

Rol van de specialist ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvormen

**Inventarisatie van ervaringen
en benodigde randvoorwaarden**

Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde

Disclaimer

Alles uit deze uitgave mag gebruikt worden met bronvermelding voor publicatie. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend.

Uitgave

© Verenso, 2018

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Methode	5
2.1. Design en dataverzameling	
2.2. Deelnemers	
2.3. Opbouw verslag	
3. Resultaten	5
3.1. Kleinschalige woonvormen	
3.1.1 Aantallen	
3.1.2 Doelgroepen	
3.1.3 Aanstelling specialist ouderengeneeskunde	
3.1.4 Opbouw medische dienst	
3.2. Zorg organisatorische aspecten	
3.2.1 Algemeen	
3.2.2 Zaken gerelateerd aan management	
3.2.3 Zaken gerelateerd aan veiligheid	
3.2.4 Zaken gerelateerd aan (persoonsgerichte) zorg	
3.3. Zorg inhoudelijke aspecten	
3.3.1 Algemeen	
3.3.2 Samenwerking met andere disciplines	
3.3.3 Veelvoorkomende werkzaamheden specialisten ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvorm	
3.4. Randvoorwaarden voor dienstverlening specialisten ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvorm	
3.5. Inventarisatie knelpunten aan de hand van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg	
3.5.1 Opmerkingen ten aanzien van de inhoud	
3.5.2 Opmerkingen ten aanzien van de randvoorwaarden	
4. Discussie	22
5. Conclusie	23
6. Aanbevelingen	24
6.1. Voor specialisten ouderengeneeskunde	
6.2. Voor andere partijen	
7. Bronnen	25
Bijlage 1: Vragen als leidraad voor interviews	26
Bijlage 2: Gespreksleidraad voor specialisten ouderengeneeskunde	27

1. Inleiding

De laatste jaren verandert het zorglandschap sterk door het overheidsbeleid dat zich richt op het langer thuis wonen van ouderen, de gewijzigde financiering en wetgeving en het gelijktijdig verdwijnen van de verzorgingshuizen. Eén van de veranderingen is het ontstaan van steeds meer kleinschalige woonvormen. Deze woonvormen zijn soms onderdeel van een al bestaande grotere zorginstelling, maar worden ook steeds vaker opgezet vanuit een particulier initiatief. Dit is een nieuwe ontwikkeling, waarmee ook steeds meer specialisten ouderengeneeskunde in aanraking komen.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) signaleert dat nieuw startende zorgaanbieders vaak onvoldoende goede zorg waarborgen en dat de randvoorwaarden hiervoor niet altijd op orde zijn.¹ Ook bij VerenSo hebben meerdere leden zich gemeld met zorgen over kwaliteit van zorg en vragen omtrent verantwoordelijkheden. VerenSo wil de positie van de specialist ouderengeneeskunde in deze nieuwe woonvormen verduidelijken en haar leden hierin ondersteunen. Om dit te realiseren heeft VerenSo een verkennend onderzoek gedaan waarbij specialisten ouderengeneeskunde zijn benaderd om de huidige ervaringen te inventariseren.

2. Methode

2.1 Design en dataverzameling

Er is een kwalitatief onderzoek verricht waarbij gebruik is gemaakt van semigestructureerde interviews die telefonisch zijn afgenomen. Vooraf zijn topics opgesteld ten aanzien van verschillende aspecten in het werkveld van de specialist ouderengeneeskunde, zowel op zorgorganisatorisch- als op zorginhoudelijk vlak. Deze topics zijn gebaseerd op het beroepsprofiel² en de handreiking 'samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde'.³ In bijlage 1 zijn de topics (en enkele voorbeeldvragen) te zien die als leidraad zijn gebruikt. Wanneer een nieuw onderwerp of probleem aan bod kwam, werd dit uitgevraagd en als onderwerp toegevoegd in het volgende interview. De interviews varieerden qua tijd van 45 minuten tot 1,5 uur (afhankelijk van de ervaringen). Na afloop werden de interviews uitgetypt (via de non-verbatim methode).

2.2 Deelnemers

De geïnterviewden zijn geworven via de 'sneeuwbalmethode' en via de ledennieuwsbrief, internet, koude acquisitie bij kleinschalige woonvormen en mondelinge verzoeken.

In totaal werden elf specialisten ouderengeneeskunde geïnterviewd. Hiervan zijn er vijf werkzaam als ZZP'er en zijn er zes in loondienst (zie tabel 1 op pagina 5). Tijdens het tiende interview kwam geen nieuwe informatie aan bod, voor de zekerheid werd een elfde interview afgenomen waarna definitief vastgesteld werd dat verzadiging was bereikt.

2.3 Opbouw verslag

Uit de interviews blijkt dat de zorgorganisatorische en zorginhoudelijke zaken op verschillende manieren worden geregeld en afhankelijk hiervan zijn de ervaringen verschillend. Vanwege deze diversiteit zijn eenduidige thema's niet eenvoudig te onderscheiden. In de resultaten zal allereerst aandacht worden besteed aan de kenmerken van de kleinschalige woonvormen waar de specialisten ouderengeneeskunde bij betrokken zijn en aan hoe de medische dienst is opgebouwd. Vervolgens komen respectievelijk zorgorganisatorische aspecten en zorginhoudelijke aspecten aan bod waarbij zowel positieve ervaringen als knelpunten worden benoemd. Tot slot wordt besproken hoe deze bevindingen zich verhouden tot het kunnen leveren van kwalitatief goede zorg.

3. Resultaten

3.1 Kleinschalige woonvormen

3.1.1 Aantallen

De geïnterviewde specialisten ouderengeneeskunde zijn gezamenlijk actueel betrokken bij minimaal 24 kleinschalige woonvormen (zie tabel 1). Deze betrokkenheid houdt in dat zij direct een samenwerkingsverband hebben met de woonvorm zelf. Het woord 'minimaal' wordt gebruikt, omdat de specialisten ouderengeneeskunde ook de ervaringen hebben gedeeld die zij hebben opgedaan bij andere kleinschalige woonvormen waar zij in het verleden hebben gewerkt en de ervaringen die men opdoet wanneer men eerstelijnswork verricht (consulten voor de huisarts). Om hoeveel kleinschalige woonvormen het in deze twee situaties gaat, is niet specifiek uitgevraagd. De woonvormen bestaan zowel uit particuliere als niet-particuliere woonvormen.

3.1.2 Doelgroepen

De meerderheid van de kleinschalige woonvormen zijn gericht op psychogeriatric (bewoners met dementie), echter gemengde huizen (psychogeriatric en somatiek) komen ook voor. Het totaal aantal patiënten per kleinschalige woonvorm varieert tussen de 6 en 35.

3.1.3 Aanstelling van de specialist ouderengeneeskunde

De specialisten ouderengeneeskunde zijn op verschillende manieren betrokken geraakt bij de kleinschalige woonvormen. Drie specialisten ouderengeneeskunde zijn benaderd door de kleinschalige woonvorm zelf (al dan niet op verzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) en zijn daar in dienst. Vijf specialisten ouderengeneeskunde zijn werkzaam bij een grotere zorgorganisatie (met oorspronkelijk verpleeg- en verzorgingshuizen) waarvan de organisatie zelf kleinschalige woonvormen hebben opgericht. Twee specialisten ouderengeneeskunde zijn in dienst van een landelijke organisatie die de medische dienst van de specialist ouderengeneeskunde aanbiedt aan (vaak particuliere) kleinschalige woonvormen. Eén specialist ouderengeneeskunde is in dienst van een zorgorganisatie met een verpleeghuis en drie kleinschalige woonvormen, waarbij de vakgroep ook wordt gedetacheerd naar andere kleinschalige woonvormen in de omgeving. Een aantal specialisten ouderengeneeskunde is naast de betrokkenheid bij de kleinschalige woonvormen ook werkzaam in de eerste lijn. Zij komen door het verlenen van consulten voor de huisarts ook zijdelings in aanraking met verschillende kleinschalige woonvormen. Zij hebben in dat geval geen directe samenwerkingsverband met het bestuur van de kleinschalige woonvorm.

Tabel 1. Specialisten ouderengeneeskunde (SO) werkzaam in kleinschalige woonvormen

SO	Dienstverband	Aantal kleinschalige woonvormen	Doelgroep
1	ZZP	2	Psychogeriatric, gemengd**
2	Loondienst	2	Psychogeriatric
3	Loondienst	2 (via eerste lijn met meerdere ksw* in aanraking gekomen)	Psychogeriatric, gemengd**
4	ZZP	2 (via eerste lijn met meerdere ksw* in aanraking gekomen)	Psychogeriatric
5	ZZP	2	Psychogeriatric
6	Loondienst	2	Psychogeriatric
7	Loondienst	2	Gemengd**
8	Loondienst	1	Psychogeriatric
9	ZZP	5 (met collega gedeeld)	Psychogeriatric
10	ZZP	1 (via eerste lijn met meerdere ksw* in aanraking gekomen)	Gemengd**
11	Loondienst	3 (of meer via detachering)	Gemengd**

* Ksw: kleinschalige woonvorm
 **Gemengd: psychogeriatric (gericht op dementie) en somatiek (gericht op lichamelijke aandoeningen)

3.1.4 Opbouw medische dienst

Vijf specialisten ouderengeneeskunde zijn hoofdbehandelaar, de overige zes zijn medebehandelaar. De specialisten die hoofdbehandelaar zijn, zijn in dienst bij een grotere zorginstelling met oorspronkelijk verzorgings- of verpleeghuizen, waarvan de organisatie kleinschalige woonvormen hebben opgericht. Deze specialisten ouderengeneeskunde hebben geen samenwerkingsverbanden met huisartsen en leveren dus ook de huisartsgeneeskundige zorg voor de kwetsbare oudere, wat in dit geval een specialistische component is van de zorg die de specialist ouderengeneeskunde pleegt te bieden. Voor de avond-, nacht- en weekenduren zijn de hoofdbehandelaars 24 uur bereikbaar. Van de zes specialisten ouderengeneeskunde die medebehandelaar zijn, hebben twee specialisten hun bereikbaarheid uitbesteed aan een andere organisatie vanwege formatieproblemen. De overige vier specialisten bieden geen 24-uurs continuïteit, in dit geval is de huisartsenpost het eerste aanspreekpunt in de avond-, nacht- en weekenduren.

3.2 Zorgorganisatorische aspecten

3.2.1 Algemeen

Tijdens de interviews wordt een diversiteit aan aspecten benoemd die relevant zijn voor het opzetten van de zorgverlening, veiligheid en kwaliteit. De verschillende aspecten zijn onderverdeeld in drie categorieën: zaken gerelateerd aan het management, zaken gerelateerd aan veiligheid en zaken gerelateerd aan het bieden van (persoonsgerichte) zorg. Aan het eind van elke categorie wordt een samenvatting getoond.

3.2.2 Zaken gerelateerd aan het management

Bestuurlijke betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde

Acht van de elf specialisten ouderengeneeskunde hebben nauwelijks overleg met het bestuur over kwaliteit van zorg of de benodigde randvoorwaarden, terwijl dit wel nodig is om deze aspecten te kunnen waarborgen. Door regelmatig overleg kan bijvoorbeeld worden voorkomen dat de artsencapaciteit de continuïteit van zorg in het gedrang brengt. Daar waar dit overleg er wel is (bij de overige drie specialisten) is er een goede samenwerking en afstemming over kwaliteit.

'Steeds meer kleinschalige woonvormen werden door de instelling geopend, als artsengroep waren wij hier niet goed bij betrokken. (...) Op een gegeven moment lagen de locaties zo ver uit elkaar, dat er een uur aanrijtijd ontstond wat op dat moment niet werkbaar was.'
(interview 2)

Zorg op de juiste plaats

In de praktijk merkt men dat een categorie patiënten wordt opgenomen die 'te zwaar en/of te complex' zijn voor de betreffende kleinschalige woonvorm. De specialisten ouderengeneeskunde maken zich zorgen dat deze patiënten niet de benodigde zorg krijgen die nodig is, dan wel dat zorg niet 'tot het levenseinde' geboden kan worden, terwijl dat wel de verwachting is van patiënt en mantelzorgers. Dit leidt tot problemen. Daarom is het van belang om als bestuur een doelgroep voor ogen te hebben met daarbij een visie op de benodigde zorg om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren (het liefst vòòr het openen van de deuren). Op deze manier kan worden voorkomen dat patiënten op een plek komen waar niet aan de zorgbehoefte kan worden voldaan.

'Bij grote instellingen lijkt er geen behandelplafond te zijn, terwijl in kleine woonvormen dit wel duidelijk aanwezig is. Dit wordt niet altijd duidelijk tegen de familie gezegd, waardoor zij andere verwachtingen hebben van het huis. (...) dit kan lijden tot problemen.'
(interview 11)

'Ik zou graag een 'voorkeur' willen zien: voordat een instelling of kleinschalige woonvorm wordt opgericht moet over de doelgroep en inhoud van de zorg worden nagedacht en er zou moeten worden getoetst of de benodigde zorg kan worden geleverd.' (interview 10)

Financiële aspecten

De specialisten ouderengeneeskunde die hoofbehandelaar zijn en waar vanuit een grotere zorgorganisatie kleinschalige woonvormen zijn opgericht, worden niet direct geconfronteerd met financieringsproblemen, hoewel niet altijd duidelijk is hoe de financiering is geregeld. Dit is anders voor de specialisten ouderengeneeskunde die in kleinschalige, vaak particuliere woningen hun dienst aanbieden. Uit de interviews blijkt dat er binnen één huis vaak meerdere ingekochte pakketten zijn (volledig pakket thuis met/zonder behandeling, persoonsgebonden budget, modulair pakket thuis of Wet langdurige zorg met/zonder behandeling). Specialisten ouderengeneeskunde signaleren dat de patiënten niet altijd de optimale behandeling krijgen, mogelijk door onvoldoende bekendheid ten aanzien van de verschillende financieringsvormen. Bijvoorbeeld als het gaat om de inzet van fysiotherapie bij een chronische aandoening.

Als patiënten niet aanvullend verzekerd zijn en de behandeling niet in het pakket zit, komt het voor dat patiënten (of familie) dit niet opstarten omdat ze hier zelf geen geld voor hebben. Daarnaast geven specialisten ouderengeneeskunde aan dat patiënten (en familie) vaak geen idee hebben dat de plek waar men gaat wonen gepaard gaat met een bepaald pakket dat invloed heeft op de manier waarop men zorg ontvangt. De specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat de bekostiging voor de zorg die zij leveren ingewikkeld en tijdrovend is. Als voorbeeld wordt genoemd dat het opschalen van de zorg van consult naar medebehandeling bij het zorgkantoor moet worden aangevraagd en goedkeuring twee maanden kan duren. Echter, vaak kan de bemoeienis van de specialist ouderengeneeskunde niet zo lang wachten. De tijd die men kwijt is aan het regelen van de financiering willen zij liever besteden aan patiëntenzorg.

'De bekostiging is vaak een stroef proces. Ik wil graag inhoudelijk goede zorg leveren voor de patiënt en niet bezig zijn met het uitzoeken van constructies om de behandeling te kunnen financieren'. (interview 4)

Het kennisniveau van het zorgpersoneel

Tien van de elf specialisten ouderengeneeskunde geven aan te werken met zorgmedewerkers waarvan het kennisniveau te laag is. De werknemers werken wel 'vanuit het hart', echter vanwege onvoldoende scholing komt de kwaliteit van zorg in het gedrang. Dit heeft onder andere tot gevolg dat gezondheidsproblemen niet of te laat worden opgemerkt, waardoor de arts te laat wordt ingeschakeld. Wat ook van belang is, zeker in het kader van dementie en probleemgedrag, is dat men weet hoe men moet omgaan met patiënten aan de hand van de fase waarin de patiënt zich bevindt (bedreigde ik, verdwaalde ik, enz.). Zonder inzicht is het lastig om effectief om te gaan met probleemgedrag of een analyse te verrichten naar probleemgedrag. Eén specialist ouderengeneeskunde heeft een goede ervaring met een woonvorm waar men streng selecteert op kundige zorgverleners die verstand hebben van de problematiek en ziekten die in het huis voorkomen. De arts merkt dat de kwaliteit van zorg een stuk beter is ten opzichte van andere huizen.

'Mijn ervaring is dat de expertise om om te gaan met cognitieve problemen niet voldoende aanwezig is, ook de kennis en benaderingstechnieken van de zorg is onvoldoende aanwezig.' (interview 7)

Scholingsmogelijkheden en -budget

Specialisten ouderengeneeskunde signaleren dat er in particuliere woonvormen minder aandacht is voor scholing en/of dat er een beperkt (of geen) scholingsbudget aanwezig is. De kleinschalige woonvormen die ontstaan zijn vanuit een grotere zorgorganisatie betrekken in de meeste gevallen wel de verzorgenden en verpleegkundigen bij scholingsprogramma's die al lopen binnen de organisatie. Aandacht voor scholing (en het hebben van een budget) is van belang om het kennisniveau te verhogen en adequaat om te kunnen gaan met bijvoorbeeld probleemgedrag bij dementie.

Samenvatting: wat is van belang in relatie tot het management?

- Structureel overleg tussen het bestuur en de specialist ouderengeneeskunde
- Aanwezigheid van bestuurlijke visie op doelgroep, de benodigde zorg en randvoorwaarden
- Reëel verwachtingsmanagement met aangeven van grenzen, deze communiceren naar patiënt en familie
- Kennis hebben van de ingekochte pakketten, deze moeten aansluiten bij de doelgroep
- Bekostiging specialist ouderengeneeskunde moet geborgd zijn
- Aannemen van verzorgend personeel met voldoende kennis over de doelgroep
- Beschikbaarheid van scholingsmogelijkheden en -budget

3.2.3 Zaken gerelateerd aan de veiligheid

Kwaliteitsbeleid

Van belang voor het kwaliteitsbeleid is de aanwezigheid van richtlijnen/protocollen, regelingen rondom calamiteiten en incidenten en de borging van medicatieveiligheid.

Specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat de aanwezigheid van de protocollen (infectiepreventie, decubituspreventie en hygiënische maatregelen) en met name afspraken over wie welke verantwoording draagt, van belang is om de veiligheid voor patiënten te waarborgen. Wanneer de kleinschalige woonvorm is opgericht vanuit een grotere zorgorganisatie die reeds verpleeghuizen heeft, geven specialisten ouderengeneeskunde aan dat deze protocollen aanwezig zijn en ook werkbaar zijn. De specialist ouderengeneeskunde wordt in deze gevallen vaak ook betrokken bij het invullen of optimaliseren van de protocollen (zie het beroepsprofiel²). Van de zes medebehandelaren zijn de drie specialisten ouderengeneeskunde die zijn aangesteld door de kleinschalige woonvorm zelf, intensiever betrokken bij het kwaliteitsbeleid dan de andere drie specialisten ouderengeneeskunde. Bij deze andere drie is niet precies bekend wie verantwoordelijk is voor de uitvoer van de richtlijnen (de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde?). Het is niet expliciet besproken en/of vastgesteld in het samenwerkingscontract. Wanneer de specialist ouderengeneeskunde in een kleinschalige woonvorm betrokken is als consulent voor de huisarts, heeft deze geen verantwoordelijkheid over de aanwezigheid van de protocollen of regie over het kwaliteitsbeleid binnen de woonvorm. De specialisten ouderengeneeskunde zien het ook als een verantwoordelijkheid van het bestuur om deze protocollen op orde te hebben en richting te geven aan het kwaliteitsbeleid.

'Wanneer ik een consult doe voor een huisarts, zie ik nog wel eens dat richtlijnen en protocollen niet op orde zijn. Hiervan stel ik de huisarts dan op de hoogte.' (interview 4)

Een ander belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid is de aanwezigheid van regelingen rondom calamiteiten en incidenten. Bij navraag bleek dit bij elke kleinschalige woonvorm aanwezig te zijn. Uitspraken rondom de waarborging van de medicatieveiligheid kan op basis van deze verkenning niet worden gegeven. Daarbij speelt dat de specialisten ouderengeneeskunde die betrokken zijn als medebehandelaar of consulent geen eigen voorschrijfsysteem hebben en recepten voorgeschreven worden door de huisarts.

'Het is belangrijk om na te vragen hoe het bestuur denkt over patiënt overstijgende zaken zoals de veiligheid van patiënten, calamiteiten, vrijheidsbeperkende maatregelen enz. En vooral ook: hoe denkt men dit te regelen?' (interview 1)

Omgang met vrijheidsbeperkende maatregelen

Onder de specialisten ouderengeneeskunde bestaan zorgen over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) in de kleinschalige woonvormen (ook met het oog op de nieuwe Wet zorg en dwang). Specialisten ouderengeneeskunde merken dat de meeste huisartsen, verzorgenden en verpleegkundigen niet op de hoogte zijn van de regelgeving en juiste inzet van VBM's en dat er in een aantal gevallen onvoldoende wordt geëvalueerd en/of nauwelijks aandacht wordt besteed aan alternatieven. Door foutieve inzet ontstaan ook gevaarlijke situaties, zoals het 's nachts inzetten van beddekken voor een patiënt met dwaalgedrag (dit vereist andere interventies). Ook het bestuur van de kleinschalige woonvormen lijkt in een aantal gevallen niet op de hoogte te zijn van de regelgeving. Drie specialisten ouderengeneeskunde benoemen dat het bestuur van de instelling een code op de buitendeur heeft geplaatst zodat patiënten niet kunnen verdwalen buiten, terwijl de instelling geen BOPZ-aanmerking heeft. Bij de specialisten ouderengeneeskunde bestaan vraagstukken over wie welke verantwoordelijkheid draagt. Dit is een belangrijk knelpunt waarvoor een oplossing op korte termijn gewenst is. Daarnaast staan specialisten ouderengeneeskunde voor een ethisch dilemma wanneer er geen BOPZ-aanmerking is en een patiënt af en toe wegloupedrag toont (zie quote hieronder).

Specialisten ouderengeneeskunde pleiten om 'voor het openen van de deuren' na te denken over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen en gezamenlijk (in ieder geval met het bestuur) hierover afspraken te maken en verantwoording te dragen. Dit is van belang om gevaarlijke situaties te voorkomen en kwaliteit van zorg te borgen. Ook is dit van belang om te kunnen voldoen aan de regelgeving en hiervoor benodigde randvoorwaarden te creëren.

'Er blijven altijd patiënten over waarbij er gevaar bestaat wanneer zij naar buiten gaan. Ik voel mij dan blootgesteld aan een dilemma: eigenlijk zou je iemand moeten overplaatsen naar een gesloten setting, omdat het dan juridisch wel toegestaan is om de deur gesloten te houden, maar een overplaatsing is lang niet altijd goed voor het welzijn van een patiënt. Waar doe je dan goed aan?' (interview 9)

Dossier voor specialist ouderengeneeskunde

In kleinschalige woonvormen die onderdeel zijn van een grote zorgorganisatie geven alle specialisten ouderengeneeskunde aan de beschikking te hebben over een elektronisch patiëntendossier waar de artsen geen problemen mee ervaren. De specialisten ouderengeneeskunde die als consultant of medebehandelaar werkzaam zijn hebben in het merendeel van de gevallen geen eigen elektronisch patiëntendossier waar zij de bevindingen in kunnen noteren. Als er wel een dossier aanwezig is, is dit niet gelinkt met het HIS-systeem van de huisarts of het dossier van de zorg. Er zijn dan extra handelingen nodig zijn om het beleid of behandelvoorstel kenbaar te maken. Deze extra handelingen geven het risico dat (gedetailleerde) medische informatie verloren gaat.

Wanneer er wel een elektronisch patiëntendossier aanwezig is, verschillen deze vaak per woonvorm. De verschillende codes en manier van rapporteren kost tijd. Daarnaast is de ervaring van specialisten ouderengeneeskunde dat de huisarts vaak niet het betreffende elektronisch dossier inkijkt op locatie en dus niet het verslag van de specialist ouderengeneeskunde daadwerkelijk leest (daarom bellen de meeste specialisten ouderengeneeskunde de huisarts op na het verrichten van een consult of medebehandeling). De juiste huisarts informeren kost tijd, aangezien veelal verschillende huisartsen betrokken zijn in de kleinschalige woonvorm. Al het bovenstaande is geen wenselijke situatie en draagt niet bij aan goede kwaliteit van zorg.

Samenvatting: wat draagt bij aan de veiligheid?

- Aanwezigheid van (werkzame) richtlijnen en protocollen in elke kleinschalige woonvorm
- Afspraken tussen bestuur, specialist ouderengeneeskunde en huisarts (en evt. andere hulpverleners) over wie welke verantwoordelijkheid neemt in de uitvoer van de richtlijnen en protocollen
- Duidelijke afspraken rondom calamiteiten en incidenten: wie, wat, waar en hoe?
- Medicatieveiligheid moet zijn gewaarborgd
- Bestuurlijke medeverantwoordelijkheid en afspraken met betrokken hulpverleners omtrent inzet vrijheidsbeperkende maatregelen
- Aanwezigheid goedwerkend elektronisch patiëntendossier voor de specialist ouderengeneeskunde

3.2.4 Zaken gerelateerd aan (persoonsgerichte) zorg

Het opstellen van het zorgleefplan

Het zorgleefplan (een plan waarin persoonsgerichte afspraken staan rondom zorg en wonen) is een belangrijk onderdeel voor het leveren van persoonsgerichte zorg. In elke kleinschalige woonvorm waar de specialist ouderengeneeskunde bij betrokken is, is dit aanwezig en binnen zes weken na opname opgesteld.

Autonomie en aanbod activiteiten

De specialisten ouderengeneeskunde signaleren dat de activiteiten in de kleinschalige woonvormen niet altijd toereikend zijn, vooral als het patiënten met gevorderde dementie betreft die niet meer kunnen deelnemen aan de dagelijkse huishoudelijke activiteiten. De specialisten ouderengeneeskunde benoemen dat het idee van kleinschalig wonen bij patiënten met gevorderde dementie soms haaks staat op wat de patiënten nodig hebben: in een gevorderd stadium moet de dagstructuur voor hen worden bepaald, want patiënten zijn niet altijd in staat dit zelf adequaat te bepalen (verlies van autonomie is helaas inherent aan de ziekte). Gesignaleerd wordt dat niet genoeg personeel beschikbaar is (of vrijwilligers) om andere activiteiten dan de huishoudelijke taken te ondernemen die wel aansluiten op de behoefte. Daarnaast zijn er niet altijd voldoende middelen aanwezig, zoals een snoezelruimte.

'Op een gegeven moment ontstond een probleem in de activiteitenvorming: de patiënten die gevorderd dementerend waren konden niet meer meedoen met de dagelijkse activiteiten. Het idee dat men samen zou koken, kon niet meer worden uitgevoerd vanwege progressie van de ziekte. Alternatieve dagbesteding passend op het niveau van de patiënt kon niet voldoende worden geboden'. (interview 2)

Het belang van de architectuur

De specialisten ouderengeneeskunde komen in aanraking met kleinschalige woonvormen, waarbij de architectuur veelal invloed heeft in het ontstaan van probleemgedrag. Voorbeelden die worden genoemd: er is vaak niet genoeg loopruimte waardoor agitatie ontstaat, de verlichting in de gang is slecht, het gebruik van grote glazen ramen van plafond tot vloer (kan verwarrend en/of angstig zijn voor patiënten met dementie). Ook bleek er in een aantal huizen geen rekening te zijn gehouden met gebruik van benodigde hulpmiddelen (tillift, scootmobiel) die een bredere deurpost vereisen waardoor iemand dus niet optimaal geholpen kan worden. De specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat er, eigenlijk al voor de bouw van de kleinschalige woonvorm, aandacht moet zijn voor de architectuur. Hierbij moeten alle benodigde disciplines betrokken worden.

'In sommige kleinschalige woonvormen is bijvoorbeeld te weinig loopruimte, waardoor onrust ontstaat, of er is geen rekening gehouden met extra brede deurposten voor gebruik van bijvoorbeeld een tillift.' (interview 4)

Beschikbaarheid van hulpmiddelen

Er zijn wisselende ervaringen ten aanzien van het inzetten van benodigde hulpmiddelen. Twee specialisten ouderengeneeskunde hebben de ervaring dat het aanvragen van een hulpmiddel wel drie maanden kan duren. Voor een terminaal zieke patiënt is dit te laat. Hulpmiddelen zouden beschikbaar en inzetbaar moeten zijn wanneer dit nodig is. Ook zijn er geluiden dat het aanvragen voor een laag-laagbed in het kader van valgevaar moeizaam is. Tevens lijkt er sprake te zijn van onnodige gelduitgaven, zie de quote hieronder.

'Soms zijn er 10 tilliften aanwezig op nog geen 30 bewoners, met de reden dat dit moet worden aangevraagd per individu en de tillift niet mag worden gebruikt voor andere bewoners omdat eventuele schade dan niet wordt vergoed.' (interview 6)

Samenvatting: wat draagt bij aan de (persoonsgerichte) zorg?

- Opstellen van zorgleefplan (binnen afgesproken tijdsbestek)
- Aanwezigheid van activiteiten en benodigde middelen, passend bij de doelgroep
- Architectuur aangepast op de doelgroep
- Hulpmiddelen (bv tillift, aangepast bed) beschikbaar en inzetbaar wanneer nodig

3.3 Zorginhoudelijke aspecten

3.3.1 Algemeen

De specialisten ouderengeneeskunde noemen verschillende werkzaamheden en samenwerkingsverbanden die nodig zijn om inhoudelijk ook (afgestemde) zorg te kunnen bieden. De gegevens zijn geclusterd in 'samenwerkingsverbanden met andere disciplines' en de 'werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde in de kleinschalige woonvormen'. Ook hier zal worden afgesloten met een samenvatting per categorie.

3.3.2 Samenwerkingsbanden met andere disciplines

Samenwerking met huisarts

De meeste specialisten ouderengeneeskunde ervaren een goede samenwerking met de huisarts. Twee specialisten ouderengeneeskunde bemerken een wat moeizame samenwerking, voortkomend uit het feit dat de huisartsen plots de verantwoordelijkheid hebben gekregen over zorg voor patiënten waartoe zij zich niet bekwaam voelen. De samenwerking met meerdere huisartsen in één kleinschalige woonvorm kan tijdrovend zijn (zie quote hieronder). Over het algemeen is de huisarts verantwoordelijk voor de algemene generieke zorg en de specialist ouderengeneeskunde voor de Wlz-zorg (hieronder vallen veelal patiënten met cognitieve stoornissen en meerdere lichamelijke problemen). In de praktijk blijkt dit onderscheid lastig te zijn. Als voorbeeld wordt genoemd de urineweginfectie die gepaard gaat met een delier (is dit generiek of Wlz-specifiek)? Daarnaast bestaan er ook vragen rondom het kwaliteitsbeleid zoals bij een uitbraak van een infectieziekte. In twee gevallen hebben de specialisten ouderengeneeskunde en de huisartsen samen afgesproken wie de behandeling hiervan op zich neemt (één specialist behandelt specifiek de pneumokokken en norovirus, de andere specialist heeft afgesproken dat de huisarts alle infectieziekten op zich neemt). Bij het maken van samenwerkingsafspraken is in het merendeel van de gevallen het bestuur niet actief betrokken en komt het initiatief voor het maken van de afspraken vanuit de artsen. Betrokkenheid van het bestuur is echter wel nodig zodat zij op de hoogte zijn en eventuele randvoorwaarden kunnen faciliteren.

'Recent is een nieuw huis geopend, waarbij verschillende huisartsen betrokken zijn. De informatieoverdracht en samenwerking verloopt initieel dan minder soepel: uitzoeken wie welke huisarts heeft, hoe deze te bereiken is en hoe hiermee afspraken te maken zijn.'
(interview 5)

Samenwerkingsband met paramedici

Vrijwel alle specialisten ouderengeneeskunde ervaren een goede samenwerking met fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten vanuit de eerste lijn die ook affiniteit hebben met de doelgroep. Specialisten ouderengeneeskunde signaleren echter dat eerstelijns psychologen onvoldoende expertise en mogelijkheden hebben om specifiek met de psychogeriatrische problemen om te gaan.

Binnen de kleinschalige woonvormen die ontstaan zijn vanuit een grotere zorgorganisatie, heeft de organisatie vaak zelf paramedici in dienst. Deze specialisten ouderengeneeskunde ervaren, meer dan de andere specialisten ouderengeneeskunde, een beperkte beschikbaarheid van de paramedici. De reistijd zorgt voor beperkte aanwezigheid van de paramedici op de betreffende locatie, wat tot gevolg kan hebben dat een behandeling later wordt ingezet dan gewenst.

Ook komt het voor dat zij niet aanwezig zijn op het multidisciplinair overleg, omdat men de reistijd liever inzet voor behandeltijd. Daar waar vanuit de eerste lijn paramedici zijn betrokken, wordt de hoeveelheid beschikbare uren wel als goed ervaren.

'Het leveren van zorg in de verschillende kleinschalige woonvormen vergt van alle disciplines flink wat inspanning: het afstemmen wie wanneer aanwezig is, zeker met de krappe bezetting, speelt mee bij alle betrokken disciplines'. (interview 8)

Samenwerkingsband met zorgteam

Een positief punt dat specialisten ouderengeneeskunde ervaren is dat de zorgteams in veel gevallen de gewoonten en de voorgeschiedenis van de patiënt goed kennen en dat het zorgpersoneel 'werkt vanuit het hart'. Alle specialisten ouderengeneeskunde merken echter dat door kennislacunes en beperkte scholing (zoals eerder genoemd) de zorg (te) laat de specialist ouderengeneeskunde of de huisarts inschakelt bij gezondheidsproblemen. De specialisten ouderengeneeskunde benoemen dat het van belang is dat de verpleging en verzorging weet (en signaleert) wanneer zij met een behandelaar contact moeten opnemen.

Samenvatting: wat draagt bij aan een goede samenwerking?

- Afspraken tussen specialist ouderengeneeskunde, huisarts en bestuur wie op medisch inhoudelijk gebied welke zorg levert
- Laagdrempelige inzetbaarheid en beschikbaarheid van paramedici (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, GZ-psychologen)
- Paramedici met affiniteit met de doelgroep
- Verzorging en verpleging met voldoende kennis van de doelgroep
- Afspraken met zorgteam wanneer zij contact moeten en kunnen opnemen met behandelaar (huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde)

3.3.3 Veelvoorkomende werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvormen

Behandeling en/of begeleiding van aandoeningen bij kwetsbare ouderen

Afhankelijk van de zorgzwaarte en afstemming met de huisarts is een specialist ouderengeneeskunde in meer of mindere mate betrokken bij het opgestelde behandelplan, afhankelijk van de noodzaak. Twee specialisten ouderengeneeskunde hebben aangegeven dat het voor de huisartsen mogelijk niet duidelijk is wanneer en waarvoor de specialist ouderengeneeskunde kan worden ingezet. Zij signaleren dat patiënten daardoor mogelijk niet de optimale benodigde behandeling krijgen, vooral als het gaat om probleemgedrag bij dementie waarbij het van belang is om het stappenplan in de richtlijn⁹ te volgen en bij voorkeur niet-medicamenteuze maatregelen te nemen.

'Dus bij probleemgedrag met onrust schrijft de huisarts een rustgevende pil voor, er wordt niet gekeken naar eventuele onderliggende zaken. De urine wordt nog wel nagekeken, maar verder wordt er geen actie ondernomen.' (interview 11)

Het multidisciplinair overleg (MDO)

Alle specialisten ouderengeneeskunde geven aan een goede bijdrage te kunnen leveren aan het MDO. Zij benoemen wel dat het van belang is om de patiënt te hebben gezien en gesproken om goede, op maat afgestemde doelen te kunnen formuleren passend bij de wens van de patiënt. Alle geïnterviewde specialisten ouderengeneeskunde zijn aanwezig bij de MDO's van een kleinschalige woonvorm, deze worden ingepland door de eerst-verantwoordelijk verzorgende (Evv'er) en vinden ongeveer één keer per zes weken plaats. De organisatie rond MDO's kan over het algemeen nog beter, met name het goed organiseren van de betrokkenheid van de verschillende disciplines.

Aandacht voor polyfarmacie

Specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat het beoordelen van de medicatielijst en daaropvolgende acties (het staken, verlagen van dosering of soms een essentieel medicijn toevoegen) een belangrijk onderdeel vormt van de werkzaamheden. Polyfarmacie (het gebruik van vijf of meer medicamenten gedurende langere tijd) komt veel voor bij kwetsbare ouderen vanwege comorbiditeit.

Om polyfarmacie tegen te gaan wordt in de verpleeghuizen idealiter één keer per jaar een medicatie review verricht met de apotheker. In de kleinschalige woonvormen waar de specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar is, geven de specialisten ouderengeneeskunde aan dat dit in veel gevallen ook gebeurt. De specialisten ouderengeneeskunde die als medebehandelaar betrokken zijn, proberen een medicatiereview met de apotheker op te zetten, echter logistieke redenen verhinderen in veel gevallen de afstemming.

'Ook polyfarmacie is een belangrijk onderdeel, ik merk dat de huisarts niet altijd de tijd en kennis heeft om een afweging te kunnen maken om medicatie aan te passen of te staken.'
(interview 6)

Registratie en evaluatie vrijheidsbeperkende maatregelen

Specialisten ouderengeneeskunde vinden het belangrijk dat op de juiste manier wordt omgegaan met vrijheidsbeperkende maatregelen. De meeste specialisten ouderengeneeskunde zijn ook verantwoordelijk voor het inzetten, registreren en evalueren hiervan. Zoals eerder beschreven bestaan binnen de beroepsgroep (grote) zorgen over de omgang met deze maatregelen. Zij signaleren beperkte kennis ten aanzien van de regelgeving en omgang rondom de inzet van VBM's van meerder betrokken partijen en maken zich zorgen over wie hierover verantwoording draagt.

Advance care planning

De specialisten ouderengeneeskunde verrichten gesprekken met patiënt en familie waarbij aan de hand van de gezondheid van de patiënt, en zijn opvattingen hierover, ook toekomstige zorg en het eventueel het naderend einde wordt afgestemd.¹⁰ Dit heet advance care planning (ACP). Op deze manier wordt getracht om een 'waardige invulling' te geven en medisch onwenselijke behandelingen te voorkomen. De specialisten ouderengeneeskunde bespreken dit ook met de betrokken huisarts, waarbij de meeste specialisten ouderengeneeskunde merken dat de huisartsen en patiënten deze gesprekken op prijs stellen.

Voorkomen intensieve/specialistische zorg

De specialisten ouderengeneeskunde handelen zo veel mogelijk proactief, ook in kleinschalige woonvormen, met als doel om intensieve zorg en (onnodige) acute ziekenhuisopnames te voorkomen. De specialisten ouderengeneeskunde ervaren echter wel een beperking in het proactief handelen in kleinschalige woonvormen, omdat men letterlijk minder zicht heeft op de patiënten door de verschillende locaties. Daarnaast speelt als beperkende factor, zoals eerder genoemd, de beperkte signalerende functie van de verzorgenden ten gevolge van het lage kennisniveau een rol. Risico is dat de arts bij gezondheidsproblemen (te) laat wordt ingeroepen.

'Voor kwaliteit van zorg is het onder andere een voorwaarde dat er voldoende zorgpersoneel aanwezig is. Zij moeten ook in staat zijn om te kunnen signaleren, hiermee bedoel ik het oppikken van signalen over gezondheidsproblemen. Zonder signalerende functie bestaat het risico dat wij als artsen te laat worden ingeroepen.'(Interview 3)

Samenvatting: hoe kan de specialist ouderengeneeskunde effectief een bijdrage leveren aan de zorg in de kleinschalige woonvorm?

- Duidelijkheid voor huisarts waarvoor specialist ouderengeneeskunde kan worden ingezet
- Regelmatig multidisciplinair overleg met alle betrokken disciplines
- Eén keer per jaar een medicatiereview (liefst met de apotheker)
- Specialist ouderengeneeskunde betrekken bij het inzetten, registreren en evalueren van vrijheidsbeperkende maatregelen
- Ruimte voor advance care planning
- De mogelijkheid tot proactief handelen
- (en natuurlijk: de eerder genoemde checklists)

3.4 Randvoorwaarden voor dienstverlening specialisten ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvorm

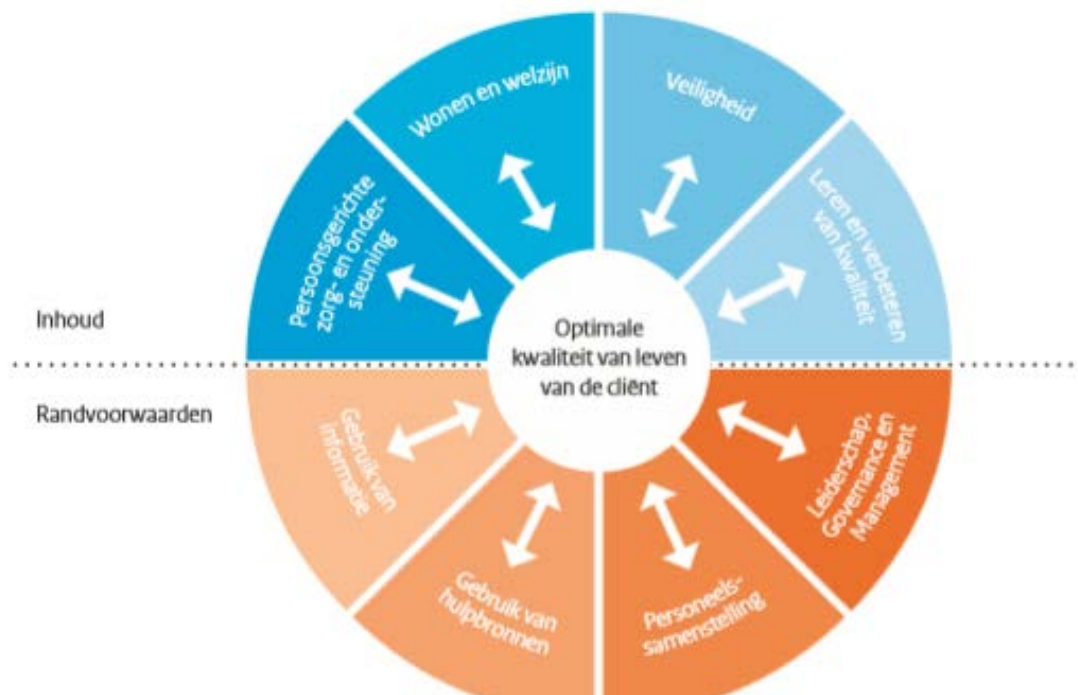
Het interview werd afgesloten met de vraag aan welke randvoorwaarden zou moeten worden voldaan zodat kwalitatief goede zorg geboden kan worden. De specialisten ouderengeneeskunde benoemen gezamenlijk de volgende zeven aspecten:

1. Overleg op bestuurlijk niveau is een allereerste vereiste, om te komen tot een goed kwaliteitsbeleid, het formuleren en borgen van de juiste zorg op de juiste plek, het creëren van de randvoorwaarden en het afstemmen van verantwoordelijkheden en taken zoals beschreven in het beroepsprofiel² en het kwaliteitskader.¹¹
2. Er moet voldoende geschoold personeel worden aangenomen dat tevens in staat is om een signalerende functie uit te oefenen ten aanzien van gezondheidsproblemen. Ook moet er ruimte zijn voor scholing en moet hiervoor een budget aanwezig zijn. Paramedici vanuit de eerste lijn moeten affiniteit hebben met de doelgroep.
3. De benodigde zorg zou moeten worden ingekocht op basis van de zorgbehoefte van de doelgroep. Als inzet van de specialist ouderengeneeskunde gewenst is, moet duidelijk zijn hoe dit gefinancierd wordt. Ook moeten er bijpassende activiteiten geboden worden. Ook hulpmiddelen (zoals tillift of aangepast bed) moeten inzetbaar en beschikbaar zijn wanneer nodig.
4. Het bestuur zou samen met de hulpverleners afspraken moeten maken over de verantwoordelijkheden met betrekking tot patiënt overstijgende zaken en de invulling hiervan. Hieronder valt ook het opstellen van protocollen en afspreken wie verantwoordelijk is voor de uitvoer.
5. Tot slot moet adequate dossiervorming mogelijk zijn.

3.5 Inventarisatie knelpunten aan de hand van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

In het voorgaande gedeelte is door de specialisten ouderengeneeskunde een aantal positieve punten en knelpunten genoemd. Bij het nader analyseren van deze punten viel op dat deze onder te verdelen zijn bij verschillende aspecten van het 'kwaliteitskader verpleeghuiszorg'.¹¹ Het kwaliteitskader geeft, zoals de naam al suggereert, kaders aan die nodig zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg (zie figuur 1). Gegevens die zijn opgehaald uit de interviews zijn verdeeld onder de betreffende aspecten van het kader (zie figuur 2).

De term 'kwaliteitskader verpleeghuiszorg' kan de suggestie opwekken dat het niet van toepassing is op kleinschalige woonvormen, echter, in het kader wordt gezegd: *'Er wordt steeds meer verpleeghuiszorg geleverd in de directe woonomgeving van cliënten waarbij ook zorgverleners zoals specialisten ouderengeneeskunde in consult worden gevraagd. Op deze vormen van (consultatieve) verpleeghuiszorg zijn delen van dit kwaliteitskader nu reeds goed toepasbaar.'*¹¹ Dit kader is dus ook van toepassing op kleinschalige woonvormen.



Figuur 1: integraal model voor kwaliteit verpleeghuiszorg¹¹

Toelichting

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning: in hoeverre staat de cliënt centraal bij zorgverlening.

Wonen en welzijn: het ondersteunen van de optimale levenskwaliteit en welbevinden van cliënt.

Veiligheid: het gebruik van professionele standaarden, richtlijnen en het omgaan met incidenten.

Leren en verbeteren van kwaliteit: het gebruik maken van beschikbare kennisbronnen, ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie voor het leveren van optimale zorg.

Leiderschap, governance: de aansturingen van de zorgorganisatie (zoals beleggen verantwoordelijkheid).

Personeelssamenstelling: adequate samenstelling personeelsbestand.

Hulpbronnen: de best mogelijke zorgresultaten met beschikbare financiën en middelen.

Gebruik van informatie: over gebruik van informatie voor leveren, monitoren en managen zorg en verstrekken van kwaliteitsinformatie aan cliënten.

Voor nadere toelichting van de onderstaande aspecten, zie het kwaliteitskader.¹¹

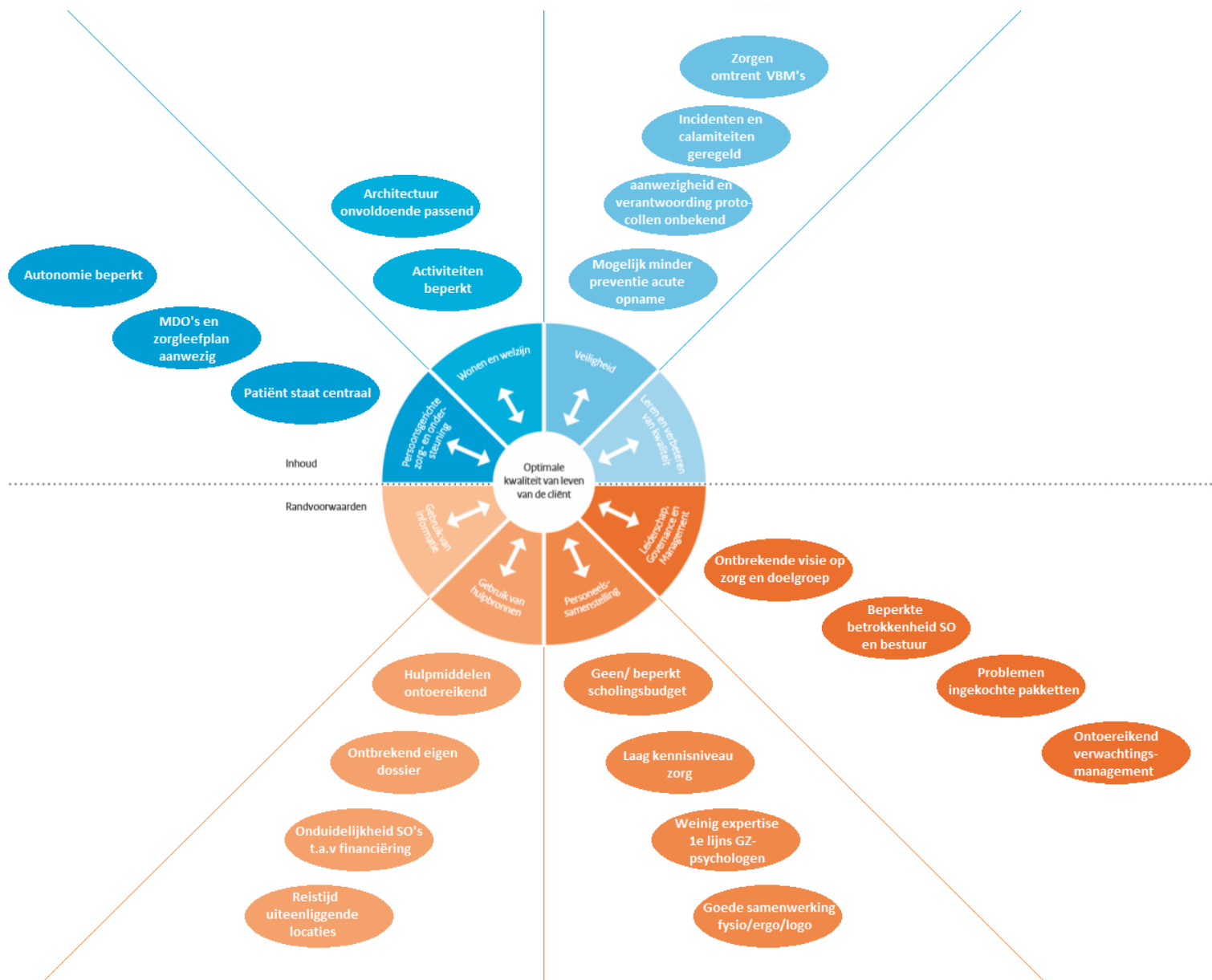


Fig. 2. Het kwaliteitskader met de positieve punten en knelpunten die specialisten ouderengeneeskunde benoemen

3.5.1 Opmerkingen ten aanzien van de inhoud

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Positieve punten die zijn benoemd is dat de patiënt centraal staat onder andere doordat de zorg beter op de hoogte is van de gewoonten en voorgeschiedenis van een patiënt. Daarnaast vinden MDO's plaats en wordt een zorgleefplan op tijd opgesteld en is er aandacht voor advance care planning. Dit draagt bij aan de beoogde persoonsgerichte zorg.

Een knelpunt is dat de autonomie van de patiënt tijdens het beloop van de ziekte (dementie) in het gedrang kan komen en dat het concept kleinschalige woonvorm niet altijd voor iedere patiënt geschikt lijkt te zijn.

Wonen en welzijn

Twee knelpunten worden benoemd. Ten eerste het beperkte aanbod van activiteiten en middelen, waardoor in een aantal gevallen de patiënt niet op basis van zijn behoefte geprikkeld kan worden. Ten tweede blijkt de architectuur in een aantal gevallen onvoldoende passend te zijn waarbij onvoldoende rekening is gehouden met de doelgroep en het gebruik van hulpmiddelen (zoals tillift) lastig is.

Veiligheid

Op dit aspect worden drie knelpunten benoemd. Ten eerste bestaan er zorgen over de omgang met vrijheidsbeperkende maatregelen waarbij meerdere partijen (bestuur, zorg, huisarts) onwetend lijken te zijn over de inzet, evaluatie en registratie. Ten tweede is in veel gevallen onbekend wie van de hulpverleners verantwoordelijk is voor de uitvoer van bepaalde protocollen, zoals decubituspreventie en infectiepreventie. Ten derde bestaat het risico dat de preventie van acute ziekenhuisopname in gevaar is ten gevolge van een verminderde signalerende functie bij de kwetsbare ouderen door te laag geschoold zorgpersoneel en de beperking (door verschillende locaties) voor het effectief uitvoeren van proactieve zorg door de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts.

Ten aanzien van het medicatie veiligheidssysteem kunnen op basis van deze inventarisatie geen uitspraken worden gedaan. Wel wordt getracht om minimaal één keer per jaar een medicatiereview met de apotheker te verrichten of zijn de specialisten ouderengeneeskunde bezig met het opzetten van een dergelijke bespreking. Ten aanzien van regelingen rondom incidenten en calamiteiten geven de specialisten ouderengeneeskunde aan dat regelingen zijn getroffen.

3.5.2 Opmerkingen ten aanzien van de randvoorwaarden

Leiderschap, governance en management

Op dit vlak zijn vier knelpunten te onderscheiden. Ten eerste de afwezigheid van de visie op zorg en de beoogde doelgroep. Dit geeft het risico dat er geen goede triage bij het aannemen van patiënten plaatsvindt en dat vervolgens geen zorg kan worden geleverd op basis van de zorgbehoefte van de patiënt. Ten tweede blijkt dat er weinig overleg is tussen het bestuur en de specialisten ouderengeneeskunde. Specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat het gewenst is om voor het openen van de deuren na te denken over de doelgroep, visie, architectuur, omgaan met VBM's en dergelijke. Ook over de invulling van verantwoordelijkheden tussen de disciplines zou het bestuur betrokken moeten zijn. Het is van belang om vooraf na te denken over kwaliteit, daarvoor kunnen de betrokken disciplines een goede bijdrage leveren. Ten derde worden er problemen ervaren met de ingekochte pakketten, die niet altijd gericht zijn op de zorgbehoefte van de patiënt. Tot slot komt het verwachtingsmanagement aan bod. De specialisten ouderengeneeskunde signaleren dat de grenzen aan de zorg die men kan leveren in de kleinschalige woonvorm niet altijd duidelijk is. Dit is wel van belang om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven leveren.

Personeelssamenstelling

Een positief punt dat wordt genoemd is de goede samenwerkingsmogelijkheden met huisartsen, eerstelijns fysio- en ergotherapeuten en logopedisten. Daarnaast worden drie knelpunten benoemd. Ten eerste het te laag geschoold personeel dat gezondheidsrisico's voor de patiënten met zich meebrengt en bijvoorbeeld de aanpak van probleemgedrag bij dementie lastig maakt. Ten tweede is, in aansluiting op het voorgaande, in een aantal gevallen weinig aandacht voor scholing en/of is hier geen of onvoldoende budget voor gereserveerd. Tot slot wordt gesignaleerd dat eerstelijns GZ psychologen niet de expertise of middelen hebben om probleemgedrag bij dementie te behandelen.

Gebruik van hulpbronnen

Hier worden vier knelpunten benoemd. Ten eerste kan het twee maanden duren voordat hulpmiddelen, zoals een tillift of een aangepast bed, beschikbaar en inzetbaar zijn. Als acute inzet nodig is, is een lange wachttijd niet gewenst. Ten tweede hebben de artsen in een groot aantal gevallen geen eigen dossier, en als deze er wel is, heeft men te maken met verschillende dossiers die onderling niet gekoppeld zijn waardoor veel handelingen moeten worden uitgevoerd om de ingezette behandeling kenbaar te maken. Ten derde bestaat er onder specialisten ouderengeneeskunde onduidelijkheid over hoe de financiering precies geregeld is. Tot slot kan de reistijd tussen de verschillende uiteen liggende locaties een belemmering zijn voor het leveren van effectieve zorg van alle disciplines.

4. Discussie

Er is een verkenning gedaan naar de ervaringen van de specialist ouderengeneeskunde in de kleinschalige woonvormen. Wat precies een kleinschalige woonvorm is, is niet eenduidig gedefinieerd. Verschillende onderzoeken en partijen in het werkveld benoemen een aantal kenmerken van kleinschalige woonvormen.^{4,5,6,7,8} Overeenkomstige kenmerken, die ook de geïnterviewde specialisten ouderengeneeskunde aangeven, zijn: het gezamenlijk continueren van het dagelijks leven met als centraal uitgangspunt het uitvoeren van huishoudelijke taken (zoals koken), een eigen dagindeling door de bewoner, familie en zorgmedewerker toegespitst op behoefte van de patiënt en de betrokkenheid van kleine vaste zorgteams die ook huishoudelijke taken vervullen. Over twee andere punten bestaat discussie: de kleine groep (wat is klein?) en het archetypisch huis (wat is dat? In hoeverre is dit van belang?). Op basis hiervan hebben wij een mogelijke definitie opgesteld die overigens nog niet uitgebreid is getoetst, maar die ons inziens wel de belangrijkste kern omvat:

'Een woonvorm waarbij in kleine groep(en) het continueren van het dagelijks leven centraal staat door huishoudelijke taken voort te zetten, waarin ook kleine vaste zorgteams een rol spelen. Daarnaast is er ruimte voor een eigen dagindeling passend bij de behoefte van de bewoner'.

Het is van belang te realiseren dat dit onderzoek een verkenning betreft en dat 'harde' cijfers ten aanzien van de mate waarin de gesignaleerde knelpunten voorkomen niet kunnen worden geconcludeerd op basis van dit onderzoek. Dit was ook niet het doel. Hierbij kan als kanttekening worden gegeven dat de specialisten ouderengeneeskunde die contact hebben opgenomen mogelijk meer knelpunten ervaren en dat positieve punten hierdoor enigszins ondergesneeuwd zijn. Wel kan worden gezegd dat de gesignaleerde knelpunten een onwenselijk effect hebben op de kwaliteit van zorg (zie 3.5). Dit gegeven, samen met het veranderende zorglandschap en de recent uitgegeven leidraad van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV),¹² zorgt dat er behoefte is aan handvatten voor de specialist ouderengeneeskunde om de kwaliteit van zorg en benodigde randvoorwaarden te borgen. Specialist ouderengeneeskunde pleiten overigens voor een blijvend samenwerkingsverband met de huisartsen, omdat beide disciplines nodig zijn om de medische zorg te kunnen waarborgen.

5. Conclusie

1. Specialisten ouderengeneeskunde signaleren dat de randvoorwaarden die nodig zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg en patiëntveiligheid niet in elke kleinschalige woonvorm geborgd zijn.
2. Een adequate bestuurlijke visie en bestuurlijke betrokkenheid ten aanzien van samenwerkingsafspraken en verantwoordelijkheden ontbreekt in veel gevallen.
3. Specialisten ouderengeneeskunde die werkzaam zijn in op zichzelf staande particuliere woonvormen, melden meer knelpunten dan de specialisten ouderengeneeskunde die werkzaam zijn in een kleinschalige woonvorm die is opgezet vanuit een grotere zorgorganisatie.
4. Specialisten ouderengeneeskunde zijn nog 'zoekend' in het nieuwe zorglandschap en hebben behoefte aan handvatten om taken en verantwoordelijkheden beter te adresseren en organiseren.
5. Specialisten ouderengeneeskunde pleiten voor een blijvend samenwerkingsverband met huisartsen om de benodigde medische zorg voor de kwetsbare oudere te waarborgen, juist nu het zorglandschap verandert. Ook hiervoor is er behoefte aan handvatten om die samenwerking goed vorm te geven.

6. Aanbevelingen

6.1 Voor de specialisten ouderengeneeskunde

Om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te waarborgen beveelt VerenSo de specialisten ouderengeneeskunde aan om, alvorens te gaan werken in een kleinschalige woonvorm (zelfstandig of vanuit een grotere instelling) op bestuurlijk niveau en samen met de betrokken huisartsen afspraken te maken over de taken, verantwoordelijkheden en benodigde randvoorwaarden voor goede zorg en behandeling. Hiervoor heeft VerenSo een gespreksleidraad opgesteld die de specialist ouderengeneeskunde kan gebruiken om de randvoorwaarden bespreekbaar te maken en te borgen, zie bijlage 2. VerenSo zal de komende tijd ook werken aan een modelovereenkomst die de specialist ouderengeneeskunde kan ondersteunen in het aangaan van samenwerkingsverbanden.

VerenSo zal tevens in gesprek gaan met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) om na te gaan hoe een constructieve samenwerking kan worden opgezet en hoe op lokaal niveau ondersteuning kan worden geboden om tot de juiste randvoorwaarden voor goede kwaliteit van zorg te komen. Daarnaast zal zij samen met de LHV in gesprek gaan om meer gezamenlijk op te trekken daar waar het gaat om aandachtspunten en deze landelijk bespreekbaar maken.

6.2 Voor de andere partijen

Op basis van de gegevens uit het onderzoek zou VerenSo een aantal aanbevelingen willen doen naar twee andere partijen die ons inziens betrokken zijn en/of invloed kunnen hebben op het borgen van kwalitatief goede zorg en patiëntveiligheid.

Patiënten en hun naasten

De eerste aanbeveling is gericht naar de (toekomstige) patiëntengroep. Wij raden hen aan om bij de instelling waar zij naartoe zouden willen gaan te achterhalen wat men wel en niet kan bieden qua zorg en of dit past bij de zorgbehoefte en -wensen (verwachtingsmanagement). Hierbij moet ook rekening worden gehouden met mogelijke ontwikkelingen op de lange termijn en de benodigde expertise en hulpmiddelen.

Ministerie van VWS

Wij adviseren het ministerie van VWS om zorg te dragen voor een minimale basis van kwaliteit bij het betreden van de markt voor kleinschalige woonvormen. Aangezien de gesignaleerde problemen door meerdere partijen (specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen,^{14,15} Inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd¹) landelijk worden gemeld lijkt er behoefte te zijn aan regelgeving voor het opzetten van kleinschalige woonvormen ten behoeve van de kwaliteit van zorg. Dit is mogelijk door in ieder geval 'vòòr het openen van de deuren' een staand kwaliteitsbeleid te hebben en duidelijke afspraken te maken rondom het leveren en organiseren van de medische en paramedische zorg.

7. Bronnen

1. <https://www.igj.nl/documenten/jaarplannen/2017/12/18/werkplan-2018-kijken-met-andere-ogen>
2. <https://www.verenso.nl/de-specialist-ouderengeneeskunde/beroepsprofiel>
3. <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2016-1/handreiking-samenwerking-huisarts-specialist-ouderengeneeskunde>
4. Verbeek, H. et al. Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *International psychogeriatrics*. 2009; 21(2): 252-264.
5. Verbeek, H. et al. The effects of small-scale, homelike facilities for older people with dementia on residents, family caregivers and staff: design of a longitudinal, quasi-experimental study. *Bmc geriatrics*. 2009; 9: 3-3. doi: 10.1186/1471-2318-9-3
6. M. Depla en S. te Boekhorst. Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: doen of laten? Utrecht, Trimbos-instituut 2007. Pg 20-24, 61
7. <https://www.actiz.nl/stream/c-brochure-kleinschaligheid>
8. https://www.vilans.nl/docs/producten/Kleinschalig_full_service_download_INT.pdf
9. <https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijndatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>
10. <https://www.verenso.nl/dossiers/advance-care-planning-acp>
11. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>
12. <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-medische-zorg-kleinschalige-woonzorginstellingen>

Bijlage 1. Vragen als leidraad voor interviews

Algemene vragen

1. Hoe bent u ooit betrokken geraakt bij de kleinschalige woonvorm(en)?
2. Wat is uw dienstverband? (loondienst of ZZP'er)
3. Bent u hoofd-, medebehandelaar of consultant?
4. Hoe is het geregeld met de bereikbaarheid, 24/7?
5. Bij hoeveel kleinschalige woonvormen bent u betrokken?
6. Wordt hier zorg geleverd voor een specifieke patiëntengroep?
7. Wat zijn positieve punten van de kleinschalige woonvormen?
8. Loopt u tegen problemen op? Zo ja, welke? (afhankelijk van het antwoord wordt het interview bij een van de onderstaande topics vervolgd. Daarna worden de overige, nog niet besproken topics langsgelopen).

Zorgorganisatorisch

9. Hoe zijn patiënt overstijgende zaken geregeld?
 - a. Richtlijnen en protocollen (zijn er richtlijnen (infectiepreventie, decubituspreventie, hygiëne maatregelen) aanwezig? Hoe wordt hiermee omgegaan? Is de specialist ouderengeneeskunde hierbij betrokken, hoe?))
 - b. Calamiteiten en incidenten (hoe wordt omgegaan met calamiteiten en incidenten? Is hiervoor een protocol?)
 - c. Medicatieveiligheid (hoe is de medicatieveiligheid gewaarborgd?)
 - d. Onvrijwillige zorg en BOPZ. (Hoe wordt omgegaan met vrijheidsbeperkende maatregelen? Is er een BOPZ-aanmerking nodig?)
 - e. Zorgleefplan (Wordt er een zorgleefplan opgesteld? Is de specialist ouderengeneeskunde hierbij betrokken?)
 - f. Dossiervorming (Hoe is de dossiervorming geregeld? Is er een dossier aanwezig voor de specialist ouderengeneeskunde? Zo nee, waarom niet. Zo ja, wat zijn de ervaringen hiermee en hoe verloopt de communicatie met andere hulpverleners?)
10. Heeft u ooit met het bestuur overleg gehad of afspraken gemaakt over de bovenstaande zaken?
11. Financiële problemen (loopt u tegen financiële problemen op? Zo ja, welke?)

Zorginhoudelijk

12. Samenwerkingsverbanden (met welke disciplines werkt u samen?)
13. Welke ervaringen heeft u hiermee (elke discipline apart uitvragen, vermoedelijk fysiotherapeut/ergotherapeut/logopedist/huisarts/GZ- psycholoog/verzorgenden/verpleegkundigen)?
14. MDO's (Vinden er MDO's plaats? Zijn de benodigde disciplines daarbij aanwezig?)
15. Indien samenwerking met huisarts:
 - a. Wie houdt de regie?
 - b. Zijn er samenwerkingsafspraken gemaakt m.b.t. verantwoordelijkheden (wie is waarvoor verantwoordelijk? Zo ja, welke afspraken zijn gemaakt?)
 - c. Is er sprake van een 'getrapt model?'. Wat zijn de ervaringen hieromtrent?
 - d. Wie schrijft medicatie voor?
 - e. Waar vult de specialist ouderengeneeskunde de huisarts aan?

Perspectief

16. Wat is voor u kwalitatief goede zorg?
17. Welke randvoorwaarden zijn hiervoor nodig?
18. Zijn er nog onderwerpen of zaken die niet besproken zijn?

Bijlage 2. Gespreksleidraad voor specialist ouderengeneeskunde

Gespreksleidraad voor specialist ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvormen	Aanwezig?
Leiderschap	
Structureel overleg tussen specialist ouderengeneeskunde en bestuur	
Bestuurlijke visie: is de doelgroep bekend?	
Bestuurlijke visie: welke zorg wil men leveren?	
Zorgpakketten zijn ingekocht en geschikt voor het leveren van de gewenste zorg	
Adequaat verwachtingsmanagement naar patiënt en familie	
Adequaat triagesysteem voor aannemen patiënten	
Behandeling van specialist ouderengeneeskunde (en inzet andere hulpverleners) is gefinancierd	
Personeelssamenstelling	
Personeel (met name verzorging) met voldoende kennisniveau en signalerende capaciteiten	
Personeel (verzorging en paramedici) met affiniteit voor de doelgroep	
Adequaat scholingsprogramma en – budget voor personeel	
Adequate GZ-psycholoog beschikbaar (vooral in het kader van psychogeriatricie)	
Paramedici (fysio-, ergotherapeut en logopedie) zijn beschikbaar en inzetbaar	
Hulpbronnen	
Er is een elektronisch patiëntendossier voor de arts	
Benodigde hulpmiddelen (bv tillift, aangepast bed) is beschikbaar	
Veiligheid	
Afspraak tussen bestuur, specialist ouderengeneeskunde en huisarts over wie welke zorg levert	
Afspraken t.a.v. inzet, registratie en evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn gemaakt en zijn bekend bij bestuur en personeel (evt. BOPZ-aanmerking?)	
Duidelijk en werkzaam protocol voor calamiteiten en incidenten	
Duidelijk en werkzaam protocol voor basisveiligheid (infectiepreventie, decubituspreventie, hygiëne)	
Afspraken tussen bestuur, huisarts en specialist ouderengeneeskunde t.a.v. verantwoordelijkheden in uitvoer van de voorgaande drie punten	
Medicatieveiligheid is gewaarborgd	
Bij al het bovenstaande: draagt het bestuur medeverantwoordelijkheid?	
Persoonsgerichte zorg, wonen en welzijn	
Er vindt regelmatig een multidisciplinair overleg plaats	
Is er een zorgleefplan, wie stelt wat op?	
Activiteiten passend bij doelgroep	
Voldoende middelen voor uitvoer activiteiten	
Architectuur is passend bij de doelgroep	
*Het kan zinvol zijn om voordat in gesprek wordt gegaan met het bestuur over deze punten, zelfstandig deze lijst door te nemen en na te denken over deze punten en wat hiervoor nodig is.	