hoge werkdruk en schaarste aan professionals op de verschillende fronten. Ook daarom zijn een doelmatige inzet van deskundigheid en verbetering van logistieke processen vereist om de efficiëntie van werken te bevorderen en de arbeidsvreugde te verhogen.

Het idee dat het anders en beter kan, is door de betrokken partijen in de pilots geconcretiseerd in twee doelen:

- Betere kwaliteit van zorg voor de bewoners door betere afstemming en meer integratie van de verschillende zorgvormen: meer coördinatie van de zorg, continuïteit en communicatie; het verkleinen van de kans op fouten.
- Efficiëntere organisatie van de zorg onder meer door gerichte inzet van deskundigheid, protocollering van zorg, het maken van werkafspraken en –last but not least – door minder reistijd voor de huisarts.

Het profijt van samenwerking

"Om de tafel gaan zitten en de problemen uitwisselen, heeft een belangrijke meerwaarde. Het delen van ervaringen, het meedenken met elkaar en gezamenlijk zoeken naar oplossingen geeft meer dan alleen een morele opkikker. Voor hardnekkige knelpunten blijken er soms eenvoudige oplossingen te bedenken."

De beoogde verbeteringen zijn in de pilots ook uitgekomen. Door gerichte samenwerking blijken de verzorgingshuiszorg, de medische en de farmaceutische zorg beter op elkaar te worden afgestemd. De werkafspraken over beschikbaarheid, bereikbaarheid en overleg vormen samen met de duidelijke afbakening van taken en verantwoordelijkheden een stevige basis voor de samenwerking. Dit heeft effect op de kwaliteit van zorg en de zorg wordt efficiënter georganiseerd. Bovendien geven de betrokken professionals te kennen dat door samenwerking de werkdruk vermindert en er meer plezier in het werk ontstaat.

Verzorgenden voelen zich meer betrokken bij de medische zorg en het zorgbeleid, huisartsen en verzorgenden zijn beter bereikbaar voor elkaar, huisartsen kunnen hun tijd efficiënter inzetten en meer aandacht besteden aan hun patiënten, de verpleeg-huisarts en apotheker zetten hun deskundigheid gericht in. De bewoners waar het allemaal om te doen is, profiteren van duidelijke afspraken: "we hoeven nu niet meer de hele dag te wachten, omdat we precies weten wanneer de arts komt."

Samenwerking gaat om wat je samen wil en op welke wijze. Maar ook om onderlinge verhoudingen. Het gaat om inhoud én betrekking. Het is eenvoudiger dingen te regelen als de verhoudingen goed zijn. Omgekeerd werkt dat ook zo: als je samen iets voor elkaar hebt gekregen, is dat goed voor de onderlinge relatie. Aan beide aspecten van samenwerking moet je aandacht besteden.

Samenwerking in soorten en maten

Is er een blauwdruk?

De mogelijke vormen van samenwerking zijn legio. Welke aanpak voor welke situatie het meest geschikt is, hangt van vele zaken af: de zorgvisie, de ervaren knelpunten of verschillen in uitgangspositie. In de praktijk komen dan ook ettelijke samenwerkingsvormen naast elkaar voor. Gelijke problemen kunnen zelfs tot verschillende oplossingen leiden. Maar de initiatiefnemers in de pilots blijken uiteindelijk tevreden over de specifieke vorm die zij in hun situatie hebben gekozen. Er zijn dus meerdere wegen die leiden naar succes.

Wel wordt over het algemeen een kleine groep huisartsen per verzorgingshuis gezien als belangrijke basis voor betere samenwerking. Waar de groep huisartsen in het verzorgingshuis omvangrijk is, is beperking van het aantal artsen altijd een thema. Samenwerking met een huisartsengroep of HOED (huisartsen onder één dak), of met een verpleeghuisarts zijn manieren in de pilots om het aantal huisartsen per huis te beperken.

In enkele pilots is er al samenwerking tussen één verzorgingshuis en een beperkt aantal artsen. Dat is een gevolg van eerder ingezet beleid of van lokale omstandigheden; in dorpen of kleine steden is er nu eenmaal maar een beperkt aantal huisartsen. Deze beperkte omvang geldt als een gunstige basis om verdere veranderingen door te voeren zoals afspraken over intensievere samenwerking of protocollering van zorg.

Oplossingsrichtingen

In de pilots zijn door de betrokken partijen verschillende wegen gevolgd om de samenwerking te verbeteren.

Minder artsen per huis, minder huizen per arts

- Samenwerking met een of twee HAGRO'S
- Samenwerking met een HOED
- Zorgcentrum Gooiers Erf / HAGRO Hilversum NO
- Spectrum / Thureborgh, Dordrecht
- Pieter van Foreest / Hoed, Delft

Ondersteuning voor de huisarts

- Praktijkverpleegkundige
- Doktersassistente
- Wijkverpleegkundige
- Ave Maria / Gezondheidscentrum Geulle
- Zorgcentrum Gooiers Erf / HAGRO Hilversum NO
- Tolsteeg / Huisartsenpraktijk Detmoldstraat / Thuiszorg Stad Utrecht

Verpleeghuisartsen in het verzorgingshuis

- Medische zorg aan bewoners in substitutiezorg
- Medische zorg aan alle bewoners
- Medische zorg door zowel huisarts als verpleeghuisarts
- -Woonzorgcentrum Heerewegen, Zeist
- - De Riethorst, Geertruidenberg
- Fontis / Zorgcentrum Bernardus, Amsterdam
- Antaris / Leo Polakhuis, Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra, Amsterdam

Samenwerking met de apotheker

- Protocollen voor specifieke patiëntencategorieën
- Farmaceutische norm
- Verzorgingshuis Fireschat, Gezondheidscentrum Kerkrade-West
- Zorgcentrum Zuiderheide / HAGRO Hilversum-Zuid, Hilversum

Samenwerking met wijkgezondheidscentra

- Zorggroep Almere

Discussiepunt: niveau van zorg

In meerdere pilots speelt de discussie over het niveau van de medische en farmaceutische zorg en het niveau van de deskundigheid in het verzorgingshuis. Twee opvallende vraagstukken komen hierbij naar voren:

- **Is de medische zorg aan bewoners van het verzorgingshuis in bepaald opzicht minder dan aan zelfstandig wonende ouderen?**

In de reguliere huisartsenpraktijk is voor bepaalde zorgproblematiek een aparte structuur opgezet. Er wordt bijvoorbeeld een diabetespreekuur gehouden en er is structuur in de bewaking van diabetespatiënten: zij worden regelmatig opgeroepen voor controles.

In situaties waar de huisartsen spreekuur houden in het verzorgingshuis en de bewoners niet de huisartsenpraktijk bezoeken, ontbreekt deze structuur in de zorg. Terwijl de gerichte aandacht volgens de huisartsen voor deze groep in het verzorgingshuis juist wel nodig is. Bij de farmaceutische zorg wordt een soortgelijk fenomeen aangegeven: als iemand bij de apotheek medicatie afhaalt, wordt instructie en advies gegeven, bijvoorbeeld bij inhalatie-medicatie. Bewoners van het verzorgingshuis, die over het algemeen niet zelf de medicatie komen halen, missen deze persoonlijk gegeven informatie.

- **Is de medische zorg in het verzorgingshuis gelijk aan de zorg in het verpleeghuis?**

In een aantal situaties verwacht de huisarts of de verpleeghuisarts dat het niveau van de (medische) zorg voor de bewoners in het verzorgingshuis gelijk is aan dat van het verpleeghuis. Ze merken dat de praktijk echter anders is, bijvoorbeeld doordat de deskundigheid in het verzorgingshuis anders is, de huisarts tijdgebrek heeft, in het verzorgingshuis gewerkt wordt met een andere communicatiestructuur dan in het verpleeghuis.

Deze discussie raakt ook de verwachting over het deskundigheidsniveau van de medewerkers in het verzorgingshuis: werken er alleen verzorgenden in het verzorgingshuis, en van welk niveau, of ook verpleegkundigen? In de praktijk is er verschil tussen de verzorgingshuizen wat betreft het deskundigheidsniveau van medewerkers. Dat heeft ondermeer te maken met de omvang van het verzorgingshuis, of er sprake is van een gecombineerd verzorgings- en verpleeghuis en met de doelgroep van het huis.

Om eenzelfde uitgangspunt te hebben in de samenwerking is uitwisseling van de verwachtingen, het bespreken wat passend én realistisch is bij de gekozen samenwerkingsvorm, van belang.

Minder artsen per huis, minder huizen per arts

Herverdeling in de zorg

De verdeling van huisartsen over verzorgingshuizen is het probleem én de oplossing. In sommige verzorgingshuizen komen wel 50 verschillende huisartsen over de vloer. En huisartsen bezoeken vaak verschillende verzorgingshuizen. Het belangrijkste bezwaar tegen de grote aantallen artsen per verzorgingshuis is dat het daarmee vrijwel ondoenlijk is om de medische zorg en de zorg van het verzorgingshuis op elkaar af te stemmen en onderling afspraken te maken. Wanneer de arts iets wil weten of afspreken dan is er het probleem om de juiste verzorgende te vinden. Vanuit het perspectief van de verzorgende zijn de problemen minstens zo groot. De verzorgende krijgt te maken met vele artsen en met vele, uiteenlopende opvattingen over de medische behandeling.

Verzorgingshuizen hebben ook zo hun eigen werkwijze. Dat is lastig voor de huisartsen die in verschillende verzorgingshuizen visites afleggen. Door te werken met een beperkt aantal huisartsen per huis en een beperkt aantal huizen per arts kan een betere afstemming en communicatie tussen huisartsen en verzorgenden worden bereikt. Dat komt ten goede aan de kwaliteit van zorg doordat er meer structuur, continuïteit en informatieoverdracht ontstaat.

De vrije artsenkeuze

De huisarts is soms al jarenlang een vertrouwenspersoon. De verhuizing naar het verzorgingshuis luidt een nieuwe levensfase en een nieuwe leefomgeving in waarbij ouderen juist veel behoefte hebben aan vertrouwde zaken en personen om zich heen. Op grond van het principe van vrije artsenkeuze kan de bewoner er voor kiezen om de eigen huisarts te houden. In de praktijk is dit principe echter niet altijd uitvoerbaar. Wanneer het nieuwe huis zich bevindt buiten het werkgebied van de eigen huisarts, zal de bewoner naar een andere huisarts moeten omzien.

De keuzevrijheid is een groot goed, maar tegelijkertijd ook een knelpunt omdat er een groot aantal huisartsen patiënten heeft in het verzorgingshuis. Dat levert problemen op in de afstemming tussen de betrokken hulpverleners. Als er een beperkte groep huis-

artsen in het verzorgingshuis komt, zijn er beter afspraken te maken over de communicatie en integratie van de medische en de verzorgingshuiszorg.

De vrije huisartsenkeuze van de bewoners hoeft samenwerking tussen een verzorgingshuis en een beperkt aantal huisartsen niet uit te sluiten. De vrije huisartsenkeuze houdt in dat de bewoner zelf kiest voor een bepaalde huisarts. Deze keuze is al niet volledig open omdat er altijd maar een beperkt aantal huisartsen binnen een bepaald werkgebied is gevestigd. Vanuit kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen ligt een koppeling tussen huisartsen en verzorgingshuizen voor de hand. Een vaste groep huisartsen werkt dan voor een bepaald verzorgingshuis en er zijn werkafspraken tussen dat verzorgingshuis en die groep artsen. Bewoners zijn vrij om de eigen huisarts te houden, maar kunnen ook overstappen naar één van deze vaste artsen.

Op deze manier blijft het principe van de vrije huisartsenkeuze intact, maar wordt tegelijkertijd zoveel mogelijk samengewerkt tussen een verzorgingshuis en een beperkt aantal huisartsen. Of bewoners zullen overstappen, zal afhangen van de manier waarop zij bij deze veranderingen worden betrokken en geïnformeerd. Het zal ook een afweging zijn van voor- en nadelen. Hoe gehecht zijn zij aan de 'oude' huisarts? Houden de vaste huisartsen spreekuur in het verzorgingshuis? Welke rompslomp geeft het om over te stappen en wat vindt de eigen huisarts ervan?

Omdat de artsenkeuze een onderwerp is dat de persoonlijke levenssfeer van bewoners raakt, is uiterste zorgvuldigheid geboden bij deze omslag in het zorgaanbod.

De werkwijze

Minder artsen per huis en minder huizen per arts kan worden gerealiseerd door samenwerking tussen een verzorgingshuis en een huisartsengroep (HAGRO) of een ander verband van huisartsen zoals huisartsen onder één dak (HOED).

De herschikking van huisartsen over de verzorgingshuizen kan op verschillende schaalniveaus en in verschillend tempo worden uitgewerkt. Het laagste niveau is dat van het afzonderlijke verzorgingshuis of de huisartsengroep. In de praktijk is er meestal een bepaalde logische verdeling gegroeid. Bij de huisartsengroep in de buurt van het verzorgingshuis staat bijvoorbeeld al het merendeel van de bewoners ingeschreven. Dan ligt het voor de hand dat deze huisartsengroep met dat verzorgingshuis in zee gaat als zij elkaar ook kunnen vinden in de visie op zorg en de ideeën over

de samenwerking. Een 'maximale' koers is om de herschikking in één klap op het schaalniveau van de stad of de regio te regelen waarbij alle verzorgingshuizen en huisartsengroepen zijn betrokken. Het is alsof de kaarten opnieuw zijn geschud waarbij elke huisartsengroep een eigen verzorgingshuis en elk verzorgingshuis een eigen huisartsengroep krijgt toebedeeld.

De meer gangbare route is de weg van de geleidelijkheid waarbij een verzorgingshuis en een huisartsengroep samen beginnen. Bewoners die willen, stappen over naar een van deze huisartsen. Andere bewoners in het huis en, op stedelijk niveau, andere verzorgingshuizen en huisartsengroepen worden er vervolgens geleidelijk aan bij betrokken. Een succesvol voorbeeld stimuleert vaak meer dan veelvuldig overleg.

In alle gevallen kost het proces van 'herschikking' tussen huisartsen en verzorgingshuizen tijd en het vraagt medewerking van alle betrokkenen. Indien het gaat om nieuw beleid van het verzorgingshuis heeft de cliëntenraad een verzwaard adviesrecht.

Werkafspraken

Beperking van het aantal huisartsen per verzorgingshuis zal leiden tot betere werkafspraken waarmee uiteindelijk de kwaliteit van de zorg is gediend. De afspraken kunnen betrekking hebben op:

- Organisatie van de medische zorg: beschikbaarheid en bereikbaarheid van huisartsen en (contact)verzorgenden, dagen en tijdstippen waarop welke huisarts in het verzorgingshuis komt voor visites, coördinatie van het aanvragen van visites, eventuele rol van de verzorgenden bij het spreekuur, dossiervorming, informatieoverdracht tussen huisarts en verzorgende;
- Het al dan niet houden van een spreekuur van de huisarts in het verzorgingshuis. Voorstanders van een spreekuur vinden dat een spreekuur in het verzorgingshuis de zelfstandigheid van bewoners ondersteunt: zij kunnen nu eenvoudiger zelf de huisarts bezoeken. Tegenstanders vinden dat een spreekuur in het huis institutionaliserend werkt. Een huisarts zou gewone huisbezoeken moeten afleggen of het nu in een appartement is van een verzorgingshuis of in een woning in de wijk;
- Aanwezigheid van faciliteiten, bijvoorbeeld een spreek-/behandelkamer, automatisering, aansluiting op het huisartsinformatiesysteem (HIS) in het verzorgingshuis zodat de huisartsen de gegevens van patiënten ter plekke beschikbaar hebben, en afspraken over wat voor wiens rekening komt;

- Afstemming tussen huisarts, verzorgenden en verpleeghuisarts;
- Protocollering van zorg;
- Een één- of tweejaarlijks overleg over de algemene gang van zaken rondom het algemeen medisch beleid in het verzorgingshuis tussen het management van het verzorgingshuis en de huisartsengroep.

Aanpak, zoals gevolgd in een van de pilots

Huisartsengroepen en verzorgingshuizen kijken onderling en gezamenlijk wat een goede verdeling is: zijn er bijvoorbeeld huisartsengroepen die al het merendeel van cliënten hebben in bepaalde verzorgingshuizen. Er wordt uitgegaan van een evenwichtige overname van cliënten: als huisarts A een aantal cliënten overneemt van huisarts B, dan neemt huisarts B een aantal cliënten over van huisarts A in een verzorgingshuis dichtbij de praktijk van huisarts B. Op deze manier blijft het aantal cliënten in verzorgingshuizen per huisarts ongeveer gelijk en wordt een betere verdeling gerealiseerd. Alles in goed overleg met en met instemming van de betreffende cliënten. De eigen huisarts en een nieuwe arts uit de huisartsengroep bezoeken de cliënten, leggen de situatie uit en vragen of zij willen overstappen. Daarnaast informeert ook het verzorgingshuis de cliënten over de mogelijkheden van de overstap en bespreekt men voor- en nadelen. Voor de cliënten moet duidelijk zijn dat zij desgewenst ook hun eigen huisarts kunnen houden.

Voordelen van minder artsen per huis, minder huizen per arts

- Coördinatie, communicatie en afstemming tussen één verzorgingshuis en een beperkte groep huisartsen is gemakkelijker; er vindt meer afstemming plaats tussen de verzorgingshuiszorg en de medische zorg van de huisarts, verzorgenden zijn beter op de hoogte van het medisch beleid; verzorgenden en huisartsen kunnen elkaar leren kennen, men heeft te maken met 'minder gezichten', er zijn kortere lijnen, dat alles maakt het beter werkbaar voor zowel huisartsen als verzorgenden;
- Voor de huisartsen en verzorgenden betekent deze samenwerking doelmatiger zorgverlening. Huisartsen hebben minder reistijd door de concentratie van zorg. Zij kunnen bezoeken beter gecoördineerd afleggen. De verzorgenden kunnen de contacten met de arts beter voorbereiden en inplannen;

- Betere kwaliteit van zorg: meer structuur en continuïteit, meer uniform zorgbeleid, betere informatieoverdracht;
- Verhoging van de arbeidssatisfactie van huisartsen en verzorgenden;
- Voor bewoners en verzorgenden is het belangrijk dat er regelmatig een huisarts in huis aanwezig is en het is duidelijk wanneer dat is. Men weet wanneer men met vragen terecht kan;
- Samenwerking tussen een verzorgingshuis en een beperkt aantal huisartsen biedt mogelijkheden om volgende stappen te maken: bijvoorbeeld afspraken over farmaceutische zorg;
- Optie: er wordt spreekuur gehouden in het verzorgingshuis: mensen kunnen zelf eenvoudig naar het spreekuur toe.

Aandachtspunten

- Ook de cliëntenraden constateren dat het verzorgingshuis beter in staat is afspraken met huisartsen te maken als de groep huisartsen beperkt van omvang is. Het ligt naar hun opvatting in de rede om bewoners bij opname te vragen over te stappen naar een van de huisartsen waarmee het verzorgingshuis samenwerkt. De cliëntenraden benadrukken dat het voor bewoners mogelijk moet blijven desgewenst de eigen huisarts aan te houden;
- Volgens de betrokken huisartsen in de pilots is de vergoeding die de huisarts krijgt voor de medische zorg in het verzorgingshuis niet toereikend voor de gevraagde inzet. Naast de intensiteit van zorg speelt daarbij ook de toenemende vereiste coördinatie en afstemming voor deze zorg. (Niet alleen in de pilots waar beperking van het aantal huisartsen per verzorgingshuis onderwerp was, maar ook in nagenoeg alle andere pilots speelde dit aandachtspunt.);
- Een intensievere samenwerking van een bepaalde groep huisartsen met een verzorgingshuis is ook gebaat bij voldoende afstemming en overleg binnen die huisartsengroep zelf, bijvoorbeeld over de wijze van samenwerking met het verzorgingshuis en de uniformering van medisch beleid.

Samenwerking tussen een verzorgingshuis en één HAGRO

Zorgcentrum Gooiers Erf / HAGRO Hilversum NO, Hilversum

In Zorgcentrum Gooiers Erf (127 intramurale plaatsen) wordt sinds 1998 samengewerkt met de HAGRO Hilversum Noord Oost. Deze huisartsengroep bestaat uit zeven praktijken waarbinnen elf huisartsen werken. Begin jaren negentig is er een discussie geweest in Hilversum, zowel binnen de wereld van de huisartsen als die van de verzorgingshuizen, om te komen tot een betere structurering van de medische zorg in verzorgingshuizen. Het idee ontstond, mede ingegeven door de omstandigheid dat Hilversum door het spoor in een noordelijk en zuidelijk deel is gescheiden, om als HAGRO de zorg te beperken tot het nabijgelegen verzorgingshuis. Dit plan is echter niet uitgevoerd omdat een aantal partijen sterk hechtte aan de vrije huisartsenkeuze.

Eind jaren negentig vonden het Zorgcentrum Gooiers Erf en de HAGRO Hilversum NO dat er nu echt iets moest gebeuren. Belangrijke drijfveren waren de politieke discussie over de overheveling van de medische zorg in de verzorgingshuizen naar de AWBZ en de wens van zorgcentrum en huisartsen om tot betere afstemming en werkafspraken te komen. De concentratie van zorg zou de huisartsen de tijd kunnen besparen die ze kwijtraakten in de problematische verkeerssituatie van Hilversum. De HAGRO Hilversum NO en Zorgcentrum Gooiers Erf hebben afgesproken 'gewoon te beginnen' met het maken van afspraken tussen HAGRO en zorgcentrum. Een relatief groot deel van de cliënten van het zorgcentrum was reeds ingeschreven bij de HAGRO Hilversum NO. Inzet van zorgcentrum en HAGRO was dat zoveel mogelijk cliënten, op vrijwillige basis, zich zouden laten inschrijven bij deze HAGRO. Er is een actief beleid gevoerd om de overstap te bevorderen. Eind 2001 is ruim 80 % van de bewoners van het zorgcentrum ingeschreven bij HAGRO Hilversum NO.

Alle partijen zijn tevreden met het model waarbij wordt samengewerkt tussen het zorgcentrum en één HAGRO, met behoud van vrije huisartsenkeuze.

Samenwerking tussen een verzorgingshuis en één of twee HAGRO's

Spectrum - locatie Thureborgh, Dordrecht

Thureborgh is een verzorgingshuis met 155 plaatsen waar circa 30 verschillende huisartsen komen. Er bestaan oude afspraken in regionaal verband die het wijkgebonden werken als uitgangspunt hebben. Daarbij waren ook de verzorgingshuizen van Dordrecht aan bepaalde huisartsenpraktijken toebedeeld. Deze afspraken worden echter niet nageleefd.

Met de pilot wordt allereerst een verbetering van de communicatie tussen verzorgingshuis, huisartsen en verpleeghuisarts beoogd. Inhoudelijk moet de pilot leiden tot het verbeteren van de kwaliteit van de medische zorg door een betere samenwerking tussen verzorgingshuis, huisartsen en verpleeghuisarts. Om dat te bereiken zouden één of maximaal twee HAGRO's aan het verzorgingshuis verbonden moeten zijn. Binnen een werkgroep waarin alle partijen participeren is een notitie opgesteld over modellen om te komen tot deze beperking. Deze notitie wordt besproken in de RHV (gevormd door de voorzitters van de HAGRO's) en vervolgens binnen alle HAGRO's. Aandachtspunt hierbij is dat de HAGRO's geen besluitvormingsmechanisme kennen dat dergelijke afspraken afdwingbaar maakt, alle huisartsen binnen een HAGRO moeten er mee instemmen en naar gaan werken. De notitie wordt ook onder de aandacht gebracht van de overige verzorgingshuizen in Dordrecht, ter informatie en wellicht ter gezamenlijke actie.

De eerste resultaten van dit langer doorlopende project zijn van inhoudelijke aard. Er is uitgezocht welke knelpunten de partijen ervaren en wat de huisartsen en het verzorgingshuis van elkaar verwachten. Maar er is ook aangegeven in welke richting en op welke wijze naar oplossingen zal worden gezocht. Deze voornemens staan nu op de agenda van huisartsen en verzorgingshuizen. Daarnaast is een belangrijk resultaat op procesniveau dat de communicatie tussen de betrokken partijen op gang is gebracht en gezamenlijk naar oplossingen voor knelpunten en mogelijke verbeteringen in de zorg wordt gezocht.

Samenwerking tussen een verzorgingshuis en een HOED

Pieter van Foreest – Delfshove / HOED, Delft

Delfshove, dat onderdeel uitmaakt van de Stichting Pieter van Foreest, is een verzorgingshuis met 143 plaatsen. Er komen 44 verschillende huisartsen. In het kader van de pilot wordt samengewerkt met een HOED-praktijk (huisartsen onder één dak), waarin vijf huisartsen samenwerken.

Zowel de huisartsen van de HOED als het verzorgingshuis willen toe naar een situatie waarin met minder huisartsen wordt samengewerkt in het verzorgingshuis. Er kan dan meer gestructureerd worden gewerkt en er is minder aanleiding voor ad hoc-oplossingen. Dat zal leiden tot een betere kwaliteit van de zorg en zorgverlening op een efficiëntere wijze. Het project heeft een langere doorlooptijd dan de landelijke pilot en bestaat uit drie fasen: inventariseren, afspraken maken over en de geleidelijke beperking van het aantal huisartsen. Dit houdt onder meer in afspraken over bereikbaarheid, houden van spreekuur in het verzorgingshuis en overleg tussen huisarts en verzorgende.

Er wordt de weg van de geleidelijkheid gevolgd. Er is niet gestreefd naar een breed draagvlak onder alle huisartsen vooraf en het oplossen van alle mogelijke problemen, zoals financiering. Er wordt aangesloten bij wat er al is, bijvoorbeeld protocollen over de rol van de verzorgenden bij de medische zorg. Centraal staat dat de invoering van een beperkt aantal huisartsen echt van de grond komt. Nieuwe bewoners wordt gevraagd voor de HOED te kiezen en huidige bewoners krijgen deze mogelijkheid voorgelegd. Het staat bewoners vrij de eigen huisarts te houden.

Ondersteuning voor de huisarts

"Een probleem is dat de wederzijdse verwachtingen hooggespannen zijn. De huisarts verwacht veel van het verzorgingshuis en het verzorgingshuis verwacht veel van de huisarts."

Gemis aan ondersteuning

In een aantal verzorgingshuizen wordt al gewerkt met een beperkt aantal huisartsen als gevolg van gericht beleid of door geografische omstandigheden. In deze situaties zijn afspraken gemaakt tussen verzorgingshuis en huisartsen: er wordt bijvoorbeeld een spreekuur gehouden in het verzorgingshuis, er is een spreekkamer beschikbaar, er zijn afspraken over de onderlinge afstemming.

De huisartsen verplaatsen feitelijk een deel van hun praktijk naar het verzorgingshuis, maar missen in het verzorgingshuis de ondersteuning die in de huisartsenpraktijk aanwezig is. Dan gaat het bijvoorbeeld om de inzet van de doktersassistente voor het coördineren van het spreekuur, het opvangen van vragen over herhalingsrecepten en verwijsbrieven, of de vaste structuur in de diabeteszorg. Het ontbreken van deze ondersteuning in het verzorgingshuis kan leiden tot onderlinge wrijving en wrevel. De huisarts verwacht dat het verzorgingshuis meer ondersteuning bij de medische zorg biedt, terwijl het verzorgingshuis meer ondersteuning en overleg van de huisarts verwacht omdat de medische zorg steeds nauwer verbonden raakt met de verzorgingshuiszorg.

De ondersteuning van de huisarts in het verzorgingshuis vormt dus een belangrijk gemis. Assistentie bij de medische zorg kan de werkdruk van de huisarts verminderen, kan een schakel tussen de huisarts en de verzorgenden zijn en een vraagbaak voor de verzorgenden.

De werkwijze

In drie pilots, waar al een aantal jaren wordt gewerkt met een beperkt aantal huisartsen, is nagegaan op welke wijze de huisartsen kunnen worden ondersteund bij de medische zorg in het verzorgingshuis. Daarbij is gekeken naar ondersteuning via:

- De inzet van een *praktijkverpleegkundige* vanuit de HAGRO in het verzorgingshuis om meer structuur te brengen in de medische zorg voor de bewoners van het verzorgingshuis, zoals bij diabeteszorg of andere aandoeningen waarvoor regelmatige controle nodig is;
- De inzet van een *doktersassistente* die de huisartsen ondersteunt bij de praktijkvoering in het verzorgingshuis en die de afstemming met verzorgenden coördineert. Dat betreft dan vooral de administratieve ondersteuning en allerhande organisatorische zaken waaronder ook de afstemming tussen artsen onderling in het verzorgingshuis;
- De inzet van een *wijkverpleegkundige* van de thuiszorgorganisatie in het verzorgingshuis om de huisartsen te ontlasten en om op die manier de verschillende deskundigheden van professionals gericht in te zetten.

De ondersteuning door een praktijkverpleegkundige en een doktersassistente is in de pilots feitelijk van de grond gekomen. De inschakeling van de wijkverpleegkundige in het verzorgingshuis verkeert in een voorbereidend stadium. Er is nagegaan wat de rol zou kunnen zijn van een wijkverpleegkundige in het verzorgingshuis, hoe zo'n positie kan worden vormgegeven en welke knelpunten daarmee zouden kunnen worden verholpen.

Zorgen voor een goede taakverdeling

Assistentie bij de medische zorg in het verzorgingshuis raakt het werk van huisartsen en van verzorgenden. Heldere afspraken over een taakverdeling zijn essentieel. Ondersteuning is mogelijk bij het coördineren en structureren van het werk van de arts. De concrete taakstelling zal afhangen van het niveau van deskundigheid van assistentie. In de volle breedte gaat het om werkzaamheden als: het verwerken van aanvraagformulieren, verwijsbrieven en herhalingsrecepten; voorbereiden van bepaalde onderzoeken en zorgen dat relevante informatie verzameld is; bewaken van terugkerende afspraken en controles; coördineren van de diabeteszorg; een deel van de controles doen; specifieke verpleegkundige aspecten van de zorg uitvoeren.

Voordelen van ondersteuning

- Voor de huisartsen vermindert de werkdruk. Er is dankzij de geleverde ondersteuning een betere bewaking van afspraken, meer structuur in het bijhouden van controles en een goede afstemming met de medewerkers van het verzorgingshuis. De huisartsen kunnen daardoor doelmatiger werken, meer bezig zijn met de eigenlijke inhoud van hun vak en zij zijn door dit alles in staat een betere kwaliteit van zorg te bieden. Dat bevordert bovendien hun plezier in het werk;
- De betrokken verzorgingshuizen maken zich zorgen of huisartsen ook in de toekomst bereid en beschikbaar blijven om medische zorg te verlenen in het verzorgingshuis. Vanuit hun visie op zorg willen deze verzorgingshuizen de huisartsen graag behouden voor het verzorgingshuis. Assistentie voor de huisartsen in het huis kan daar een belangrijke rol in vervullen doordat de werkdruk van de huisartsen vermindert door deze inzet. Voor de verzorgingshuizen speelt ook de arbeidsvreugde voor de verzorgenden. Die neemt toe omdat er minder wrijving en wrevel bestaat tussen huisartsen en verzorgenden over de taakverdeling. De ondersteunende functionaris biedt een bepaalde dienstverlening waardoor ieder zich kan richten op de eigen professie en taak;
- De thuiszorg ziet in het project mogelijkheden en kansen om de samenwerking met verzorgingshuis en huisartsen verder inhoud te geven. Dit sluit aan bij de wijkgerichte aanpak van de thuiszorg. Het is ook een manier om de schotten in de zorg te slechten;
- De ondersteuning bij de medische zorg is bevorderlijk voor het logistieke proces. De samenwerking tussen de professionals verloopt op deze manier 'gesmeerd'.

Aandachtspunten

- Bij de praktijkverpleegkundige en doktersassistente speelt de vraag wie de kosten voor deze ondersteuning betaalt. In de pilots is nog de discussie gaande of de kosten voor rekening komen van de huisarts, voor rekening van het verzorgingshuis of dat er een tussenweg is waarbij beide partijen meebetalen. De achterliggende zorgfinanciers zijn dan respectievelijk zorgverzekeraar dan wel zorgkantoor. Voor de pilot waar een wijkverpleegkundige is ingeschakeld vindt bekostiging plaats vanuit het AIV-budget (advies, instructie en voorlichting) dat het zorgkantoor kan toekennen aan een thuiszorginstelling;
- Voor de ondersteuningsfunctionaris moeten een ruimte en faciliteiten zoals een computer beschikbaar zijn. Deze zaken moeten logistiek en financieel bijtijds worden geregeld.

Ondersteuning door praktijkverpleegkundige

Ave Maria / Gezondheidscentrum Geulle, Geulle

Verzorgingshuis Ave Maria met 69 intramurale plaatsen, is het enige verzorgingshuis in Geulle. Er is een gezondheidscentrum in Geulle, waar drie huisartsen praktijk houden. Eén van deze artsen is 'de vaste huisarts' van het verzorgingshuis en de meeste bewoners staan ook bij hem ingeschreven.

Volgens de huisarts is ondersteuning in de medische zorg vooral nodig om structuur te brengen in de zorg aan diabetespatiënten in het verzorgingshuis. Bewoners van het verzorgingshuis maken namelijk geen gebruik van het diabetesspreekuur dat in de huisartsenpraktijk wordt gehouden, omdat de huisarts naar het verzorgingshuis toekomt.

Voor het verzorgingshuis is het probleem in de medische zorg gelegen in de uiteenlopende verwachtingen. Het verzorgingshuis verwacht meer ondersteuning van de huisarts aan de verzorgenden bij het onderkennen van problemen van bewoners. De huisarts verwacht meer van de verzorgenden in de vorm van ondersteuning bij spreekuur en visites.

Voor de duur van de pilot is via de huisarts een praktijkverpleegkundige vanuit de thuiszorg gedetacheerd in het verzorgingshuis. Haar projectmatige werkzaamheden bestonden uit een inventarisatie van knelpunten in de medische zorg en specifiek de diabeteszorg. Op basis daarvan is een diabetesprotocol opgesteld, een diabetesspreekuur gerealiseerd en de verzorgenden zijn bijgeschoold. In het protocol zijn de taken van de huisarts, de praktijkverpleegkundige en de verzorgenden beschreven.

De reguliere werkzaamheden bestonden uit het ondersteunen van de huisarts bij het spreekuur, het fungeren als vraagbaak voor de verzorgenden, supervisie over de medische zorg door verzorgenden en het geven van nascholing. De praktijkverpleegkundige had na elk spreekuur een overleg met de huisarts en de verzorgenden.

De ervaringen met de praktijkverpleegkundige en met de organisatie van de diabeteszorg zijn unaniem positief. Door de pilot kunnen verzorgenden beter overzien wanneer ze de huisarts moeten inschakelen en zijn ze meer toegerust voor het begeleiden van diabetespatiënten. Verder was een belangrijke meerwaarde dat verzorgenden met hun vragen direct bij de praktijkverpleegkundige terecht konden. De huisarts is vooral tevreden over het feit dat de diabeteszorg nu goed is geregeld.

Ondersteuning door doktersassistente

Zorgcentrum Gooiers Erf / HAGRO Hilversum NO, Hilversum

Zorgcentrum Gooiers Erf werkt intensief samen met de huisartsengroep Hilversum Noord Oost (zie ook pagina 21).

Voor het betrokken zorgcentrum en de huisartsen lagen de knelpunten in een gemis aan administratieve ondersteuning van de artsen en het ontbreken van een doktersassistente bij de praktijkvoering in het verzorgingshuis. Er waren allerlei werkzaamheden waarvan zowel de huisartsen als de verzorgenden vonden dat die niet tot hun taak behoorden, maar die wel moesten gebeuren. Er was geen regulering van vragen naar het spreekuur, zoals wel gebeurt in de reguliere huisartsenpraktijk door de doktersassistente; een deel van de vragen kan door de assistente worden afgehandeld.

Gedurende de pilotperiode is een doktersassistente ingeschakeld in het zorgcentrum voor een aantal dagdelen per week. De assistente heeft de medische dossiers van de verschillende artsen samengebracht in één archief en geüniformeerd. Verder doet de doktersassistente allerlei voorbereidend werk voor het spreekuur. Als de huisarts komt voor het spreekuur vindt er eerst overleg plaats met de assistente en de verzorgenden. De huisarts krijgt op het spreekuur de relevante vragen; vragen om herhalingsrecepten, aanvraagformulieren en verwijfsbrieven worden door de assistente behandeld. De doktersassistente is begonnen om de stand van zaken van de diabetescontroles te inventariseren en waar nodig afspraken te maken voor controles. Ook doet zij voorwerk voor de huisarts voor de bewaking van de medicijnlijsten.

De verzorgenden zijn positief over het ondersteunende werk van de doktersassistente in het zorgcentrum. Hun contact met de huisartsen en de assistente is daardoor verbeterd en er is duidelijkheid over de taakverdeling.

De huisartsen zijn zeer tevreden over de inschakeling van de doktersassistente. Het overleg met de verzorgenden loopt soepeler, het spreekuur en de visites zijn beter voorbereid, afspraken worden beter bewaakt, de huisartsen worden administratief ondersteund. De zorg is beter georganiseerd door de intermediaire functie van de doktersassistente, waardoor ook de samenwerking zich verdiept.

Ondersteuning door wijkverpleegkundige

Tolsteeg / Huisartsenpraktijk Detmoldstraat/ Thuiszorg Stad Utrecht, Utrecht

Verzorgingshuis Tolsteeg (103 bewoners) ligt vlakbij huisartsenpraktijk Detmoldstraat, waar vijf huisartsen praktijk houden. Van oudsher leveren enkele huisartsen van deze huisartsenpraktijk de medische zorg aan de bewoners van Tolsteeg.

Directe aanleiding voor de huisartsenpraktijk en Tolsteeg om mee te doen als pilot was dat de druk op het spreekuur van de huisartsen in het verzorgingshuis te groot werd. Daarbij kwam ook de vraag naar voren of alle mensen die op het spreekuur komen ook inderdaad door de huisarts moeten worden gezien. Met andere woorden: welke deskundigheid moet worden ingezet bij welke vraag? De thuiszorg is bereid gevonden om mee te denken over verbeteringen in het proces van de medische zorg in het verzorgingshuis.

Het verzorgingshuis heeft na de start van de pilot twee teamcoördinatoren aangesteld om de vragen van de bewoners voor de huisartsen te coördineren. Deze aanpak heeft er al toe geleid dat het bezoek aan het spreekuur flink is teruggelopen, zonder dat bewoners het gevoel hebben dat ze worden afgehouden van het spreekuur. Zij kunnen altijd zonder tussenkomst van de verzorging naar het spreekuur. Als een bewoner een vraag om een bezoek van de huisarts stelt aan een verzorgende, kijkt de teamcoördinator samen met de bewoner of een consult bij de huisarts nodig is. Er zijn bijvoorbeeld situaties waarin de bewoner enige dagen geleden al naar het spreekuur is geweest maar niet meer weet wat er is afgesproken, of niet weet dat het langere tijd duurt voor een behandeling effect heeft. De coördinator kan in veel gevallen informatie geven waardoor het bezoek aan het spreekuur overbodig is. In geval van twijfel overlegt de coördinator met de huisarts.

Verzorgingshuis, huisartsen en thuiszorg hebben gezocht naar de juiste match van deskundigheid bij gestelde vragen. Er is een routing ontwikkeld voor het beantwoorden van een medische vraag van een bewoner. Een bewoner kan altijd rechtstreeks contact opnemen met de huisarts, maar een vraag kan in bepaalde gevallen ook door anderen worden beantwoord. Bijvoorbeeld door de verzorgende, de teamcoördinator of door een (gespecialiseerd) wijkverpleegkundige. Deze procedure leidt tot verminderde werkbelasting voor de huisarts.

Allereerst wordt nu een wijkverpleegkundige ingeschakeld in het verzorgingshuis onder meer voor het houden van een verpleegkundig spreekuur. Zij kan taken overnemen van de huisarts, adviezen en voorlichting geven aan verzorgenden of rechtstreeks vragen van bewoners beantwoorden. Zonodig kan zij een beroep doen op een specialistisch verpleegkundige van de thuiszorg.

Verpleeghuisartsen in het verzorgingshuis

Medische zorg door de verpleeghuisarts aan bewoners in substitutiezorg

"De verpleeghuisarts heeft meer tijd beschikbaar en is vaker aanwezig. We hebben nu als verzorgenden niet meer het gevoel er alleen voor te staan."

Van twee kapiteins in de substitutiezorg naar één kapitein

Verzorgingshuizen bieden ook zorg aan bewoners met een indicatie voor aanvullende multidisciplinaire zorg, in de wandelgangen aanvullende verpleeghuiszorg of substitutiezorg genoemd. Het gaat om bewoners die extra zorg nodig hebben als aanvulling op de reguliere verzorgingshuiszorg. Bij deze aanvullende zorg zijn zowel de huisarts als de verpleeghuisarts betrokken. De behandeling van deze bewoners is in handen van de huisarts die daarbij de verpleeghuisarts kan consulteren. De verpleeghuisarts is verantwoordelijk voor de coördinatie en uitvoering van het multidisciplinaire zorgplan van deze bewoners.

In twee pilots is de medische zorg aan deze bewoners volledig overgenomen door de verpleeghuisarts. De complexe zorgvraag van deze bewoners kost zo veel tijd aan overleg en zorg dat de huisartsen in de ene situatie met de zorgverlening zijn gestopt en in de andere situatie verzocht hebben om de zorg aan de verpleeghuisarts te kunnen overdragen. De huisartsen zijn bovendien van mening dat deze complexe zorg meer thuishoort bij de verpleeghuisarts. Ook de verpleeghuisartsen vinden een intensievere medische begeleiding voor deze bewoners noodzakelijk. De verpleeghuisartsen hoeven niet langer 'geneeskunde met de handen op de rug' te beoefenen nu zij naast hun coördinatie- en adviesfunctie ook de behandeling op zich kunnen nemen.

Voor de verzorgingshuizen telt het belang van een kwalitatief verantwoorde zorg voor de bewoners. De verpleeghuisartsen hebben specifieke deskundigheid voor de complexe zorgvraag van deze groep en zijn gericht op het samenwerken met andere disciplines.

Stappen om de medische zorg over te nemen

Er is het nodige te regelen voordat de verpleeghuisartsen daadwerkelijk de medische zorg kunnen overnemen. Betrokken partijen moeten overeenstemming hebben over de overname van de zorg en over de visie op zorg en zorgbeleid. De cliëntenraad wordt om advies gevraagd. Met het zorgkantoor en zorgverzekeraar is overleg nodig over de bekostiging van de medische zorg, de labaanvragen en het voorschrijven van medicatie door de verpleeghuisarts. De bewoners of hun vertegenwoordigers worden geïnformeerd en gevraagd in te stemmen met de overstap naar de verpleeghuisarts. Vervolgens kan de overdracht van de huisarts aan de verpleeghuisarts plaatsvinden, inclusief de overdracht van dossiers. Met de apotheek worden afspraken gemaakt over de medicijnprescriptie door de verpleeghuisarts en de aflevering van medicatie.

Het verpleeghuis moet ervoor zorgen dat de formatie verpleeghuisartsen voldoende is en dat er een goede waarneming is. De waarnemende artsen worden geïnformeerd over de gang van zaken.

Tussen verzorgingshuis en verpleeghuisarts worden afspraken gemaakt over de bereikbaarheid, overlegstructuur, wijze van verzamelen en voorleggen van vragen aan de arts, informatieoverdracht en de dossiervorming. De dossiers van de bewoners worden zo nodig aangepast. Er zijn bijvoorbeeld specifieke formulieren voor de verpleeghuisarts nodig in het kader van de BOPZ. Er wordt gekeken welke voorzieningen op de afdeling nodig zijn bijvoorbeeld aan verpleegmaterialen en hulpmiddelen. Tevens wordt nagegaan of er en zo ja op welke punten behoefte is aan deskundigheidsbevordering bij het personeel, en welke rol de verpleeghuisarts daarbij kan spelen.

Op de afdeling is een informatiemap aanwezig waarin de werkafspraken, de communicatiestructuur, de roosters van dienstdoende artsen en de te hanteren protocollen zijn opgenomen. De avond- en nachthoofden en de receptie worden ingelicht over de waarneming en bereikbaarheid van de verpleeghuisarts.

Alle afspraken over de samenwerking tussen verzorgingshuis en verpleeghuis voor de inzet van de verpleeghuisarts worden vastgelegd in een overeenkomst.

Voorbeeld van een communicatiestructuur bij medische zorg door een verpleeghuisarts

- Dagelijkse korte visite van de arts op de afdeling: doorspreken met de verzorging of er bijzonderheden zijn, bespreken hoe het met bepaalde bewoners gaat;
- Vast dagdeel per week visite van de arts op de afdeling (bijvoorbeeld twee keer per week; bewoners met niet-acute problemen worden besproken en zo nodig bezocht);
- Acute visite bij acute situaties;
- 'Papieren visite' (bijvoorbeeld eens per twee weken, betreft controle op zorgprocessen, door arts en verzorgende);
- Bewonerbespreking (eens per maand, verzorgende met bewoner / familie, ter voorbereiding van multidisciplinair overleg (MDO));
- MDO (iedere bewoner wordt in beginsel eens per maand besproken, het zorgplan wordt geëvalueerd en zo nodig bijgesteld);
- Zorgplanbespreking met bewoner / familie na ieder MDO;
- Familiegesprekken.

Voordelen van de medische zorg door de verpleeghuisarts in de substitutiezorg

- Inzet van de specifieke deskundigheid van de verpleeghuisarts voor het bieden van CSLM-zorg (continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg) die aansluit bij de complexe problematiek van de betreffende bewoners;
- De overdracht beperkt voor de huisartsen de werkdruk in tijd, maar ook in de gevraagde deskundigheid;
- De medische zorgverlening is doelmatiger en de verantwoordelijkheid is helder doordat de zorg per patiënt niet meer is verdeeld over twee artsen;
- Meer continuïteit en afstemming in de zorg door een expliciete communicatiestructuur;
- Verbeterde zorgkwaliteit door gerichte inzet van deskundigheid en systematisch volgen van de bewoner. Er is meer eenheid van beleid en de gekozen beleidslijn is ook bij de waarnemende artsen bekend;
- Grotere arbeidssatisfactie bij de betrokken professionals. Deze zorg betekent voor de verpleeghuisartsen een aanvulling op hun professie en zij hoeven geen 'geneeskunde met de handen op de rug' te verlenen; verzorgenden voelen zich beter betrokken bij het zorgbeleid en de verpleeghuisartsen zijn voor hen gemakkelijk toegankelijk;

- Tevredenheid bij de bewoners omdat zij meer betrokken worden bij het zorgplan en zij zich veiliger voelen omdat de verpleeghuisarts snel bereikbaar en beschikbaar is;
- De verpleeghuisarts is vaker aanwezig en dat heeft ook positieve gevolgen in de vorm van 'training on the job' voor verzorgenden.

Aandachtspunten

De bewoners van het verzorgingshuis, ook zij met een indicatie voor aanvullende multidisciplinaire zorg, zijn formeel aangewezen op huisartsgeneeskundige zorg. De aanspraak op huisartsgeneeskundige zorg in het zogeheten tweede compartiment bestaat alleen indien deze zorg door een huisarts wordt verstrekt. Omdat de verpleeghuisarts niet als huisarts geregistreerd is, is de vergoeding van deze zorg door verpleeghuisartsen problematisch. Ook de aansprakelijkheid van de verpleeghuisarts, werkzaam op het terrein van de huisarts, en diens werkgever en mogelijk de herregistratie als verpleeghuisarts zijn knelpunten die bij deze overdracht meespelen. In de pilots is over de vergoeding van de medische zorg door de verpleeghuisartsen voor de duur van de projectperiode overeenstemming bereikt tussen de betrokken partijen en zorgkantoor en zorgverzekeraar.

Medische zorg door verpleeghuisarts aan bewoners in substitutiezorg

Woonzorgcentrum Heerewegen / Verpleeghuis Bovenwegen, Zeist

Woonzorgcentrum Heerewegen heeft sinds eind jaren tachtig een relatief grote meerzorgafdeling; vanaf 1 januari 2002 verblijven hier 42 bewoners die aanvullende verpleeghuiszorg behoeven. Pal naast Heerewegen ligt het verpleeghuis Bovenwegen, waarmee nauw wordt samengewerkt voor de verpleeghuiszorg.

In Heerewegen is er destijds bewust voor gekozen de medische zorg op de meerzorgafdeling te laten verlenen door één huisarts, vanuit de optiek dat dat de afstemming en daarmee de zorg ten goede komt. De betrokken huisarts heeft aangegeven per 1 februari 2002, gezien de eisen die de zorg stelt, te stoppen met de medische zorg en er is geen andere huisarts die de zorg wil overnemen. Het woonzorgcentrum had reeds het plan om de medische zorg voor meerzorgbewoners over te dragen aan de verpleeghuisarts, in het licht van het aanvragen van een BOPZ-aanmerking voor de betreffende afdeling en de in dat kader te regelen medische verantwoordelijkheid. Dit plan raakt in een stroomversnelling omdat er geen huisarts meer voor de medische zorg beschikbaar is. Het verzorgingshuis laat voor de bewoners de mogelijkheid open om desgewenst de eigen huisarts te behouden. Feitelijk was dat in Heerewegen niet mogelijk, omdat de huisarts zelf is gestopt. Op één uitzondering na hebben alle bewoners of hun vertegenwoordiger ingestemd met de overdracht van de medische zorg aan de verpleeghuisarts.

Betrokkenen zijn tevreden over de nieuwe werkwijze. Er is intensievere samenwerking in de zorg, er vindt regelmatig formeel en informeel overleg plaats. Er is helderheid over de werkwijze en ieders verantwoordelijkheden doordat de communicatie tussen de verschillende disciplines bij de meerzorg is verbeterd. Er vindt regelmatig evaluatie en zo nodig bijstelling van beleid plaats. Ook bewoner en familie worden betrokken bij het multidisciplinaire zorgbeleid.

Medische zorg door verpleeghuisarts aan bewoners in substitutiezorg

De Riethorst, Geertruidenberg

Ook het verzorgingshuis de Riethorst locatie Maurits heeft al jarenlang een afdeling voor bewoners die aanvullende verpleeghuiszorg behoeven. Het verzorgingshuis van de Riethorst werkt nauw samen met het verpleeghuis van de Riethorst en maakt sinds enkele jaren onderdeel uit van dezelfde stichting.

De huisartsen hebben in 2001 aan de verpleeghuisartsen verzocht om de medische zorg aan de substitutiebewoners in de Riethorst van hen over te nemen. Redenen hiervoor zijn de toenemende zorgzwaarte van de bewoners in het substitutieproject, de specifieke deskundigheid die deze zorg vraagt, de gedeelde verantwoordelijkheid in de zorg en het extra tijdsbeslag dat deze zorg vraagt. Het verpleeghuis en de verpleeghuisartsen hebben ingestemd met deze overdracht, omdat naar de mening van de verpleeghuisartsen deze bewoners een intensievere en gerichtere medische begeleiding nodig hebben en de zorg efficiënter verleend kan worden als deze is ondergebracht bij één arts.

Om praktische redenen is de overdracht gesteld op het moment (december 2001) dat het verzorgingshuis tijdelijk verhuist in verband met nieuwbouw. Bewoners kunnen desgewenst de eigen huisarts behouden. Alle bewoners of hun vertegenwoordiger hebben ingestemd met de overdracht van de medische zorg aan de verpleeghuisarts.

Het verzorgingshuis, de bewoners, verzorgenden en verpleeghuisarts zijn positief over dit samenwerkingsmodel. Het contact tussen arts en verzorgenden is nu meer gestructureerd: het contact is frequenter en er is meer tijd voor beschikbaar. De lijnen zijn korter. Dit werkt voor de verzorgenden erg plezierig en het is efficiënter. Verzorgenden voelen zich meer betrokken, zijn beter op de hoogte van de problematiek en kunnen de zorg beter afstemmen op de vraag. Ook bewoners en familie ervaren dat er meer tijd voor contact en overleg met hen is. Voor de verpleeghuisarts is van belang dat de bewoners die zorg krijgen die aansluit bij hun vraag.

Medische zorg door verpleeghuisartsen aan alle verzorgingshuisbewoners

Het hoe en waarom van deze samenwerkingsvorm

Deze vorm is ontstaan in een organisatie waar een verzorgingshuis en een verpleeghuis in één gebouw zijn gehuisvest. Sinds 2000 wordt de medische zorg aan de bewoners van het verzorgingshuis verleend door de drie verpleeghuisartsen die ook werkzaam zijn in het verpleeghuisdeel. Het zorgcentrum ziet het verlenen van de medische zorg door de verpleeghuisartsen als een aanbod van de organisatie waar de verzorgingshuisbewoners al dan niet gebruik van kunnen maken. Iedere arts heeft in principe een eigen afdeling. De bewoners wordt bij opname verteld dat zij zich kunnen laten inschrijven bij deze arts. Maar zij kunnen ook hun eigen huisarts behouden.

De situatie waarin de zorg door de verpleeghuisartsen wordt verleend is ontstaan nadat de huisartsen de zorg aan de verzorgingshuisbewoners niet langer op zich wilden nemen vanwege de toenemende complexiteit en intensiteit van deze zorg. De huisartsen achtten hun deskundigheid onvoldoende toegesneden op deze groep ouderen. Ook kwamen zij in de problemen als gevolg van de tijdsinvestering die deze zorg vergt.

Het zorgcentrum en de verpleeghuisartsen zien de medische zorg als integraal onderdeel van de verzorgingshuiszorg. Dat vereist in hun visie ook een intensieve samenwerking tussen de artsen en de verzorgenden. Deze multidisciplinaire zorgverlening sluit aan bij de gangbare werkwijze van verpleeghuisartsen. De overdracht van de medische zorg naar de verpleeghuisartsen lost ook de onbevredigende situatie op die nogal eens optreedt bij acute zorgproblemen van verzorgingshuisbewoners: er zijn artsen in het huis aanwezig met de benodigde deskundigheid, maar formeel hebben zij geen rol bij de behandeling van deze bewoners.

Bewoners kunnen zelf, via de doktersassistente op het secretariaat van de verpleeghuisartsen, een afspraak maken. Dit gebeurt zelden. Meestal zeggen bewoners tegen een verzorgende dat zij een arts willen spreken. De verzorgende bespreekt met de bewoner of de vraag acuut is, of dat gewacht kan worden tot de reguliere wekelijkse visite van de arts op de afdeling. Het kan ook zijn dat de verzorgende zelf contact opneemt met de arts om een vraag te bespreken of af te checken of een visite van de arts direct nodig is. Als een bewoner in het overleg met de verzorgende aangeeft toch de arts te willen spreken, is dit altijd mogelijk. Op deze wijze fungeren de verzorgenden in zekere zin als 'gatekeepers' naar de medische zorg.

Voordelen van dit model

- De kwaliteit van de zorg verbetert door integrale zorgverlening en een heldere communicatiestructuur;
- De tevredenheid onder de bewoners neemt toe. Bewoners voelen zich veilig omdat de arts snel beschikbaar is en waarderen dat er tijd is voor een gesprek;
- Deze werkwijze bevordert de arbeidssatisfactie van verzorgenden en verpleeghuisartsen. Verzorgenden ervaren dat de verpleeghuisarts onderdeel uitmaakt van het team zodat er meer informatieuitwisseling en kennisoverdracht plaatsvindt. Problemen worden gedeeld en samen opgelost. De verpleeghuisarts geeft in bepaalde situaties aan de verzorgende aan wat speciaal geobserveerd moet worden, en vraagt vervolgens naar de observaties. Dit verhoogt zowel het plezier in het werk van de verzorgenden als de kwaliteit van zorg. Een teamleider: "Je doet het meer samen". Voor de verpleeghuisartsen is de zorgverlening aan verzorgingshuisbewoners een interessante uitbreiding van hun werk;
- Er is sprake van uniform beleid bij waarneming: de verzorgingshuisbewoners vallen onder de waarnemingsregeling van de verpleeghuisartsen, en niet van de centrale doktersdienst. Het voordeel daarvan is dat de artsen in de waarnemingsregeling bekend zijn met het zorgcentrum. Er is onderling overleg en afstemming van beleid zodat ook de waarnemers op de hoogte zijn van bijvoorbeeld de gangbare wijze van rapporteren in het dossier.

Aandachtspunten

In deze situatie gelden dezelfde aandachtspunten als in de voorgaande pilots waarin de verpleeghuisarts zorg verleent aan bewoners in de substitutiezorg. De aanspraak op medische zorg van deze bewoners valt niet onder de AWBZ maar onder het tweede compartiment. Er moeten dus aparte afspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraar.

Medische zorg door verpleeghuisartsen aan alle bewoners

Fontis - Zorgcentrum Bernardus, Amsterdam

Zorgcentrum Bernardus, onderdeel van zorgorganisatie Fontis, is een gecombineerd verpleeg- en verzorgingshuis in het centrum van Amsterdam. Er zijn 134 verpleeghuisplaatsen en 154 verzorgingshuisplaatsen, waarvan 40 substitutieplaatsen.

Tot 1997 werd de medische zorg in het zorgcentrum hoofdzakelijk verleend door één huisarts uit de wijk. In 1996 constateren het zorgcentrum en de huisarts steeds vaker problemen in de medische zorg. Het zorgcentrum vindt met name de afstemming en communicatie tussen verzorgenden en huisarts onvoldoende. Gezien de complexe zorgproblematiek zou de huisartsenzorg een integraal onderdeel van de zorg binnen het zorgcentrum moeten zijn. De huisarts constateert dat de zorg steeds intensiever wordt en meer tijd vraagt, ook voor overleg met de verzorgenden. Dit drukt zwaar op de huisartsenpraktijk en de huisarts wil daarom stoppen met deze zorg.

Het zorgcentrum ontwikkelt het idee om de medische zorg te gaan leveren vanuit de eigen organisatie. Allereerst werd dit vormgegeven door zelf een huisarts in dienst te nemen; dit bleek echter geen structurele oplossing omdat een huisarts problemen krijgt met de herregistratie als hij langdurig voor een selecte groep patiënten werkt. Geïnspireerd door het kabinetsvoornemen de medische zorg voor verzorgingshuisbewoners onder de AWBZ te brengen, heeft het zorgcentrum ervoor gekozen de medische zorg te laten verlenen door de verpleeghuisartsen die reeds in het zorgcentrum werken. Deze keuze is ook ingegeven door de visie op zorgverlening aan mensen met complexe problematiek (waarvoor methodisch en multidisciplinair werken, continuïteit in zorg en specifieke deskundigheid nodig is) en het voorbeeld van een ander verzorgingshuis binnen de stichting waar deze constructie ook wordt gehanteerd. Voor de bekostiging zijn afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar. De bewoners kunnen, indien zij dat wensen, hun eigen huisarts behouden. Drie of vier bewoners hebben ervoor gekozen bij hun eigen huisarts te blijven.

Alle betrokkenen beschouwen deze vorm van integratie van de medische zorg in de verzorgingshuiszorg als het meest ideale model voor Zorgcentrum Bernardus.

Huisarts en verpleeghuisarts als duo

Waarom deze vorm van samenwerking?

In één pilot wordt de medische zorg verleend door een huisarts en een verpleeghuisarts. In dit gecombineerde verpleeg- en verzorgingshuis is de visie dat medische zorg in het verzorgingshuis zich beweegt op het grensvlak van intramurale en extramurale zorg. Het verzorgingshuis wil, gelet op de complexe zorgvraag en de toenemende zorgzwaarte van bewoners, een beroep kunnen doen op de geriatrische deskundigheid van de verpleeghuisarts. Aan de andere kant is er ook de behoefte om met de eerste lijn op te blijven trekken omdat de zorg steeds meer extramuraal wordt geboden. Vanuit dit laatste perspectief is de rol van de huisarts heel belangrijk.

Werkwijze

Dit dualistische model voor de medische zorg is gedurende de pilot geïntroduceerd op één afdeling van het verzorgingshuis (42 bewoners). Eén huisarts en één verpleeghuisarts vormen een samenwerkingsverband en verlenen de medische zorg aan de bewoners van de afdeling. De bewoners is gevraagd over te stappen naar een van deze vaste artsen; men kan echter ook de eigen huisarts houden. Als gekozen wordt voor een van de vaste artsen, vindt de inschrijving vervolgens formeel plaats bij de betrokken huisarts, maar feitelijk komen de bewoners bij de huisarts of bij de verpleeghuisarts terecht, al naar gelang hun keuze. De kunstgreep wat betreft de inschrijving is nodig omdat op basis van de huidige regelgeving de bekostiging van de medische zorg verloopt via de huisartsenpraktijk. Er wordt gezocht naar een verbeterde constructie bijvoorbeeld in de vorm van een gezamenlijke praktijk.

De bewoners krijgen integrale medische zorg van of de huisarts of de verpleeghuisarts. Beide artsen afzonderlijk behandelen zowel bewoners in de lichtere zorgzwaartegroep als bewoners in de substitutiezorg. Door regelmatig overleg ontstaat een uitwisseling van ieders specifieke deskundigheid. Door deze vorm van medische zorg is het aantal artsen op de afdeling sterk verminderd.

Bij de start van de pilot zijn afspraken gemaakt over:

- Beschikbaarheid en inzet van huisarts en verpleeghuisarts;
- Spreekuur: huisarts en verpleeghuisarts houden ieder één keer per week spreekuur in het verzorgingshuis; na het spreekuur vindt er overleg plaats met de teamleiders om op die manier te zorgen voor terugkoppeling met de verzorgenden;

- Waarnemingsregeling tussen de artsen;
- Vergoeding voor de medische zorg;
- Samenwerking tussen de artsen onderling en tussen artsen en verzorgenden: afspraken over inhoudelijk overleg en informatieoverdracht;
- Voorbereiding en deelname aan het multidisciplinair overleg;
- Faciliteiten voor de artsen zoals een spreek-/behandelkamer en een online-verbinding met de huisartsenpraktijk;
- Overleg met de apotheker over receptgang, formularium en geneesmiddelen-distributie.

Voordelen van het dualistische model

- De deskundigheden van huisarts en verpleeghuisarts zijn aanvullend en leveren een meerwaarde op voor de zorg. Voor de huisartsen en verpleeghuisartsen biedt deze vorm van samenwerking vooral de kans om van elkaar te leren: de huisarts doet kennis op van de geriatrische zorg die ook van pas komt bij de reguliere zorg in de wijk; de verpleeghuisarts leert van de visie en werkwijze van de huisarts;
- De onderlinge consultatie van huisarts en verpleeghuisarts is laagdrempelig want maakt deel uit van de dagelijkse zorgpraktijk;
- Tevreden bewoners, er zijn duidelijke afspraken onder andere over de beschikbaarheid van de artsen. Verder zijn de bewoners meer betrokken bij het beleid ten aanzien van de medische zorg;
- Grotere arbeidssatisfactie, niet alleen bij de huisarts en verpleeghuisarts maar ook bij de verzorgenden. Zij worden meer bij de behandeling betrokken. Artsen en verzorgenden zijn beter bereikbaar voor elkaar wat een bron van irritatie aan beide kanten wegneemt;
- Betere kwaliteit van zorg door meer structuur en continuïteit, betere communicatie en afstemming tussen de verschillende disciplines en een betere informatieoverdracht.

Aandachtspunten

Net als in de vorige situaties in dit hoofdstuk bestaat hier het knelpunt dat de verpleeghuisarts medische zorg verleent in de eerste lijn. Voor de duur van deze pilot is ervoor gekozen om de verpleeghuisarts onder verantwoordelijkheid van de huisarts te laten werken zodat de vergoeding via de huisartsenpraktijk verzekerd is. Een constructie die geen recht doet aan de praktijk waar de artsen, met ieder een eigen deskundigheid, op voet van gelijkwaardigheid samenwerken. Voor de lange termijn gaat de gedachte uit naar een meer passende organisatievorm waarbij partijen als gelijkwaardige partners functioneren bijvoorbeeld in een geriatrische praktijk.

Medische zorg aan bewoners door huisarts en verpleeghuisarts

Antaris - Leo Polakhuis / Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG), Amsterdam

Het Leo Polakhuis is een gecombineerd verpleeg- en verzorgingshuis. De pilot heeft betrekking op een afdeling waar 42 bewoners verblijven van wie 15 met een somatische of psychogeriatrische substitutie-indicatie. Voordat de pilot van start ging, kwamen op deze afdeling in totaal 16 huisartsen.

Het Leo Polakhuis zocht op basis van zijn integrale visie op zorg naar nauwere samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts. De gevolgde opzet is dat een huisarts en een verpleeghuisarts binnen één verband functioneren. Als de bewoner wil meedoen (de vrije huisartsenkeuze blijft gerespecteerd) kiest hij één van deze artsen als vaste arts. Zowel de huisarts als de verpleeghuisarts verleent aan zijn patiënt integrale medische zorg. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de artsen naar bewoners met of zonder indicatie voor substitutiezorg. Op deze wijze wordt een teruggang van het aantal bij het verzorgingshuis betrokken huisartsen beoogd en inzet van deskundigheid van zowel huisarts als verpleeghuisarts.

De geschetste situatie is sinds 3 januari 2002 in werking. Er wordt samengewerkt met een huisarts die in dienst is van de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG) en werkzaam is in het nabijgelegen gezondheidscentrum. 75% van de bewoners heeft bij de start van de pilot ingestemd met een overstap naar of de huisarts of de verpleeghuisarts. Gaande het traject kwam ook van niet-deelnemende bewoners en van bewoners van andere afdelingen de vraag of men zich kon inschrijven bij een van deze twee artsen.

De eerste maanden van de pilot hebben in het teken gestaan van het vinden van een evenwicht voor huisarts en verpleeghuisarts om samen op te trekken. Verschillen in visie, werkwijze en benadering werden zichtbaar. De huisarts werkend vanuit de optiek van zelfstandig wonende patiënten, meer autonomie van de bewoners, en als solist. De verpleeghuisarts werkend binnen instellingsverband en meer gericht op multidisciplinaire samenwerking, op onderlinge afstemming en overleg.

De eerste ervaringen zijn positief. De structuur en organisatie van de zorg zijn verbeterd. De deskundigheden van huisarts en verpleeghuisarts vullen elkaar aan wat de kwaliteit van zorg ten goede komt.

Samenwerking met de apotheker

"Ik ben als apotheker nu beter op de hoogte van de werkwijze in het verzorgingshuis en weet dat de medicijnen die ik aflever, op de juiste wijze worden beheerd."

Protocollen voor specifieke groepen patiënten

Samenwerking vanuit een inhoudelijke invalshoek

In deze pilot bestaat al enige jaren samenwerking tussen één verzorgingshuis, een beperkt aantal huisartsen en één apotheker. De deelnemende partijen vonden dat de samenwerking nog beter kon worden benut ten behoeve van de kwaliteit van zorg. Vanuit een inhoudelijke invalshoek wordt nu de samenwerking verdiept. Hoe kunnen bijvoorbeeld ieders inspanningen bij de zorg voor diabetespatiënten of voor mensen met een urineweginfectie op elkaar worden afgestemd? Wie is er verantwoordelijk voor dat een diabetespatiënt regelmatig op het spreekuur komt voor oogheelkundige controle? Welke informatie heeft de huisarts nodig als urine wordt ingeleverd voor onderzoek?

Verzorgingshuis, huisarts en apotheker hebben samen protocollen opgesteld voor specifieke patiëntencategorieën. Deze protocollen omschrijven op heldere wijze de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines. Er is ook gewerkt aan een structurele verankering door deze protocollen op te nemen in het kwaliteitsstelsel van het verzorgingshuis. Daarnaast zijn werkspraken gemaakt over terreinen waarop partijen elkaars kennis kunnen aanvullen. De apotheker draagt bij aan de deskundigheidsbevordering van de verzorgenden door het geven van cursussen bijvoorbeeld over inhalatiemedicatie. Er is ook afgesproken dat apothekers en huisartsen regelmatig de chronische medicatie toetsen. Tevens zijn nieuwe formulieren opgesteld om de chronische medicatie te verminderen.

Profijt van de samenwerking in drievoud

- De protocollen en de werkafspraken zijn een antwoord op ondervonden inhoudelijke problemen bij de samenwerking. Huisarts, apotheek en verzorgenden zagen in protocollering mogelijkheden om de zorg te verbeteren en het werk te verlichten;
- Het opstellen van protocollen en het maken van afspraken op een inhoudelijke en praktische basis sluit meer aan bij de belangstelling en belevingswereld van huisartsen dan het opstellen van een algemene samenwerkingsovereenkomst;
- Protocollen en werkafspraken bieden duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden. Het is duidelijk wie waar over gaat en wie op welke zaken kan worden aangesproken;
- Meer structuur in de zorg, een systematische bewaking en meer kennis en inzicht bij de verzorgenden over de farmaceutische zorg zijn evenzovele bijdragen aan een verbetering van de zorgkwaliteit;
- De professie van de apotheker krijgt een extra invulling door de inhoudelijke en organisatorische bijdrage aan het farmaceutisch proces binnen het verzorgingshuis.

Aandachtspunten

De indruk bestaat dat het samen opstellen van protocollen en ernaar handelen eigenlijk alleen goed kan als er wordt samengewerkt tussen één verzorgingshuis, een beperkte groep huisartsen en één apotheek. Hoe meer mensen en organisaties zich eraan moeten binden, hoe lastiger het is om tot opstelling en naleving van de protocollen te komen.

Protocollen vormen daarmee een verdieping en versteviging van reeds bestaande samenwerking. Belangrijk is dat de samenwerkingspartners ook binnen de eigen organisatie of groep afstemming bereiken over de samenwerking en dat iedere partij voldoende is geëquipeerd om de afspraken na te kunnen komen.

Protocollen voor specifieke patiëntencategorieën

Verzorgingshuis Firenschat / Gezondheidscentrum Kerkrade-West, Kerkrade

Tegenover het verzorgingshuis Firenschat (80 intramurale plaatsen) ligt het gezondheidscentrum De Maar, waar drie huisartsen en de apotheek Kerkrade-West zijn gehuisvest. De nabijheid van het gezondheidscentrum en het verzorgingshuis heeft bijgedragen aan de intensieve samenwerking van de drie partijen. Partijen willen de reeds enige jaren bestaande samenwerking en de aanwezige deskundigheid binnen het gezondheidscentrum beter benutten om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Er is behoefte aan duidelijke 'spelregels' voor de inhoudelijke samenwerking, om te weten waar ieder aan toe is, taken en verantwoordelijkheden helder te maken, te weten welke informatie ieder nodig heeft en om elkaar op afspraken te kunnen aanspreken. Daarnaast is er behoefte aan betere structurering van zorg omdat het beleid nu vaak ad hoc is. De structuur en routine die er is bij de zorg in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld het plannen van controles, ontbreekt vaak voor de bewoners in het verzorgingshuis die niet zelf de huisartsenpraktijk bezoeken. Doordat bewoners meestal ook niet zelf de medicatie halen bij de apotheek, ontbreekt de persoonlijke instructie over het gebruik ervan.

De samenwerking is verder uitgewerkt op basis van een inhoudelijke lijn. Daarbij hebben partijen het accent gelegd op die onderwerpen waar de samenwerking onvoldoende uit de verf kwam: de diabeteszorg, zorg bij urineweginfectie, de chronische medicatie en instructie voor inhalatiemedicatie.

In de pilotperiode draaide het vooral om de ontwikkeling van protocollen en het maken van werkafspraken. Het uitwerken en accorderen van de protocollen duurde langer dan voorzien. Het bespreken en vaststellen binnen HAGRO en verzorgingshuis kost de nodige tijd. Binnen de apotheek is het eenvoudiger de zaken intern te regelen omdat de organisatie kleiner is.

Farmaceutische norm

Het waarom en hoe van deze samenwerking

In deze pilot heeft het verzorgingshuis samen met huisartsen en apotheker het farmaceutisch proces in het huis aangepakt. Het streven is om de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg te bevorderen. Zowel huisartsen als apotheker raken door de toenemende zorgzwaarte meer betrokken bij de zorg aan de bewoners. De complexere zorgvraag vraagt om een integrale aanpak met inbreng van ieders specifieke deskundigheid.

Partijen hebben, op basis van de voor verpleeghuizen gehanteerde farmaceutische norm, een vergelijkbare norm voor het eigen verzorgingshuis opgesteld. Deze norm bevat onder andere regels voor de medicatiebewaking en de medicatievoorraad in het verzorgingshuis en het overleg tussen huisarts en apotheker. Taken en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen bij de farmaceutische zorg: het verzorgingshuis, de verzorgenden, de huisartsen en de apotheker, zijn helder vastgelegd. De afspraken in het kader van de farmaceutische norm hebben onder meer geleid tot de keuze voor een nieuw medicijndistributiesysteem. Tevens is een protocol voor de geneesmiddelen-distributie en een formularium ontwikkeld.

Wijziging medicijndistributiesysteem – aanpak in een pilot

De wijziging van een medicijndistributiesysteem heeft heel wat voeten in de aarde. Om maar een aantal aspecten te noemen: organisatorische en logistieke consequenties binnen het verzorgingshuis, bespreking met cliëntenraad en ondernemingsraad, consequenties voor de samenwerking tussen verzorgingshuis en apotheek, voor het voorschrijven en wijzigen van medicatie door de huisarts, financiële consequenties. Er is een werkgroep ingesteld om dit project uit te voeren.

Voor de keuze van een nieuw systeem is in deze pilot een programma van eisen opgesteld. Een belangrijk punt hierin betreft de bewoners-vriendelijkheid. Er moet tevens recht worden gedaan aan de zorgvisie van het verzorgingshuis om bewoners te ondersteunen in het zo lang mogelijk behouden van hun zelfstandigheid. Ook moet een goede bewaking van het medicatiegebruik mogelijk zijn en een goede aftekenmogelijkheid voor iedere medicatie-verstrekking.

Na besluitvorming moeten betrokkenen worden geïnformeerd:

- **De bewoners:** schriftelijk en in een persoonlijke toelichting en door middel van informatiebijeenkomsten;
- **De relaties van bewoners:** schriftelijk en mondeling op een familieavond;
- **De huisartsen:** schriftelijk; de huisartsen van de HAGRO waar intensiever mee wordt samengewerkt ook persoonlijk via een overleg van de HAGRO;
- **Alle personeelsleden die bevoegd zijn om medicijnen uit te delen:** mondeling op een voorlichtingsbijeenkomst.

Op de startdatum is de nacht- en dagdienst bijgestaan door één van de leden van de werkgroep die zich bezighoudt met de implementatie.

Voordelen van het werken op basis van een farmaceutische norm

- **Kwaliteitsverbetering:** minder fouten bij het uitzetten en uitdelen van medicijnen; een betere en regelmatigere medicatiebewaking; het kunnen voldoen aan de algemene eisen van verantwoorde zorg;
- **Helderheid over taken en verantwoordelijkheden** van betrokken partijen;
- **De specifieke deskundigheid van de apotheker komt meer aan bod** in het farmaceutisch proces in het verzorgingshuis; dit heeft zowel voor het verzorgingshuis als voor de apotheker meerwaarde;
- **Door het formularium neemt de kwaliteit en eenduidigheid van het voorschrijven toe.** Er wordt een beperkter aantal medicijnen voorgeschreven waardoor de kennis van de verzorgenden op dat terrein beter op peil kan worden gehouden. Verzorgenden zijn daardoor ook beter in staat informatie te geven aan de bewoners en gericht te observeren;
- **Voor de huisartsen biedt het systeem een actueel overzicht van medicatie van de bewoner en de mogelijkheid van betere medicatiebewaking.**

Aandachtspunten

De farmaceutische norm zoals in onderhavige pilot uitgewerkt, impliceert samenwerking tussen een verzorgingshuis en één apotheker; dit was in deze pilot al gerealiseerd. Het verzorgingshuis vraagt bij binnenkomst aan de bewoners om over te stappen naar de apotheek waarmee wordt samengewerkt. Hiertegen bestaat zowel bij de bewoners als bij de cliëntenraad geen bezwaar.

Het gekozen medicijndistributiesysteem en het formularium kunnen alleen goed werken als de huisartsen hun medewerking verlenen. Dit is gemakkelijker te realiseren als wordt samengewerkt met een beperkt aantal huisartsen.

Aandachtspunt is de structurele bekostiging van de extra werkzaamheden van de apotheek. De medicatie wordt uitgezet aan het verzorgingshuis geleverd. In overleg met de zorgverzekeraar is voor de duur van de pilot een extra vergoeding toegekend aan de apotheker. Hiervoor is een structurele oplossing nodig.

Farmaceutische norm

Zorgcentrum Zuiderheide / HAGRO Hilversum-Zuid, Hilversum

Zorgcentrum Zuiderheide (192 intramurale plaatsen) werkt samen met één apotheek, de Leeuwenapotheek. Bij binnenkomst wordt de bewoners gevraagd over te stappen naar deze apotheek. Bijna alle bewoners doen dit. Het zorgcentrum wil, in overleg met apotheker en huisartsen, het farmaceutisch proces verbeteren. Het verbeteren van de medicijndistributie is daar één onderdeel van.

Een werkgroep met betrokkenen van het zorgcentrum en de apotheker heeft een farmaceutische norm ontwikkeld, gebaseerd op de bestaande farmaceutische norm voor het verpleeghuis. In deze norm zijn onder andere regels vastgelegd over de medicatiebewaking en medicatievoorraad in het zorgcentrum en het overleg tussen huisarts en apotheker. Het startpunt is geweest om na te gaan hoe verantwoordelijkheden in het farmaceutisch proces liggen en wat dit betekent voor het gehele proces. Vervolgens is gekeken hoe de farmaceutische norm in de praktijk kan worden toegepast. Om te voldoen aan de eisen van deze norm bleek een nieuw medicijndistributiesysteem noodzakelijk.

Op basis van een programma van eisen voor het medicijndistributiesysteem is gekozen voor een baxtersysteem waarbij wordt samengewerkt met een plaatselijke apotheker. De medicatie wordt uitgezet aangeleverd door de apotheker aan het zorgcentrum. Deze werkzaamheden betekenen voor de apotheker extra kosten.

Over dit knelpunt is overleg gevoerd met zorgkantoor en zorgverzekeraar. Omdat dit onderwerp ook in andere verzorgingshuizen en bij andere apothekers speelt zijn zorgkantoor en zorgverzekeraar een pilot farmaceutische zorg gestart (looptijd van januari 2002 tot januari 2003). Voor de zorgverzekeraar / het zorgkantoor ligt het belang in transparantie van het farmaceutisch proces: het maken van afspraken tussen verzorgingshuis en apotheker over taken en verantwoordelijkheden en het invoeren van een medicijndistributiesysteem dat hierbij aansluit. In het kader van deze pilot van de zorgverzekeraar en zorgkantoor is voor de proefperiode van één jaar een tijdelijke oplossing gevonden voor het knelpunt van de bekostiging.

In een werkgroep van apotheker, huisarts (namens de huisartsen van de HAGRO) en medisch adviseur is, op basis van een aantal voorbeelden, een formularium ontwikkeld voor de doelgroep in het zorgcentrum.

Aan de slag

Hoe komt het proces van samenwerking op gang?

"Om veranderingen te realiseren is visie en ambitie nodig. Waar wil men naar toe, wat wil men bereiken? Het is van belang dat tenminste één persoon zich opwerpt als 'trekker' van het project: iemand die het proces aanjaagt, het doel kan verbeelden en mensen stimuleert."

Het profijt van samenwerking moet op de toekomst worden veroverd. De werkdruk zal verminderen, de kwaliteit van zorg verbeteren en er ontstaat meer plezier in het werk. De winst ligt in het verschieft. Maar niet alleen op toekomstmuziek is de samenwerking gestoeld. Er is ook de praktijk van alledag die laat zien dat de zorgproblematiek van de bewoners in het verzorgingshuis toeneemt en dat de zorg meer geïntegreerd moet worden. Over deze inhoudelijke zaken is in de voorgaande hoofdstukken al veel gezegd. Toch moet er altijd iemand zijn om het proces van samenwerking op de rails te zetten. Samenwerking is hoe dan ook een zaak van mensen. Mensen met visie en ambitie, betrokkenheid en enthousiasme, die gaan voor een gezamenlijk doel. Daarbij kunnen precedënten helpen. Zijn er voorbeelden waar we van kunnen leren en die ons verder kunnen helpen op de ingeslagen weg? De voorgaande parade van praktijkvoorbeelden kan daarvoor inspiratie bieden.

ICT / gekoppelde informatiesystemen kunnen samenwerking faciliteren

In diverse pilots bleek de behoefte aan koppeling van informatiesystemen en een betere toepassing van ICT-mogelijkheden. Bijvoorbeeld de aansluiting op het huisartsinformatiesysteem (HIS) als de huisarts praktijk houdt in het verzorgingshuis, de lijn met de apotheek, de link tussen het medisch dossier van de huisarts en het zorgdossier van het verzorgingshuis. Samenwerking is gediend met een goede elektronische communicatie.

Aanpak

Er is in de meeste pilots een projectstructuur opgezet om de samenwerking gestalte te geven. Vertegenwoordigers van de samenwerkingspartijen nemen dan deel aan de stuurgroep, aan de projectgroep, of aan werkgroepen voor specifieke uitwerkingen.

De projectleider wordt door een van de deelnemers geleverd of wordt extern ingehuurd. Meestal is er in deeltijd capaciteit voor het project beschikbaar. Voordeel van een interne projectleider is dat een goede kennis van zaken gegarandeerd is en dat er meer kans is op voldoende draagvlak binnen de organisatie waarvan de projectleider afkomstig is. De continuïteit van de samenwerking is met een interne projectleider ook na de projectperiode beter gewaarborgd. Als pluspunt van externe begeleiding geldt de onafhankelijkheid van de begeleider waar het gaat om het bij elkaar brengen van verschillende partijen en belangen. De externe begeleiding kan ook gekozen worden vanwege kwaliteiten als 'sparring partner' of vanwege een specifieke deskundigheid. Een projectleider, of die nu intern of extern is, moet in ieder geval iemand zijn die inspireert, de vaart erin houdt en die het gezamenlijke doel voor ogen houdt. Dat is volgens de pilots essentieel om succesvol te kunnen werken.

Projectmatig werken betekent ook altijd plannen en bewaken. Daarvoor wordt een projectplan opgesteld. In het projectplan staat bijvoorbeeld:

- Aanleiding voor het project;
- Betrokken partijen;
- Doelstelling en beoogde resultaten;
- Projectstructuur (taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden; besluitvormingsprocessen; overlegstructuur);
- Doorlooptijd van het project;
- Plan van aanpak (welke activiteiten, wanneer, door wie, welke faciliteiten);
- Informatiestromen (wie moet wanneer welke informatie geven resp. krijgen, hoe loopt de informatie, in welke vorm);
- Vergoeding van eventuele kosten;
- Evaluatiemomenten en –criteria;
- Implementatie.

Draagvlak bij de achterban

Als partijen in de stuurgroep een bepaalde lijn hebben uitgezet, moet vervolgens draagvlak bij 'de achterban' worden gecreëerd. Dat geldt in het bijzonder voor de vertegenwoordigende huisarts omdat hij in principe zijn collega's niet direct kan binden.

Veel partijen kennen een regionaal orgaan. Ook deze instantie kan een rol spelen in het proces. In een pilot is de Regionale Huisartsenvereniging (RHV) ingeschakeld om over de beperking van het aantal huisartsen per verzorgingshuis te overleggen.

Een regionale stuurgroep

In Utrecht heeft de IVVU, het regionaal orgaan van de verzorgings- en verpleeghuizen, het initiatief genomen voor een project op regionaal niveau om de medische zorg in verzorgingshuizen te verbeteren. Er is een regionale stuurgroep ingesteld met vertegenwoordigers van verzorgings- en verpleeghuizen, zorgverzekeraar en zorgkantoor, huisartsen, verpleeghuisartsen en thuiszorg. Door deze brede vertegenwoordiging is de problematiek en de verantwoordelijkheid van meet af aan gedeeld. Partijen met invloed op de besluitvorming en implementatie zoeken samen naar oplossingen die ook breed worden verspreid. De pilots in woonzorgcentrum Heerewegen te Zeist en in verzorgingshuis Tolsteeg in Utrecht zijn uitgevoerd in het kader van dit regionale project.

Een niet-alledaagse aanpak: Zorggroep Almere

Almere kent een specifieke organisatiestructuur voor de zorg. In deze jonge stad is een nieuw stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen opgezet. Er wordt gewerkt met wijkgezondheidscentra (op dit moment zijn dat er 19), waarin de diverse zorgdisciplines onder één dak zijn samengebracht. Het merendeel van de zorgaanbieders en professionals, zowel in de extra- als de intramurale zorg, valt onder Zorggroep Almere en is in loondienst. Er is echter ook een aantal vrijgevestigde huisartsen en apotheken waarmee goed wordt samengewerkt.

In het kader van de pilot is door Van Loveren & Partners BV onderzoek gedaan bij twee verzorgingshuizen in Almere: De Overloop (onderdeel van Zorggroep Almere) en Buitenhaeghe (een verzorgingshuis dat nauw samenwerkt met Zorggroep Almere).

De ervaringen bij de medische en farmaceutische zorg in beide verzorgingshuizen blijken voor een belangrijk deel vergelijkbaar met de situatie elders in Nederland. In verzorgingshuis De Overloop (60 bewoners) komen bijvoorbeeld 18 verschillende huisartsen, uit drie gezondheidscentra. Dit heeft te maken met de vrije huisartsenkeuze.

Wat een niet-alledaagse aanpak is, is dat er gezondheidscentra zijn met praktijkmanagers. Deze managers hebben gemiddeld eens per drie maanden een afstemmend overleg met de zorgmanager van het verzorgingshuis waarmee wordt samengewerkt. Tijdens dit overleg worden onder andere werkafspraken gemaakt over de samenwerking tussen verzorgingshuis en huisartsen van de betreffende gezondheidscentra, bijvoorbeeld over het bijhouden van zorgdossiers en het aanvragen van visites. De loondienstconstructie, gekoppeld aan de constructie van een gezondheidscentrum met een centrum- en praktijkmanager bevordert een goede samenwerking. Praktijk- en centrummanagers in loondienst lijken gemakkelijker tijd vrij te kunnen maken voor overleg. Vrijgevestigde professionals zijn meer gericht op 'productie maken' en overleg valt daar niet goed onder te brengen.

Cliëntenraad

De medische en farmaceutische zorg is een onderwerp dat bewoners in het verzorgingshuis nauw aangaat. Als het verzorgingshuis een wijziging wil doorvoeren in deze zorg, dan moet dit voor advies worden voorgelegd aan de cliëntenraad.

Het is aan het management van het verzorgingshuis om de cliëntenraad tijdig en goed te betrekken in het proces voorafgaand aan de besluitvorming en vervolgens bij de uitvoering van het project. In het overleg tussen de cliëntenraad en het management van het verzorgingshuis gaat het bijvoorbeeld om het geven van goede informatie, het uitwisselen van ideeën, het bespreken van knelpunten in de zorg zoals ervaren door het verzorgingshuis en door de bewoners, het bespreken van wensen van bewoners en van voor- en nadelen van alternatieven. Als een project eenmaal loopt, kan iemand vanuit de cliëntenraad deelnemen in de projectgroep. Omdat dit niet voor alle cliëntenraden haalbaar is, kan de projectleider bijvoorbeeld maandelijks de cliëntenraad informeren over de voortgang. In de pilots bleek dat door regelmatige mondelinge toelichting de cliëntenraad zich goed betrokken voelde in het project, kon meedenken en ideeën kon aandragen.

Behalve het contact met de cliëntenraad is het belangrijk dat wijzigingen heel duidelijk worden gecommuniceerd met de bewoners en met hun familie of vertegenwoordiger. In een aantal pilots is in dit kader een informatieavond gehouden voor bewoners en hun familie.

Mogelijke vorm van communicatie naar bewoners bij wijziging van beleid

- **Mondeling:** informatiebijeenkomst voor bewoners en familie (eventueel per afdeling);
- **Schriftelijk:** brief aan bewoners en eventueel familie / vertegenwoordiger;
- **Desgewenst toelichting** aan bewoner en/of familie in individueel gesprek;
- **Bij een model waarbij bijvoorbeeld met voor de bewoners onbekende artsen wordt gewerkt:** informatiebijeenkomst of kennismakingsronde met de deelnemende artsen; hetzelfde kan gedaan worden bij het werken met bijvoorbeeld een praktijk- of wijkverpleegkundige;
- **Schriftelijke informatie** aan bewoners over diverse praktische zaken zoals spreekuren en bereikbaarheid van artsen.

In de praktijk is gebleken dat cliëntenraden zich vooral zeer betrokken voelen als het gaat om het thema van de vrije huisartsenkeuze. Dat is een onderwerp dat bewoners van het verzorgingshuis heel persoonlijk raakt en waar ieder een mening over heeft. De cliëntenraden in de pilots denken genuanceerd over de vrije huisartsenkeuze. Ook de cliëntenraden constateren dat het verzorgingshuis beter in staat is afspraken met huisartsen te maken als de groep huisartsen beperkt van omvang is. Het ligt naar hun opvatting ook in de rede om bewoners bij opname te vragen over te stappen naar een van de huisartsen waarmee het verzorgingshuis samenwerkt. De cliëntenraden benadrukken dat het voor bewoners mogelijk moet blijven desgewenst de eigen huisarts aan te houden.

Het hangt van de vorm van samenwerking af of bewoners er direct mee van doen hebben als een beleidswijziging in de samenwerking wordt doorgevoerd. Betrokkenheid is er in ieder geval als de samenwerkingsafspraken direct merkbaar zijn voor de bewoner, bijvoorbeeld als er afspraken worden gemaakt over een spreekuur van de huisartsen in het verzorgingshuis en de tijden waarop de huisarts in huis is. Maar het opstellen van protocollen of het inzetten van een doktersassistente bijvoorbeeld heeft voor de bewoners over het algemeen geen direct merkbare gevolgen. Dat zijn onderwerpen die zich meer buiten het terrein van de cliëntenraad bevinden en die naar hun aard voor de cliëntenraad ook abstracter en ingewikkelder zijn. Het management van verzorgingshuis zal bij deze thema's helder moeten maken wat wijzigingen betekenen voor de bewoners.

Zorgkantoor/zorgverzekeraar

Het beeld wat betreft de betrokkenheid van zorgverzekeraar en zorgkantoor bij de pilots is divers. In een aantal situaties hebben de zorgaanbieders in een vroegtijdig stadium het zorgkantoor of de zorgverzekeraar bij de initiatieven betrokken en zijn vooraf afspraken gemaakt over bijvoorbeeld het vraagstuk van de bekostiging.

In andere situaties proberen de aanbieders eerst vernieuwingen uit om vervolgens met de resultaten naar de financiers te gaan om afspraken te maken.

De strategie van vroegtijdige en actieve betrokkenheid maakt zorgkantoor en/of zorgverzekeraar medeverantwoordelijk voor het probleem en voor de oplossing van het probleem. Bij de tweede strategie kunnen de zorgaanbieders resultaten laten zien maar blijft ongewis of dat ook leidt tot de gewenste afspraken met de financier. Daardoor kan de voortgang van het reeds gestarte project op losse schroeven komen te staan.

De verschillende strategieën die worden gevolgd zijn mede gebaseerd op eerdere ervaringen van de zorgaanbieders met voorstellen tot vernieuwingen. In de pilots blijkt een zeer wisselende praktijk van de kant van zorgkantoren en zorgverzekeraars. Sommigen denken actief mee en faciliteren de vernieuwingen. Anderen zijn meer terughoudend, beducht voor precedentwerking en willen niet voortdurend werken met uiteenlopende oplossingen uit het veld. De oplossingen moeten volgens deze uitvoerders in de zorg op landelijk niveau worden bepaald.

Zorgkantoor en zorgverzekeraar verwachten van hun bijdragen aan de pilots:

- Verbetering van de kwaliteit van zorg;
- Efficiëntere zorgverlening;
- Vermindering van de problemen bij huisartsen wat betreft capaciteit en werkdruk door het bieden van ondersteuning;
- Beperking van de kosten in de farmacie.

Pilot farmaceutische zorg van zorgverzekeraar en zorgkantoor

In de regio 't Gooi hebben zorgverzekeraar en zorgkantoor een eigen pilot farmaceutische zorg opgezet. Aanleiding hiervoor waren vragen van verzorgingshuizen en apothekers uit het veld. Zij wilden samen verbeteringen doorvoeren in de farmaceutische zorg in het verzorgingshuis, maar liepen daarbij tegen allerlei knelpunten aan.

Ook zorgkantoor en zorgverzekeraar zien alle veranderingen en problemen in de zorg en zij willen nagaan welke verbeteringen mogelijk zijn. Vanuit hun rol willen zij mogelijke oplossingen faciliteren. Zorgverzekeraar en zorgkantoor hebben met de deelnemende partijen een contract gesloten waarin afspraken zijn vastgelegd over verbeteringen in het farmaceutisch proces, het onderzoek naar de effecten daarvan en een vergoeding voor extra werkzaamheden gedurende de pilotperiode. Op basis van de resultaten zullen vervolgafspraken worden gemaakt.

Zorgkantoor en zorgverzekeraar verwachten van hun pilot dat de kwaliteit van zorg verbetert, de tevredenheid van verzekerden en van zorgaanbieders toeneemt en er sprake zal zijn van een beperking van polyfarmacie en van spillage van medicatie in het verzorgingshuis. De pilot Zuiderheide in Hilversum neemt deel in de pilot van zorgkantoor en zorgverzekeraar in 't Gooi.

Gedeelde zorg!

De pilots laten zien dat er veel verbeteringen mogelijk zijn op het terrein van de medische en farmaceutische zorg in verzorgingshuizen met winst voor alle partijen. Gedeelde zorg leidt tot meer geïntegreerde zorg, een betere kwaliteit, een efficiëntere organisatie en meer plezier in het werk. Het blijkt dat er al veel mogelijk is door om de tafel te gaan zitten, te bespreken wat ieder als knelpunten ervaart en te kijken wat ieder kan bijdragen aan de oplossingen. Daarbij kan ook buiten de gebaande paden worden gedacht. In overleg met elkaar én met andere partijen zoals zorgkantoor en zorgverzekeraar, maar ook met andere aanbieders als thuiszorg, zijn creatieve oplossingen te bedenken. Soms loopt men daarbij tegen belemmeringen in de regelgeving of financiering aan. Op basis van de ervaringen van de pilots overleggen de landelijke partijen over structurele oplossingen voor bepaalde knelpunten. Dat kan een aantal zaken wat eenvoudiger maken. Maar bovenal blijkt uit de pilots dat de ambitie om samen te werken, om samen de zorg en de zorgen te delen, een sterke kracht voor vernieuwing is!