

Modelontwikkeling voor een optimale inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de extramurale praktijk in regio Gelderland-Zuid

Extramurale Praktijk Ontwikkeling Specialisten ouderengeneeskunde (EPOS)

dr. Annelies Wassenaar, dr. Minke Nieuwboer,
dr. Marieke Perry

UKON BUREAU | P/A RADBOUDUMC, AFD. ELG-149 | POSTBUS 9101, 6500 HB NIJMEGEN
BEZOEKERSADRES: GEERT GROOTEPLEIN 21 (ROUTE 149) | 6525 EZ NIJMEGEN
TELEFOON: 024-3618181 | E-MAIL: ANNELIES.WASSENAAR@RADBOUDUMC.NL | UKON.ELG@RADBOUDUMC.NL
WWW.UKONNETWERK.NL

OPDRACHTGEVER: BESTUURDERS V&V ORGANISATIES ZORGREGIO NIJMEGEN

FINANCIER: Werkgeversvereniging voor Zorg en Welzijn (WZW GELDERLAND)

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	3
INLEIDING.....	5
METHODE	6
Onderzoeksvragen.....	6
a) Deskresearch ter identificatie van best practices	6
b) Semigestructureerde interviews naar beïnvloedende factoren en randvoorwaarden	7
c) Vertaling resultaten naar een model voor de regio Gelderland-Zuid	7
RESULTATEN	9
a) Deskresearch ter identificatie van best practices	9
b) Semigestructureerde interviews naar beïnvloedende factoren en randvoorwaarden	10
c) Vertaling resultaten naar een model voor de regio Gelderland-Zuid	15
EPOS model	20
TOEKOMSTPLANNEN	24
REFERENTIES	25
BIJLAGEN	26
Bijlage 1 Deelnemer karakteristieken.....	26
Bijlage 2 Randvoorwaarden, belemmerende en bevorderende factoren	27
Bijlage 3 Figuren belemmerende en bevorderende factoren extramurale inzet SO inclusief citaten	30

SAMENVATTING

Aanleiding

Door vergrijzing en overheidsbeleid wonen steeds meer kwetsbare ouderen thuis of in geclusterde woonvormen. Hierdoor is er een toenemende vraag naar de expertise van de specialist ouderengeneeskunde (SO) in de eerste lijn. Echter, deze vraag staat op gespannen voet met de daadwerkelijke beschikbaarheid. In de regio Gelderland-Zuid is er een tekort aan SO's. Daarom is een efficiënte extramurale inzet van de SO essentieel.

Doel

Het ontwikkelen van een model voor een extramurale SO praktijk gericht op een optimale inzet van de beschikbare expertise en capaciteit van SO's in de regio Gelderland-Zuid.

Gericht op:

- Optimalisatie van de inhoudelijke inbreng van de SO;
- Een efficiënt model met benodigde randvoorwaarden;
- Ouderen die thuis of VPT geclusterd wonen, met of zonder Wlz indicatie.

Methode

- Selectie van best practices op basis van deskresearch bestaande uit literatuur onderzoek en expert opinion;
- Identificatie van belemmerende- en bevorderende factoren per geselecteerde best practice door middel van interviews met huisarts, SO en ten minste een andere eerstelijns zorgprofessional (zoals POH-O, geriatrieverpleegkundige of Verpleegkundig Specialist (VS));
- Model ontwikkeling gevoed door de opgehaalde resultaten in deskresearch, interviews, een vragenlijst onder stakeholders uit de praktijk, en groepsdiscussies met experts en bestuurders uit de regio Gelderland-Zuid.

Resultaat

- *Deskresearch:* uit literatuuronderzoek en telefonische gesprekken met 20 landelijke experts kwamen er 88 landelijke initiatieven naar voren waarbij de SO structureel wordt ingezet in de eerste lijn. Deze initiatieven zijn ingedeeld in 7 verschillende modellen: SO werkzaam in de 1e lijn:
 - 1) vanuit een zelfstandig behandelcentrum;
 - 2) vanuit een poli, (behandel)afdeling of Consultatiecentrum/-team VVT instelling/zorgorganisatie;
 - 3) vanuit een VVT instelling;
 - 4) vanuit een detacheringsbedrijf of zelfstandige zorginstelling zonder bedden die SO's en andere paramedici levert;
 - 5) als ZZP'er (vanuit coöperatie);
 - 6) vanuit VVT instelling als netwerkpartner/lid van kernteam van zorggroep of huisartsencoöperatie;
 - 7) vanuit Universitair samenwerkingsverband met mogelijkheid tot kortdurende opname.

- *Interviews*: uit de 88 landelijke initiatieven zijn er 7 geïnccludeerd als best practices waarvan 22 zorgprofessionals betrokken bij deze best practices zijn geïnterviewd. Met behulp van de uitkomsten van de interviews zijn beïnvloedende factoren als basis voor het concept model EPOS uitgewerkt.
- *Groepsdiscussie*: gedurende het EPOS project zijn er 3 bijeenkomsten geweest met de bestuurlijke kerngroep en 5 bijeenkomsten met de EPOS projectgroep. Tijdens deze bijeenkomsten hebben de leden van deze groepen meegedacht over de vertaling van de resultaten naar een model voor de inzet van de SO in de regio Gelderland-Zuid, de haalbaarheid en randvoorwaarden daarvan.
- Op basis van het deskresearch, de interviews en groepsdiscussie is er een concept model EPOS uitgewerkt, welke tijdens een *vragenlijst* onder stakeholders en *telefonische interviews* met bestuurders uit de regio is voorgelegd op relevantie en haalbaarheid. Uit de reacties van 80 respondenten bleek dat het EPOS concept model op een breed draagvlak kan rekenen onder huisartsen, SO's en (eerstelijns) verpleegkundigen. Op basis van de uitkomsten en groepsdiscussie werd het EPOS model daarna uitgewerkt tot een voorlopige versie voor een pilotimplementatie tijdens EPOS deel 2 in de regio Gelderland-Zuid.

EPOS model

We werken toe naar de oprichting van een *Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg* met centraal digitaal loket,

- waarbij de huisarts kan kiezen uit twee werkwijzen bij het inschakelen van ouderenzorg expertise:
 1. structurele samenwerking met een SO team in een *Netwerk kwetsbare ouderen rondom huisartsenpraktijk*, of
 2. verwijzing op consultbasis,
- waarbij de SO niet solistisch, maar in een multidisciplinair (MD) team met bijvoorbeeld een VS en psycholoog vanuit de intramurale setting wordt ingezet in de eerste lijn.

Het Consultatiecentrum wordt gevormd door een regionaal *MD consultatieteam* bestaande uit: SO's, verpleegkundige zorgprofessionals (zoals een VS, op basis van de aanwezige expertise in het Netwerk kan dit ook een Physician Assistent of een andere verpleegkundige zorgprofessional), psychologen, (kader)huisartsen (Ouderengeneeskunde), en casemanagers uit verschillende instellingen.

Daarbij kunnen in de toekomst paramedici (ergotherapeut, diëtist, fysiotherapeut, logopedist) beschikbaar worden gesteld door de betrokken VVT instellingen die indien nodig 'invlogen' kunnen worden in het regionale MD consultatieteam. Hierover moeten op patiëntniveau afspraken gemaakt worden.

- Dit is een voorlopig model dat in de komende jaren in fasen opgebouwd moet worden, waaraan een pilot implementatie verdere ontwikkeling en invulling zal geven.
- Tijdens de implementatie van het EPOS model zal er aandacht moeten zijn voor 'de onderstroom gericht op:
 - Elkaar kennen en vertrouwen;
 - Motivatie;
 - Gedeelde verantwoordelijkheid;
 - Gelijkwaardig partnerschap.

INLEIDING

Vergrijzing van de Nederlandse populatie en overheidsbeleid, met daaruit voortvloeiende veranderingen in financiering van zorg hebben de afgelopen jaren geleid tot een forse toename van het aantal thuiswonende kwetsbare ouderen (1-4). Met als gevolg dat ook het aantal oudere patiënten met complexe zorgvragen door multimorbiditeit in de eerste lijn en in geclusterde woonvormen sterk toeneemt (5). De specialist ouderengeneeskunde (SO) is expert op het gebied van complexe problematiek bij ouderen. Een goede samenwerking tussen huisartsen en SO's kan een alternatief bieden voor tweedelijnszorg, leiden tot preventie van crisisopnames en uitstel van verpleeghuisopnames oftewel het bieden van doelmatig, tijdig en gepaste zorg (6). Het samenspel tussen SO's en huisartsen is afgelopen jaren veranderd. Onder andere door de introductie van de leveringsvormen volledig pakket thuis (VPT) (al dan niet geclusterd) en modulair pakket thuis (MPT) (7). De huisarts kan bij complexe problematiek de hulp inschakelen van de SO. Denk hierbij aan consultatie, medicatiereviews, het uitvoeren van een geriatrisch assessment of (tijdelijke) (mede)behandeling.

In 2019 is er binnen de context van DementieNet een pilot-onderzoek gedaan naar de wijze waarop de huisarts en SO samenwerken in de eerste lijn en in geclusterde woonvormen. Dit onderzoek liet zien dat in netwerken waar deze samenwerking al plaatsvond, de expertise van de SO desondanks onderbenut werd. De betrokken huisartsen uitten nadrukkelijke de wens voor de toekomst om tot een betere benutting van de expertise van de SO te komen, bijvoorbeeld in de vorm van SO spreekuren in de huisartspraktijk. SO's gaven aan dat ze door het extramurale werk mogelijkheden zagen om continuïteit van zorg te verbeteren over de muur van de instelling heen (8). Landelijk zijn er de laatste jaren verschillende initiatieven en zorgmodellen ontwikkeld voor de inzet van de SO in de eerste lijn, waarbij de cliënt thuis woont (stand alone) of geclusterd in nabijheid van een dienstencentrum. Echter, het is onduidelijk wat de succesfactoren zijn van deze initiatieven en modellen en wat een kansrijk model is voor een efficiënte extramurale inzet van de SO.

In 2019 heeft de HAN onderzoek gedaan naar knelpunten in de regio Gelderland-Zuid en daarbij ideeën en oplossingsrichting in beeld gebracht rondom de inzet van de SO. Hieruit bleek dat de benodigde SO capaciteit in 2040 naar schatting verdubbelt voor deze zorgregio. En toename zal nodig zijn in de eerste lijn, zowel voor mensen met als zonder Wlz indicatie, hoe groot precies is nog onbekend (9). Deze toenemende vraag naar de expertise van de SO staat op gespannen voet met de daadwerkelijk beschikbare capaciteit. Zowel intramuraal als extramuraal dient daarom zo efficiënt mogelijk gebruik gemaakt te worden van de beschikbare expertise (10).

Het doel van deze studie was daarom het ontwikkelen van een model voor een extramurale SO praktijk gericht op een optimale inzet van de beschikbare expertise en capaciteit van SO's in de regio Gelderland-Zuid.

Gericht op:

- Optimalisatie van de inhoudelijke inbreng van de SO
- Een efficiënt model met benodigde randvoorwaarden
- Ouderen die thuis of VPT geclusterd wonen, met of zonder Wlz indicatie

METHODE

Onderzoeksvragen

Hoofdvraag:

Hoe moet het model voor een extramurale SO praktijk gericht op een optimale inzet van de beschikbare expertise en capaciteit van SO's in de regio Gelderland-Zuid eruit zien?

Subvragen:

- a) Wat zijn best practices van landelijke initiatieven van een structurele inzet van de SO in de extramurale praktijk en hoe zien deze initiatieven eruit?
- b) Wat zijn de meningen en ervaringen van de verschillende betrokken zorgprofessionals van de nationale best practices van extramurale praktijken over de belemmerende- en bevorderende factoren en benodigde randvoorwaarden voor een optimale inzet van de beschikbare expertise en capaciteit van SO's in de eerste lijn?
- c) Wat is de mening van de stakeholders uit de praktijk en van vertegenwoordigers van relevante beroepsgroepen en organisaties over hoe de resultaten van de vragen a en b te vertalen om te komen tot een model voor optimale inzet van de beschikbare expertise en capaciteit van de SO in de extramurale praktijk in regio Gelderland-Zuid?

* In de volgende hoofdstukken en paragrafen zullen we met a, b en c verwijzen naar deze subvragen.

a) Deskresearch ter identificatie van best practices

Onderzoekspopulatie

Landelijke initiatieven van een structurele inzet van de SO in de eerste lijn konden worden geselecteerd als best practice als ze minimaal 2 jaar geleden gestart waren en de inzet van SO's niet alleen een adviseursrol betrof maar deze ook daadwerkelijk direct contact met thuiswonende ouderen had. Er is gezocht naar variatie in de best practices, bijvoorbeeld met betrekking tot individuele inzet van de SO of inzet in een team. Dit hebben we gedaan door uit de verschillende modellen die naar voren kwamen uit het deskresearch een best practice te selecteren voor deelname. Ook de mate waarin de initiatieven voldeden aan de kwaliteitscriteria volgens de definitie van best practice (11) werd meegenomen bij de inclusie.

Gegevensverzameling

Uitvoering van deskresearch middels literatuuronderzoek en raadpleging van experts, ter inventarisatie van landelijke initiatieven van structurele inzet van de SO in de eerste lijn.

Analyse

De uitkomsten van het deskresearch werden verwerkt in een overzicht van landelijke initiatieven van de inzet van de SO in de eerste lijn. De uitkomsten van het deskresearch zijn besproken met de projectgroep en met behulp van vooraf opgestelde selectiecriteria is in overleg met de projectgroep een doelgerichte selectie van best practices gemaakt.

b) Semigestructureerde interviews naar beïnvloedende factoren en randvoorwaarden

Onderzoekspopulatie

Voor de selectie van deelnemers voor de interviews die ons konden voorzien van rijke informatie over landelijke initiatieven van structurele inzet van een SO in de eerste lijn, hebben we per best practice een contactpersoon gezocht. Deze werd gevraagd of hun initiatief wilde deelnemen aan het EPOS project en welke collega's/ zorgprofessionals met de meeste kennis en ervaring hadden met het initiatief we konden benaderen voor deelname aan een interview. Om het samenwerkingsmodel tussen huisarts en SO van verschillende kanten te belichten hebben we per best practice ten minste 1 SO, 1 huisarts en 1 andere zorgprofessional (zoals een POH-O, geriatrieverpleegkundige of verpleegkundig specialist (VS)) geïncludeerd.

Deelnemers gaven mondeling toestemming en verstrekten algemene gegevens zoals geslacht, leeftijd, opleiding, professie en werkervaring.

Gegevensverzameling

Per best practice werd minimaal een huisarts, een SO en een zorgprofessional uit de eerste lijn (zoals een POH-O, geriatrieverpleegkundige of VS) geselecteerd om deel te nemen aan een individueel interview. Gezien de Coronacrisis hebben de interviews met de zorgprofessionals op afstand plaatsgevonden met behulp van beeldbellen en zo nodig telefonisch. Tijdens de interviews werd een interview guide gebruikt.

De interviews werden tussen augustus 2020 en april 2021 afgenomen. De afname en analyse van de interviews hebben afwisselend aan elkaar plaatsgevonden, zodat er tussentijds kon worden gereflecteerd op de resultaten.

Na afloop van een interview werd deze woord voor woord uitgetypt. Steekproefsgewijs werden de interviews nagelezen om overeenkomst tussen de opgenomen en uitgetypte versie te controleren. De uitgetypte versie van het interview werd aan de deelnemer voorgelegd voor commentaar en correctie.

Analyse

De interviews werden gecodeerd en daarna tot betekenisvolle categorieën en thema's gegroepeerd. Bij het coderen van de bevorderende en belemmerende factoren werd gebruik gemaakt van een framework gericht op de indeling van de factoren in verschillende niveaus die van invloed zijn op implementatie, zoals de individuele professional, sociale context, organisatorische context en maatschappelijke context (12). Er hebben meerdere overleggen plaatsgevonden met het kernteam en één met de projectgroep om betekenis en diepgang aan de resultaten te geven.

c) Vertaling resultaten naar een model voor de regio Gelderland-Zuid

Onderzoekspopulatie

Kernteam:

Annelies Wassenaar, Minke Nieuwboer, Marieke Perry.

Deelnemers projectgroep:

De projectgroep bestond uit een kernteam van projectleider, projectcoördinator en onderzoeker en een afvaardiging van projectgroepleden uit:

- ROSON werkgroep (regionale organisatie specialisten ouderengeneeskunde Nijmegen). Deze organisatie heeft als doel het komen tot uniforme optimale werkwijze eerste lijn en het uitwisselen van ervaringen op dit gebied
- OCE (Organisatie Chronische Eerstelijnszorg), Coöperatie integrale huisartsenzorg Nijmegen (CIHN), LHV-Huisartsenkring Nijmegen (per 1-1-20 NEO Huisartsenzorg)

- VVT instellingen (De Waalboog, Kalorama, Zorggroep Maas en Waal (ZMW), en ZZG zorggroep)

Deelnemers bestuurlijke kerngroep:

Afgevaardigden van het bestuur van Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn Gelderland (WZW) en deelnemende VVT instellingen uit de regio Gelderland-Zuid, waaronder De Waalboog, Het Gasthuis, Kalorama, Zorggroep Maas en Waal (ZMW), en ZZG zorggroep.

Gegevensverzameling

Groepsdiscussie en vragenlijsten:

Op basis van de resultaten uit het deskresearch en de interviews is een eerste concept model ontwikkeld. Samen met de projectgroep werd de vertaling daarvan naar de regio Gelderland-Zuid gemaakt. Met behulp van meerdere bijeenkomsten van de projectgroep en bestuurlijke kerngroep en een schriftelijke ronde onder stakeholders in de praktijk met behulp van een *online vragenlijst* in Limesurvey werd het uiteindelijke EPOS model voor een extramurale praktijk met ruimte voor maatwerk ontwikkeld. Daarnaast werden telefonische interviews met de leden van de bestuurlijke kerngroep gehouden.

Analyse

In discussie met de projectgroepleden en de bestuurlijk kerngroep en door middel van een online vragenlijst in Limesurvey onder stakeholders in de praktijk y werd het EPOS concept model zodanig aangepast dat het haalbaar en kansrijk is in de regio Gelderland-Zuid.

RESULTATEN

a) Deskresearch ter identificatie van best practices

Ten behoeve van het deskresearch hebben telefonische gesprekken plaatsgevonden met 20 experts op het gebied van de inzet van de SO in de eerste lijn. Waaronder 10 gesprekken met SO's, waarvan de meeste met een dubbelrol: zoals onderzoeker, projectleider, bestuurslid, en kaderarts eerste lijn. Verder vonden er negen gesprekken plaats met beleidsmedewerkers van o.a. Verenso, VVT instellingen en verschillende Zorggroepen. En één gesprek met een VS ouderenzorg. Met een aantal van deze experts hebben meerdere gesprekken plaatsgevonden. Daarnaast is er via e-mail contact geweest met verschillende experts en is een literatuuronderzoek uitgevoerd.

Tijdens het deskresearch kwamen er in totaal 88 landelijke initiatieven naar voren waarbij de SO structureel werd ingezet in de eerste lijn. Deze initiatieven zijn ingedeeld in 7 verschillende modellen: *SO werkzaam in de 1e lijn*:

- 1) vanuit een zelfstandig behandelcentrum;
- 2) vanuit een poli, (behandel)afdeling of Consultatiecentrum/-team VVT instelling/zorgorganisatie;
- 3) vanuit een VVT instelling;
- 4) vanuit een detachingsbedrijf of zelfstandige zorginstelling zonder bedden die SO's en andere paramedici levert;
- 5) als ZZP'er (vanuit coöperatie);
- 6) vanuit VVT instelling als netwerkpartner/lid van kernteam van zorggroep of huisartsencoöperatie;
- 7) vanuit Universitair samenwerkingsverband met mogelijkheid tot kortdurende opname.

Deze initiatieven verschilden in: wel of geen onderdeel van zorginstelling, wel/geen multidisciplinaire inzet van de SO, plaats van consult, mogelijkheid tot opname en vaste samenwerking (o.a. MDO) en/of inzet SO op consult basis. Zie tabel 1.

Tabel 1: Deskresearch: indeling landelijke initiatieven in 7 modellen

MODEL	Onderdeel van zorginstelling (met bedden)	Multi-disciplinaire inzet SO	Solo inzet SO	Op locatie	Thuis	Mogelijkheid tot kortdurende opname	Vaste samenwerking (o.a. MDO)	Op consult basis
1		x			x		x	x
2	x	x	x (soms)	x	x		x	x
3	x	x (soms)	x	x (soms)	x		x	x
4		x (soms)	x	x (soms)	x		x	x
5			x		x		x	x
6	x	x (soms)	x	x	x		x	x
7	x		x	x	x	x	x	x

De contacten met de experts hebben aanvullende informatie opgeleverd over landelijke initiatieven waarbij er sprake was van structurele inzet van de SO in de eerste lijn. Belangrijke kenmerken van de verschillende initiatieven kwamen aan de orde, waaronder de betrokkenen bij het initiatief en hun rol-/taakverdeling, de manier van onderlinge samenwerking, en het doel en resultaat van het initiatief.

Groepsdiscussie:

Projectgroep: De leden herkenden de uitkomsten van het deskresearch in grote mate. Model 6 lijkt mooi voor de regio. Daarbij wordt het belangrijk gevonden dat de business case rond komt.

Bestuurlijke kerngroep: De bestuurders hebben de wens om regionaal samen verder te komen, met zowel VVT instellingen als huisartsen. En niet onderling te concurreren. Zien taakherschikking (multidisciplinaire inzet van de SO in de eerste lijn) als onderdeel van het model.

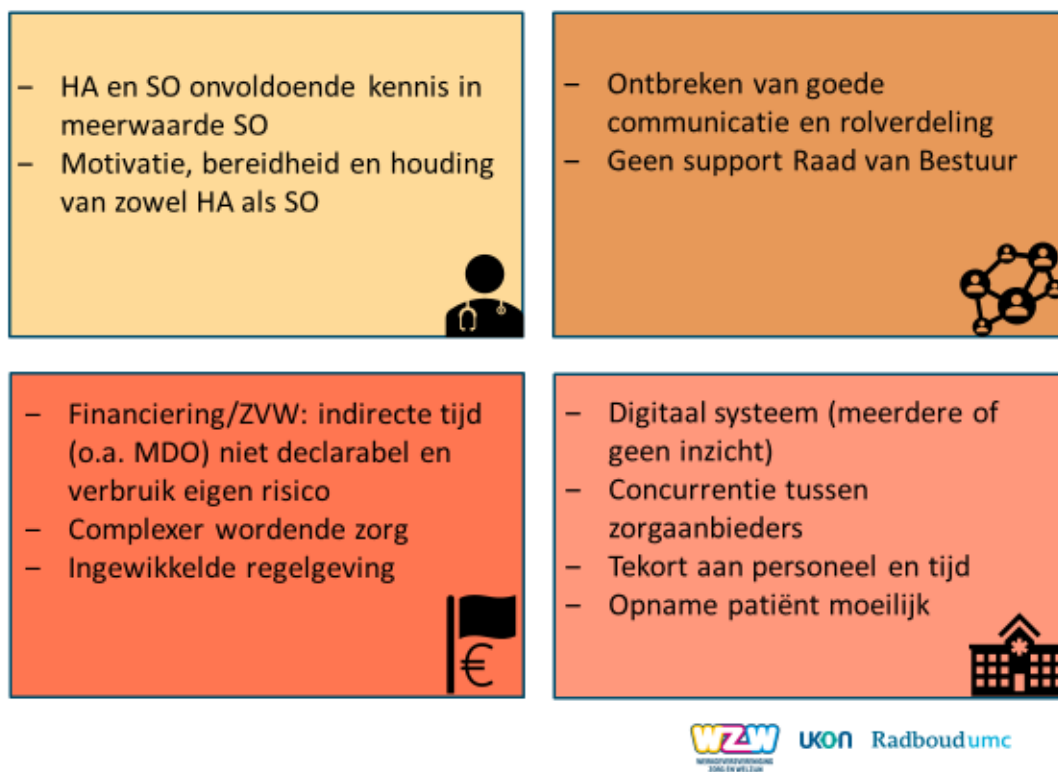
b) Semigestructureerde interviews naar beïnvloedende factoren en randvoorwaarden

In totaal zijn er zeven landelijke initiatieven geïncludeerd als best practices waarvan 22 zorgprofessionals betrokken bij deze initiatieven zijn geïnterviewd, waaronder zeven SO's, zeven huisartsen en zeven andere zorgprofessionals (twee geriatrieverpleegkundigen, een VS en vier POH's) en één coördinator ouderenprogramma van een Zorggroep. De deelnemers, vier mannen en 18 vrouwen, waren tussen 35 en 60 jaar oud, met een werkervaring tussen 1 en 29 jaar. Zie Tabel 1 in bijlage 1 voor meer informatie over de deelnemer karakteristieken.

Randvoorwaarden, belemmerende en bevorderende factoren:

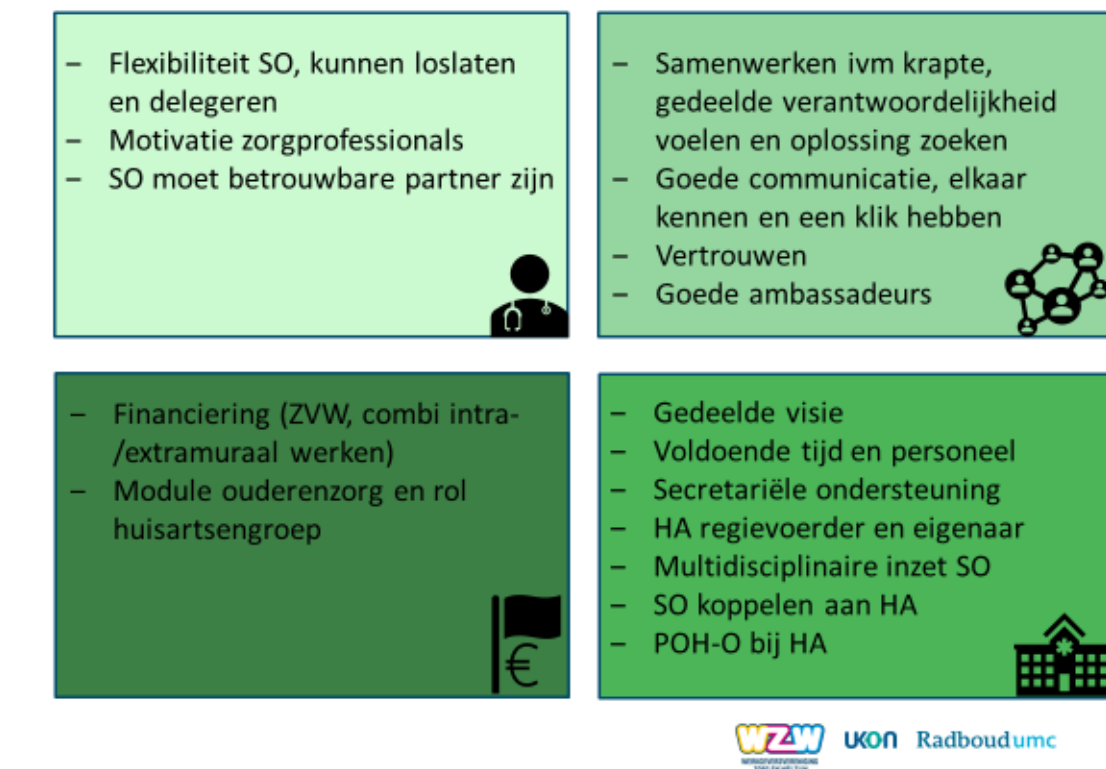
Bijlage 2 geeft een overzicht van de randvoorwaarden en de belemmerende en bevorderende factoren zoals die naar voren kwamen tijdens de interviews. De belemmerende en bevorderende factoren zijn ingedeeld in verschillende niveaus die van invloed zijn op implementatie: de individuele professional, sociale context, organisatorische context en maatschappelijke context (12). Zie figuur 1 en 2 voor een samenvattende toelichting hierop. In aanvulling hierop vindt u in bijlage 3 deze figuren inclusief de bijbehorende citaten uit de afgenomen interviews.

Figuur 1: Belemmerende factoren extramurale inzet SO*



- *
Individuele professional
Sociale context
Organisatorische context
Maatschappelijke context

Figuur 2: Bevorderende factoren extramurale inzet SO*



*



Individuele professional



Sociale context



Organisatorische context



Maatschappelijke context

Groepsdiscussie n.a.v. de uitkomsten van de interviews:

Projectgroep: In de regio Gelderland-Zuid worden de volgende belemmerende factoren ervaren: ontbreken van breed gedeelde visie onder betrokken stakeholders, ondanks convenant. Er wordt een verschil in belang/urgentie van extramurale zorg door de VVT instellingen ervaren. Rondkrijgen van businesscase is lastig. Er is niet 1 gedeeld dossier.

Opvallend aan de beïnvloedende factoren: afhankelijk van de context kunnen belemmerende factoren ook als bevorderend worden ervaren. M.b.t. gedeelde visie: SO's/huisartsen zouden graag een rol hebben in de totstandkoming van deze visie. Projectgroepleden vinden het delen van patiëntgegevens, digitale communicatie, en gedeeld gezondheidsplan belangrijk. In de regio Gelderland-Zuid komt het huidige convenant onvoldoende tot uiting, daarom vinden de projectleden het van belang om afspraken te maken over te leveren diensten en borging daarvan.

Beïnvloedende factoren onderliggend aan het EPOS concept model gebaseerd op zowel het deskresearch als de interviews:

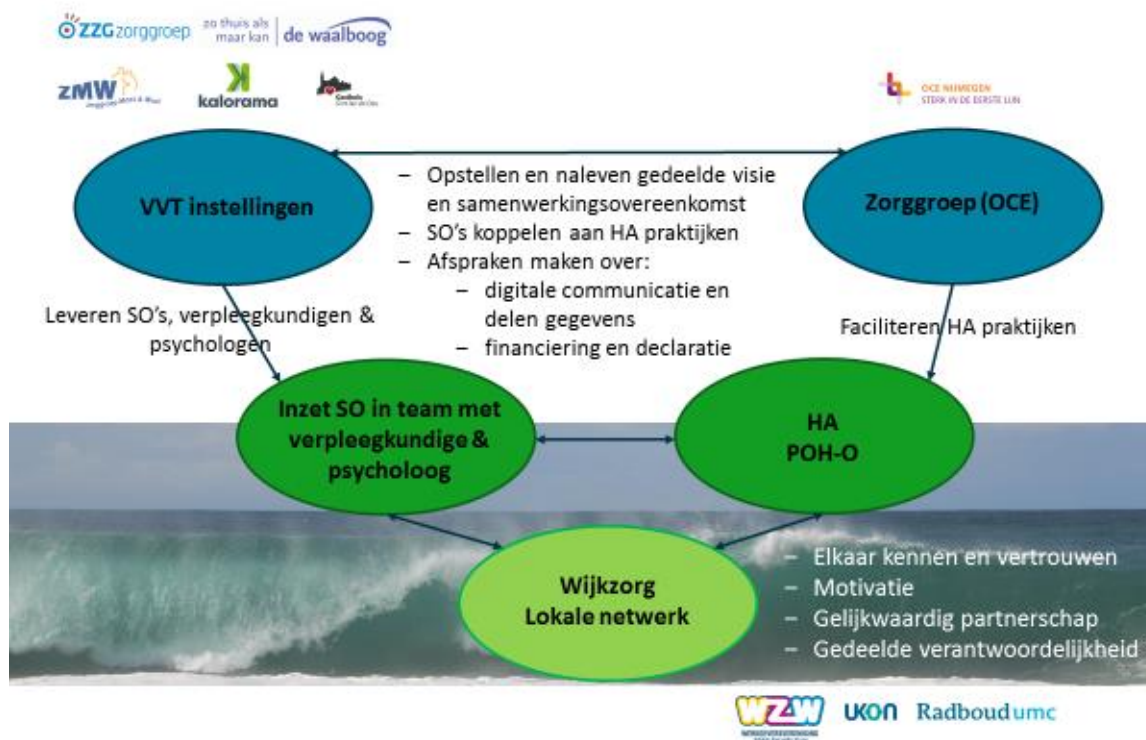
In discussie met de projectgroep zijn de factoren onderliggend aan het EPOS model zo gekozen dat ze passen bij de context en daarbij behorende wensen en behoeften van Gelderland-Zuid. Deze factoren zijn gerelateerd aan de doel- en vraagstelling van het project. Zie Tabel 3.

Tabel 3: Beïnvloedende factoren onderliggend aan het EPOS concept model

Factoren onderliggend aan EPOS model	
Beïnvloedende factoren (belemmerend of bevorderend)	Taakherschikking
	Rolverdeling (HA als hoofdbehandelaar)
	Afspraken/samenwerkingsovereenkomst
	Investering in relatie tussen SO (team), HA en lokale netwerk
	SO (team) koppelen aan HA praktijk
	Secretariële ondersteuning
	Motivatatie betrokken zorgprofessionals
	Doel patiënt centraal (zorgplan)
	Structureel MDO
	Nabijheid SO (team) bij HA
	Samenwerking tussen betrokken organisaties (niet concurreren)
	Gedeelde visie
	Actieve rol huisartsengroep
Randvoorwaarden	Elkaar vertrouwen
	Laagdrempelige bereikbaarheid
	Businesscase
	Ruimte voor 'colour locale'
	Verwijzing naar SO door HA
	(Digitale) communicatie en inzage in patiëntendossier
	Kennis door (gezamenlijke) scholing
	Support Raad van Bestuur

Op basis van deze factoren en de structuur van model 6 (zie tabel 1) is vervolgens een eerste versie van het concept model EPOS uitgewerkt.

Concept model EPOS



Groepsdiscussie:

Projectgroep: Reactie op bovenstaand concept model: een Consultatiecentrum aan het EPOS model toevoegen, in de vorm van een digitaal loket. Het EPOS model krijgt daarmee 2 mogelijke routes:

- Lokale netwerk (gericht op samenwerken in een Netwerk kwetsbare ouderen rondom een huisartsenpraktijk)
- Consultatiecentrum (voor verwijzingen op consultbasis)

In het centrum wordt gewerkt met gemixed eerste- en tweedelijns multidisciplinair team, waarin kaderhuisarts Ouderengeneeskunde ook een rol krijgt. Daarbij sluiten we aan bij het beleid van NEO Huisartsenzorg en nemen we het huidige convenant mee.

Bestuurlijke kerngroep: Er is draagvlak onder de bestuurders voor een (virtueel) Consultatiecentrum met 2 routes als centraal aanspreekpunt.

Nieuwe versie EPOS concept model:

Op basis van bovenstaande uitkomsten is het volgende EPOS concept model uitgewerkt om voor te leggen aan de stakeholders uit de praktijk tijdens een vragenlijst en tijdens telefonische interviews met de leden van de bestuurlijke kerngroep:

- de oprichting van een *Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg* met centraal digitaal loket,
- waarbij de huisarts kan kiezen uit twee werkwijzen bij het inschakelen van ouderenzorg expertise:
 1. structurele samenwerking met een SO team in een *Netwerk kwetsbare ouderen rondom huisartsenpraktijk*, of
 2. verwijzing op consultbasis,
- waarbij de SO niet solistisch, maar in een multidisciplinair (MD) team met bijvoorbeeld een VS en psycholoog vanuit de intramurale setting wordt ingezet in de eerste lijn.

Het Consultatiecentrum wordt gevormd door een *MD consultatieteam* bestaande uit: SO's, verpleegkundige zorgprofessionals, psychologen, (kader)huisartsen (ouderengeneeskunde), en casemanagers uit verschillende instellingen.

Toelichting:

- *Netwerk kwetsbare ouderen rondom een huisartsenpraktijk* is een samenwerkingsverband tussen een huisartsenpraktijk en hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg rondom kwetsbare ouderen in een wijk/buurt/dorp.
- Centrale screening van alle verwijzingen, welke worden doorgestuurd naar leden van het *MD consultatieteam* op basis van vaste samenwerking in Netwerk kwetsbare ouderen en beschikbaarheid.
- In het kader van het benutten van de beschikbare expertise en capaciteit van de betrokken zorgprofessionals wordt bij behoefte huisbezoek de eerste beoordeling door VS of psycholoog gedaan. Zo nodig SO of (kader)huisarts (ouderengeneeskunde) betrokken bij vervolg.
- Beschikbaar voor spoedvragen vanuit beide stromen van het Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg, ook in ANW-uren.
- Aanbod van scholing en intervisie voor de betrokken zorgprofessionals.

c) Vertaling resultaten naar een model voor de regio Gelderland-Zuid

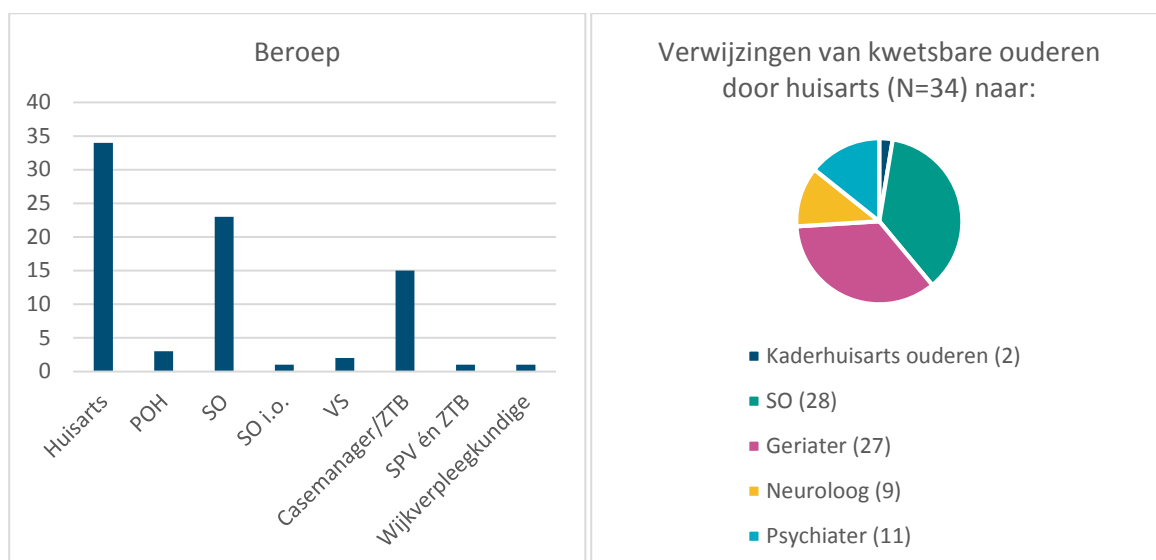
Groepsdiscussie:

Gedurende het EPOS project zijn er in totaal 3 bijeenkomsten geweest met de bestuurlijke kerngroep en 5 bijeenkomsten met de EPOS projectgroep. Tijdens deze bijeenkomsten hebben de leden van deze groepen meegedacht over de vertaling van de resultaten naar de regio Gelderland-Zuid, de haalbaarheid en randvoorwaarden daarvan. Een samenvatting hiervan is beschreven in paragraaf a, b en c van dit hoofdstuk.

Resultaat Online vragenlijst stakeholders:

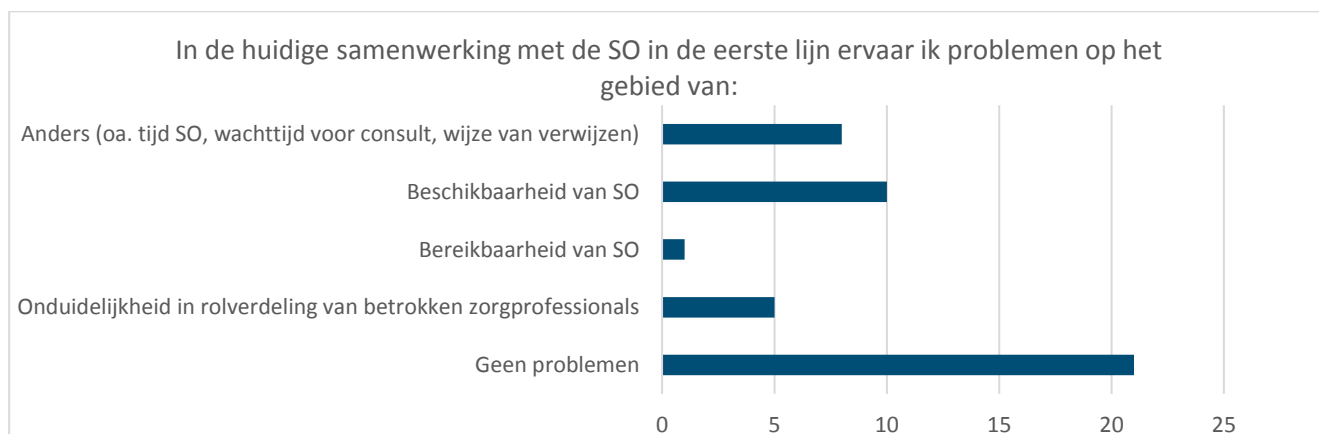
In totaal vulden 80 respondenten (20 mannen, 60 vrouwen) de vragenlijst in, (zie figuur 4 voor *beroep respondenten*), met een leeftijd tussen 29-65 jaar. Verwijzingen voor kwetsbare ouderen worden momenteel voor meer dan de helft van de consultvragen naar andere specialisten dan de SO gedaan. Zie figuur 5.

Figuur 4 en 5: Beroep respondenten en huidige verwijsgewoonten



52 van de respondenten is lid van een Netwerk kwetsbare ouderen rondom een huisartsenpraktijk. Daarvan nemen 32 respondenten deel aan het MDO van 1 netwerk, 16 aan het MDO van meerdere netwerken en 4 nemen niet deel aan een MDO. Het merendeel van de Netwerken werkt samen met een SO vanuit ZZG (20), gevolgd door De Waalboog (9), ZMW (8) en Kalorama (1). In figuur 6 is informatie te vinden over problemen die in de huidige samenwerking met de SO in de eerste lijn worden ervaren.

Figuur 6: Huidige samenwerking



In de huidige samenwerking wordt door bijna de helft van de respondenten (46%) het kunnen sparren met een interprofessioneel team gemist. Bij 28 van de 31 huisartsen bleek er een *behoefte te zijn aan gebruik maken van de SO via het Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg*. Van deze 28 huisartsen wilden 25 samenwerken met het SO team in een Netwerk kwetsbare ouderen rondom een huisartsenpraktijk en 3 huisartsen alleen gebruik maken van het consultatieteam. Verder bleek dat het aantal verwijzingen naar verwachting toeneemt met de komst van het Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg. Deze toename zit met name in de verwijzingen naar het Consultatieteam die verwacht worden naast de verwijzingen vanuit een samenwerking met het SO team in een Netwerk kwetsbare ouderen rondom een huisartsenpraktijk.

Huisartsen gaven aan meer gebruik te willen maken van Zorgdomein voor het verwijzen van patiënten naar de SO, 30 ten opzichte van 5 in de huidige situatie. Genoemde voordelen: uniform met andere verwijzingen, makkelijk, patiëntgegevens toevoegen, buiten kantooruren versturen, gekoppeld aan HIS, terugrapportage makkelijk, efficiënt, ligt in routine.

In de *samenstelling van het multidisciplinaire consultatieteam* werden door een deel van de respondenten met name paramedici genoemd, zoals ergotherapeut, fysiotherapeut en logopedie. Paramedici vanuit de intramurale setting zouden zo nodig hun kennis over paramedische zorg bij complexe problematiek bij kwetsbare ouderen kunnen toevoegen aan het team. Een psycholoog als lid van het SO team werd door 85% van de respondenten gezien als een belangrijke toevoeging aan de expertise van de SO.

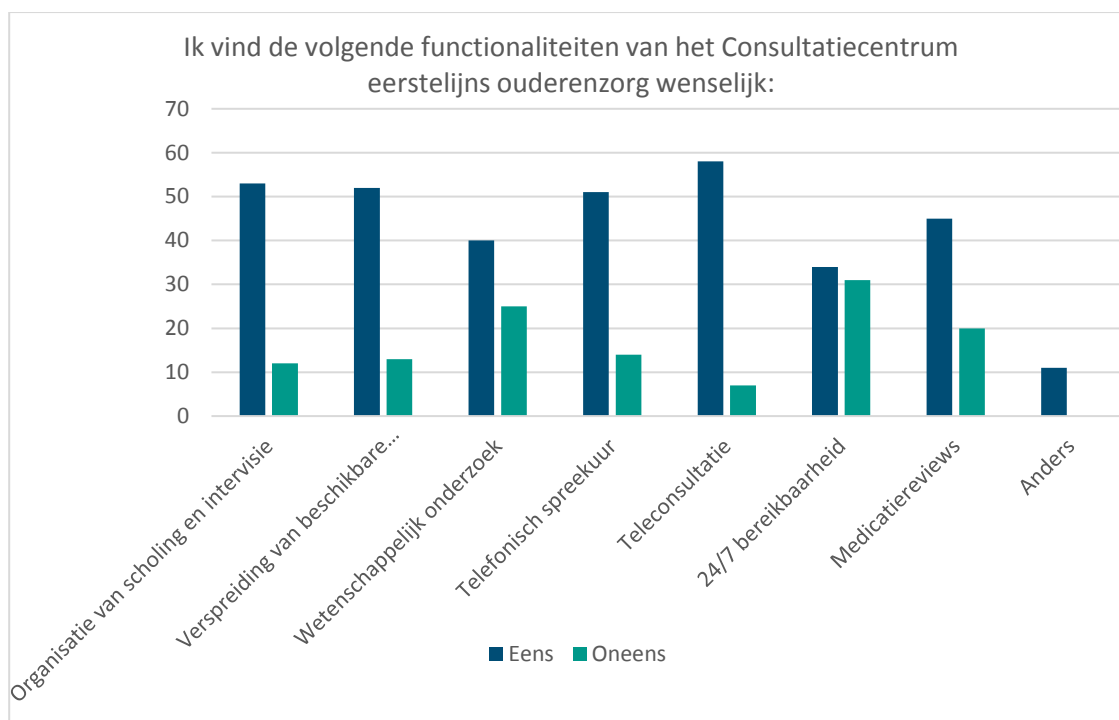
Over de *toevoeging van de VS aan het SO team* bestond nog twijfel die met name te maken had met weinig ervaring met samenwerken met een VS en de al aanwezige expertise van verpleegkundige zorgprofessionals in de huidige Netwerken kwetsbare ouderen, zoals de POH-O of de ZTB.

Een groot deel van de respondenten (69%) vond dat er standaard een lid van het SO team aanwezig moet zijn bij het MDO van het Netwerk kwetsbare ouderen.

Met *spoedvragen terecht kunnen bij het Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg* werd door 55% van de respondenten een goede oplossing gevonden voor de ANW problematiek in de regio. Toelichting hierbij was het waarborgen van expertise, helpend in crisissituaties, koppelen aan HAP (brede integrale benadering).

Zie figuur 7 voor de mening van de respondenten over mogelijke functionaliteiten van het Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg.

Figuur 7: Functionaliteiten Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg



Vragenlijst bestuurlijke kerngroep:

Huidige capaciteit

Van de verschillende grote VVT instellingen uit de regio Gelderland-Zuid zet De Waalboog het grootste aantal FTE SO's in die alleen in de extramurale setting werken.

De Waalboog is de enige VVT instelling die aangaf te werken met VS'en, waarvan een deel extramuraal wordt ingezet. Zowel de Waalboog als ZZG zetten een deel van hun psychologen extramuraal in. Zie tabel 4 voor informatie over de huidige capaciteit.

Tabel 4: Huidige capaciteit

Organisatie	SO's (FTE)			VS'en (FTE)			Psychologen (FTE)		
	Intra	Extra	Beide	Intra	Extra	Beide	Intra	Extra	Beide
ZMW	4.29	0.6	2.2	2.42 AIOS/ ANIOS	0	0	4.5	0	0
Waalboog*	7.6	2.3	0	1.0	0.7	0	6.9	0.5	0
ZZG	12.1	1.47	0	0.89 PA	0	0	6.76	0.1	0
Kalorama	4.04	0	z.n.	0	0	0	4.68	0	z.n.
Totaal	28.03	4.37	2.2	1.0	0.7	0	22.84	0.6	0
OCE	240 HA'en/ ±80 huisartsenpraktijken, waarvan 40 actief in Netwerk (toenemend)								

* Streven naar 4 AIOS, waarvan een deel extramuraal werkt.

Benodigde capaciteit voor een crisisopname in het verpleeghuis

De geschatte capaciteit voor een crisisopname varieerde tussen de 2 - 3 uur voor een SO, 0,5 - 3 uur voor een verpleegkundige zorgprofessional en 1 - 3 uur voor een verzorgende. Hierbij bleek er variatie in de overige types zorgprofessionals die betrokken zijn bij een crisisopname, zo is er maar 1 VVT instelling die een psycholoog en fysiotherapeut inzet bij een crisisopname.

Benodigde tijd voor crisis opname

Er werd in de verschillende VVT instellingen geen onderscheid in tijd ervaren tussen geplande en ongeplande crisis opnames, tenzij een cliënt binnenkomt met een IBS of RM. Hierbij werd aangegeven dat een ongeplande crisis meer verstoring geeft in andere lopende processen en dat de tijdsdruk groter is, waardoor een grotere belasting ervaren wordt.

Definitie caseload

In het kader van het formuleren van uitkomstmaten voor de pilotimplementatie van het EPOS model werd de bestuurlijke kerngroep gevraagd naar hun mening over een definitie voor caseload. Hieruit kwamen verschillende voorstellen naar voren:

- Lopende consulten, MDO's, tussentijds overleg met HA, intercollegiaal overleg
- Inzetbare consult-uren per maand

Uiteindelijke definitie: hoeveelheid lopende consulten en betrokkenheid bij cliënten door het SO team per aantal FTE.

Draagvlak concept model vanuit interviews en groepsdiscussie met bestuurders:

De rol van paramedici in het regionaal MD team wordt gemist in het concept model EPOS, organisaties die hier al mee werken gaan daar graag mee door. De bestuurders vinden taakherschikking van belang. Een handleiding met werkwijzen voor betrokken zorgprofessionals wordt wenselijk gevonden met oog op uniformiteit in de regio. De eerste stap van de pilot is uitproberen van het SO team, incl. VS en psycholoog in de eerstelijns. O.b.v. de pilotimplementatie van EPOS moet worden ingeschat wat de verwachting qua volume is. Er is draagvlak voor gedeelde overhead door betrokken organisaties op basis van vraag/omvang en verwijsplatform/communicatie (Zorgdomein, VIP samenwerken). Men heeft voorkeur om het Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg te laten beginnen als klein aanhangsel aan VVT instellingen, en wil dit in de toekomst laten uitgroeien.

Impact uitkomsten vragenlijsten en groepsdiscussie op EPOS model:

De volgende punten zijn naar aanleiding van de uitkomsten van de vragenlijsten en groepsdiscussie verwerkt in het uiteindelijke EPOS model:

Paramedisch team:

Er werd een paramedisch team gemist in het EPOS model, zowel door stakeholders als leden van de bestuurlijke kerngroep. Daarom kunnen in de toekomst paramedici (ergotherapeut, diëtist, fysiotherapeut, logopedist) beschikbaar worden gesteld door de betrokken VVT instellingen die indien nodig 'invlogen' worden in het regionale MD consultatieteam. Hierover moeten op patiëntniveau afspraken gemaakt worden. Uitgangspunt is inzetten van paramedici vanuit het Netwerk kwetsbare ouderen rondom de patiënt, indien er sprake is van specifieke vragen/ een complex probleem of een gebrek aan paramedici kan het intramurale paramedische team gevraagd worden.

Taakherschikking:

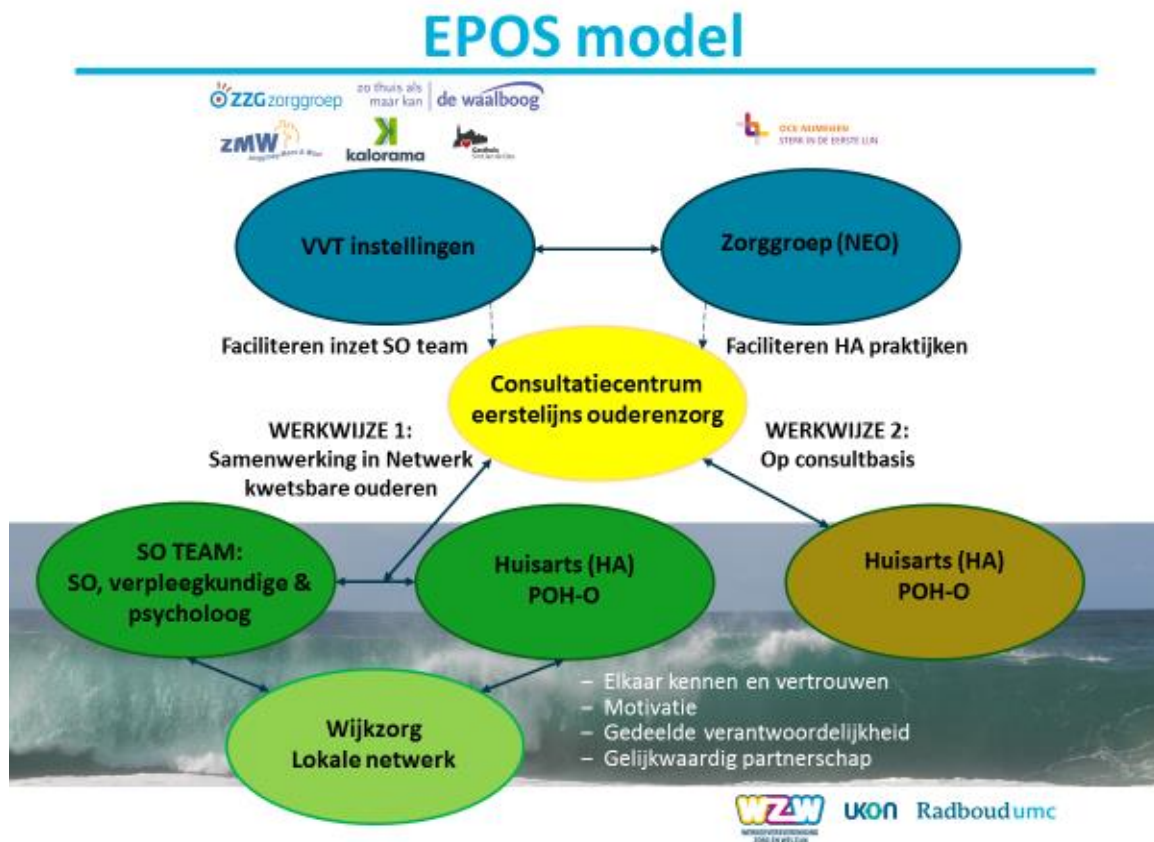
Er bestond een wisselende mening in de regio over de toevoeging van een VS aan het SO team. Het draagvlak onder SO's en bestuurders voor taakherschikking was groot, omdat de taakherschikking gericht is op een toename van efficiëntie en kwaliteit van zorg. Daarom wordt er tijdens de pilot implementatie van het EPOS model ingezet op duidelijkheid omtrent werkwijze en rolverdeling van de betrokken zorgprofessionals in het kader van verwachtingsmanagement van alle betrokkenen. Daarbij wordt de al aanwezige verpleegkundige expertise binnen de Netwerken benut.

Functionaliteiten:

Het consultatiecentrum werd gezien als plek voor kennisdeling. Daarmee wil EPOS gaan inzetten op een leereffect betreft zorg aan kwetsbare ouderen thuis. Hierin wordt een rol gezien voor NEO Huisartsenzorg en voor de kaderhuisarts Ouderengeneeskunde ('regionale expertfunctie') naast het SO team. Zowel aanbod van scholing als beschikbaarheid voor spoedvragen (ook in ANW-uren) worden gezien als functionaliteiten voor de toekomst, afhankelijk van de behoefte van de huisartsen.

EPOS model

Alle verzamelde gegevens en gevoerde discussie leidden tot onderstaand model gericht op een optimale inzet van de beschikbare expertise en capaciteit van SO's in de regio Gelderland-Zuid, en dat als basis dient voor de oprichting van een Consultatiecentrum in de toekomst:



Dit is een voorlopig model dat de komende jaren in fasen opgebouwd moet worden, waaraan een pilot implementatie verdere ontwikkeling en invulling zal geven.

Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg

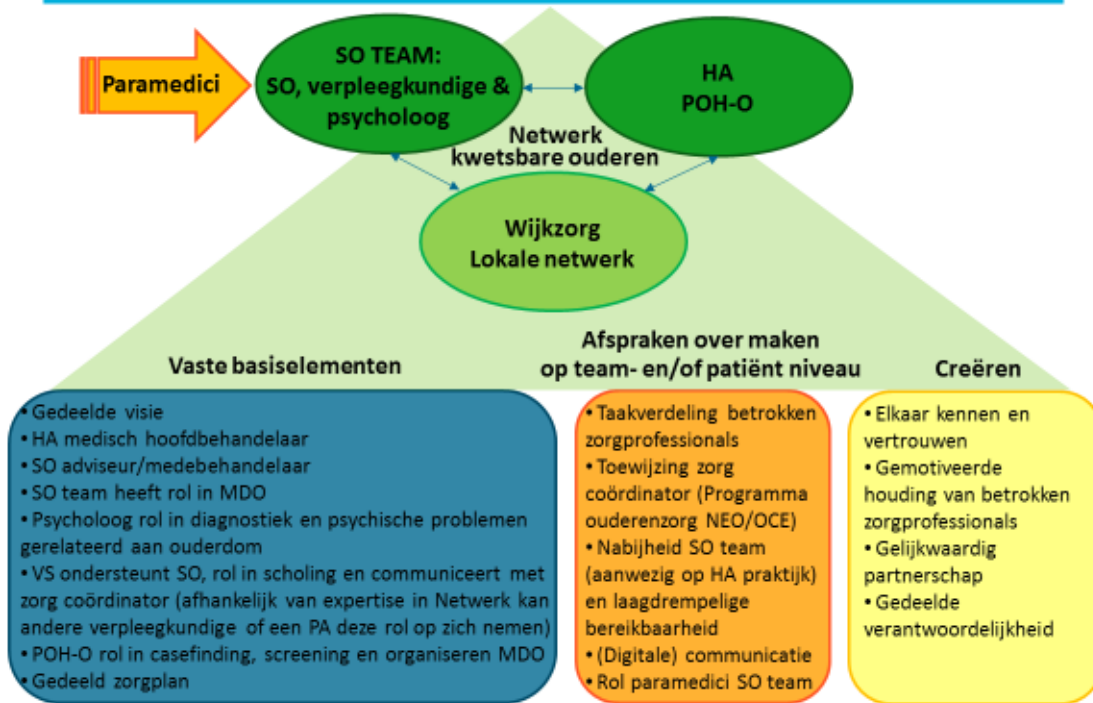
Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg

- Centraal digitaal loket voor regio Gelderland-Zuid
- Huisartsen verwijzen patiënten via Zorgdomein (triagefunctie), keuze uit 2 werkwijzen:
 1. samenwerking met het *SO team* in Netwerk kwetsbare ouderen rondom HA praktijk
 2. verwijzing naar het *MD team* op consultbasis
- *Leden SO team*: SO, verpleegkundige zorgprofessional & psycholoog
- *Leden regionaal multidisciplinair (MD) team*: o.a. SO's, verpleegkundig specialisten (VS'en), psychologen, (kader)huisartsen (ouderengeneeskunde), casemanagers/ZTB en z.n. paramedici
- *Werkwijze 2 op consultbasis*: voor huisartsen waarvoor werkwijze 1 niet haalbaar/wenselijk is
- *(Mogelijke) toekomstige functionaliteiten*: o.a. handleiding regionale werkwijze MD team, organisatie van scholing en intervisie, bereikbaarheid voor spoedvragen uit de regio (24/7), samenwerking met andere regionale (WZW) projecten, huisartsen bedden



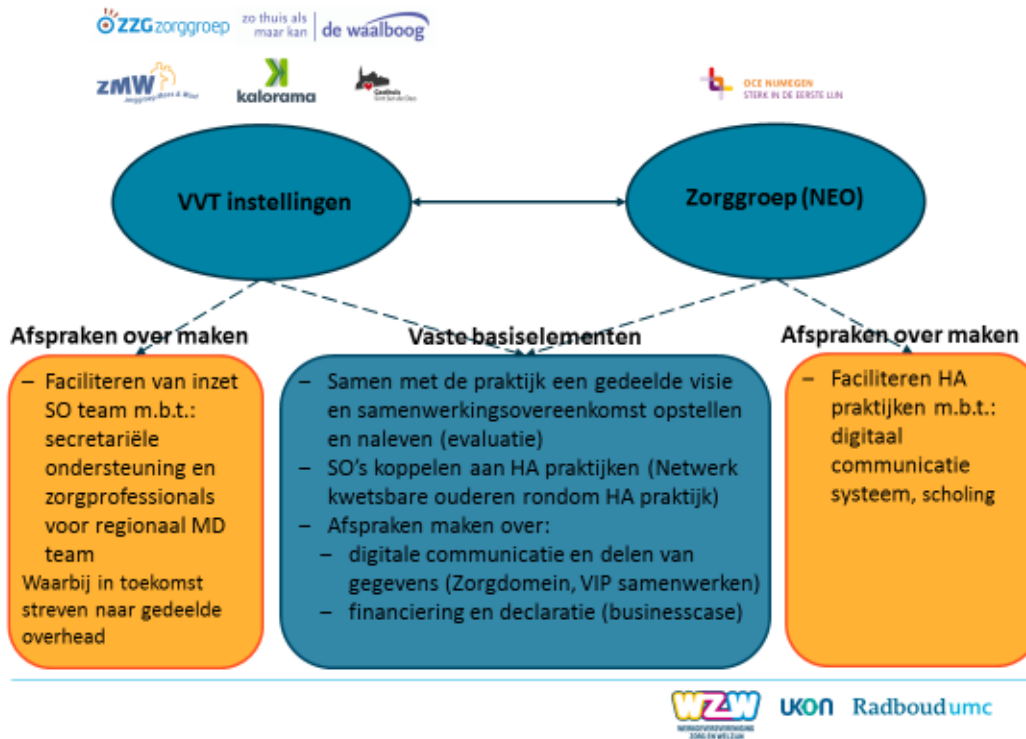
UKON Radboudumc

Werkwijze 1: Netwerk kwetsbare ouderen



UKON Radboudumc

EPOS model (beleidslaag)



EPOS model voor toekomstige pilot implementatie:

Oprichting van een *Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg* met centraal digitaal loket,

- waarbij de huisarts kan kiezen uit twee werkwijzen bij het inschakelen van ouderenzorg expertise:
 1. structurele samenwerking met een SO team in een *Netwerk kwetsbare ouderen rondom huisartsenpraktijk*, of
 2. verwijzing op consultbasis,
- waarbij de SO niet solistisch, maar in een multidisciplinair (MD) team met bijvoorbeeld een VS en psycholoog vanuit de intramurale setting wordt ingezet in de eerste lijn.

Het Consultatiecentrum wordt gevormd door een regionaal *MD consultatieteam* bestaande uit: SO's, verpleegkundige zorgprofessionals (zoals een VS, op basis van de aanwezige expertise in het Netwerk kan dit ook een PA of een andere verpleegkundige zorgprofessional), psychologen, (kader)huisartsen (Ouderengeneeskunde), en casemanagers uit verschillende instellingen.

Daarbij kunnen in de toekomst paramedici (ergotherapeut, diëtist, fysiotherapeut, logopedist) beschikbaar worden gesteld door de betrokken VVT instellingen die indien nodig 'invlogen' worden in het regionale MD consultatieteam. Hierover moeten op patiëntniveau afspraken gemaakt worden. Uitgangspunt is inzetten van paramedici vanuit het *Netwerk kwetsbare ouderen rondom een huisartsenpraktijk*, indien er sprake is van specifieke vragen/ een complex probleem of een gebrek aan paramedici vanuit het Netwerk kunnen intramurale paramedici gevraagd worden.

Toelichting:

Begrippen:

- *Netwerk kwetsbare ouderen rondom een huisartsenpraktijk* is een samenwerkingsverband tussen een huisartsenpraktijk en hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg rondom kwetsbare ouderen in een wijk/buurt/dorp.

Processen:

- Centrale screening van alle verwijzingen, welke worden doorgestuurd naar leden van het *MD consultatieteam* op basis van vaste samenwerking in Netwerk kwetsbare ouderen en beschikbaarheid.
- In het kader van het benutten van de beschikbare expertise en capaciteit van de betrokken zorgprofessionals wordt bij behoefte huisbezoek de eerste beoordeling door VS of psycholoog gedaan. Zo nodig SO of (kader)huisarts (Ouderengeneeskunde) betrokken bij vervolg. Daarbij zorgen voor heldere communicatie over taakverdeling en werkwijze in het kader van verwachtingsmanagement onder de betrokken zorgprofessionals, zoals de huisarts.
- Tijdens de implementatie van het EPOS model zal er aandacht zijn voor ‘de onderstroom gericht op:
 - Elkaar kennen en vertrouwen;
 - Motivatie;
 - Gedeelde verantwoordelijkheid;
 - Gelijkwaardig partnerschap.

Verantwoording:

- Samenwerking in het Consultatiecentrum door betrokken ouderenzorg specialisten uit verschillende eerste- en tweedelijns instellingen uit de regio (inclusief taakherschikking) en secretariële ondersteuning maakt de inzet van de SO minder kwetsbaar en zorgt naar verwachting zowel voor een bundeling van inhoudelijke expertise als voor een vermindering van het SO capaciteitsprobleem in Gelderland-Zuid.
- *Verwijzing op consultbasis (werkwijze 2)* kan huisartsen uit de stad helpen, waar versnippering in zorgaanbod, spreiding van patiënten, of een patiëntenbestand met weinig kwetsbare ouderen een rol speelt, om laagdrempelig gebruik te maken van extramuraal werkende SO's.

Toekomst:

- De opbouw van het Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg zal in fasen plaatsvinden.
- (Mogelijke) toekomstige functionaliteiten: o.a. handleiding regionale werkwijze MD team (competentieprofiel), organisatie van scholing en intervisie, bereikbaarheid voor spoedvragen uit de regio (24/7), samenwerking met andere regionale (WZW) projecten, huisartsen bedden, samenwerking met zorgprofessionals uit het ziekenhuis, waaronder geriatisch verpleegkundige, geriater en neuroloog met het regionale MD consultatieteam

TOEKOMSTPLANNEN

- De opbouw van het Consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg volgens het EPOS model vindt in fasen plaats:
 - 1) EPOS deel 2 m.b.v. een vervolgsubsidie van WZW mogelijk met aanvulling van VEZN subsidie: pilotimplementatie van het SO team, incl. VS en psycholoog in de eerste lijn gericht op versterking van de Netwerken kwetsbare ouderen rondom de huisartsenpraktijk. Daarbij:
 - Uitwerken van definities voor het meten van de benodigde tijd voor een crisis opname en de caseload.
 - Een SO in het kernteam opnemen en iemand met bedrijfskundige kennis vanuit een betrokken VWT instelling in de projectgroep.
 - Een start maken met intervisiestructuur voor extramuraal werkende SO, deze laten aansluiten bij bestaande intervisiestructuur SO-kaderartsen eerste lijn.
 - Uitwerken van regionale werkwijzen voor betrokken zorgprofessionals.
 - 2) O.b.v. de pilotimplementatie: financiering in kaart brengen en businesscase uitwerken. Besluitvorming over een gedeelde overhead door de betrokken organisaties en keuzes m.b.t. verwijsplatform/communicatie (Zorgdomein, VIP samenwerken) op basis van de behoefte en benodigde capaciteit.
 - 3) De uitkomst van de pilot implementatie bepaalt de uitwerking van de (toekomstige) functionaliteiten van het Consultatiecentrum: een handleiding regionale werkwijze MD team (competentieprofiel), organisatie van scholing en intervisie, bereikbaarheid voor spoedvragen, samenwerking met andere projecten in de regio, HA bedden, samenwerking met zorgprofessionals uit het ziekenhuis, waaronder geriatrisch verpleegkundige, geriater en neuroloog met het regionale MD consultatieteam.
- Samenwerking tussen het EPOS kernteam, landelijke organisaties zoals Verenso en de LHV en de opleidingen van de betrokken zorgprofessionals m.b.t. de inzet van de SO in de eerste lijn.
- In overleg blijven met het programma Beter Thuis van VWS over plannen voor toekomstig onderzoek:
 - Uitwerking van een evidence-based model voor samenwerking tussen SO en eerstelijns voor landelijke toepassing, inclusief een handleiding voor toepassing in specifieke contexten.
 - Een effectevaluatie van het EPOS model middels een vergelijkend onderzoek tussen interventie- en controlegroep.

REFERENTIES

1. Vilans, Van de Schoot R, De Jong F. Infographic Hervorming zorg en ondersteuning 2015 [Available from: <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/infographic-hervormingen-langdurige-zorg.pdf>].
2. CBS. Prognose: 18 miljoen inwoners in 2029 2018 [Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/51/prognose-18-miljoen-inwoners-in-2029>].
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Ministerie van Volksgezondheid. Trendscenario, levensverwachting, 2018 [Available from: <https://www.vtv2018.nl/Levensverwachting>].
4. Tweede kamer der Staten-Generaal. Toekomst AWBZ, 2013 [Available from: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30597-296.html>].
5. Ministerie van Volksgezondheid (VWS). Programma langer thuis. 2018.
6. Zorgvisie. Complexe ouderenzorg: er vroeg bij, 2019. Available from: <https://www.zorgvisie.nl/magazine-artikelen/complex-ouderenzorg-er-vroeg-bij-zijn/>.
7. Zorginstituut Nederland. Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz) [Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>].
8. van Beusekom JMA, Nieuwboer MS, Perry M. Towards Specialized Dementia Care at Home: A pilot evaluation of structural collaboration between elderly care physicians, general practitioners and case managers in primary care. 2020.
9. Rompen H, Lovink M, van Vught A, Laurant M. Eindrapport Regionale Arbeidsmarkt Ouderenzorg. 2020.
10. Kroes JC, Schuitemaker A, van Buul LW, de Boer ME, Hertogh CPM. Zorg voor kwetsbare ouderen: Samenwerkingsverbanden tussen verpleeghuisorganisaties en de eerste lijn. Tijdschrift voor ouderengeneeskunde. 2020;1: Februari.
11. Pel R, Redeker I, Hanningt R, Visser T, Rijkaart AM, van Rooijen S. Een inventarisatie van Best Practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurende GGZ. Utrecht: Vilans; Trimbos; 2011.
12. Grol R, Wensing M. Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business; 2011.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Deelnemer karakteristieken

Tabel 1: Deelnemer karakteristieken*

Type model volgens indeling Tabel 1	Professie deelnemer	Geslacht	Leeftijd in jaren	Aantal jaren werkervaring in professie
1	SO	In totaal 4 mannen en 18 vrouwen	Leeftijd tussen 35 en 60 jaar oud, met een mediaan van 49 jaar	Aantal jaren werkervaring tussen 1 en 29 jaar, met een mediaan van 16,5 jaar
	HA			
	Geriatric vpk			
2	SO			
	HA			
	Geriatric vpk			
4 (incl kleinschalige woonvorm)	SO			
	POH-O/S			
	HA			
	HA			
6	SO			
	POH-O			
	HA			
	Coördinator ouderenprogramma			
2	SO			
	POH-O			
	HA			
7	SO			
	VS			
	HA			
5	SO			
	POH-O			

* Vanwege de kans tot herleidbaarheid naar de deelnemers hebben we gewerkt met getallen op groepsniveau.

Bijlage 2 Randvoorwaarden, belemmerende en bevorderende factoren

Randvoorwaarden zoals benoemd door deelnemers aan de interviews:

- Investering in relatie tussen SO (team), HA en netwerk
- Elkaar vertrouwen en goede communicatie
- Samenwerkingsovereenkomst SO-HA met afspraken over werkwijze/rolverdeling en foldermateriaal
- Ruimte voor 'colour locale'
- Verwijzing naar SO door HA
- SO (team) zit (dicht)bij HA en/of is laagdrempelig bereikbaar ('korte lijntjes hebben')
- Voldoende tijd/capaciteit betrokken zorgprofessionals
- Goed functionerende digitale communicatie en inzage in patiëntendossier
- Secretariële ondersteuning
- Businesscase
- (Financiële) steun door zorgverzekeraar (o.a. MDO)
- Kennis door scholing SO-HA-en verpleegkundige zorgprofessionals

Belemmerende factoren

<i>Individuele professional</i>	HA en SO onvoldoende kennis van meerwaarde SO
	Ontbreken motivatie en bereidheid van zowel HA als SO
	Domeingevoel bij HA: wantrouwen/ niet kwetsbaar op kunnen stellen
	Geen klik met elkaar hebben
<i>Sociale context</i>	Onduidelijkheid rondom communicatie en taakverdeling: goede follow up en borging niet mogelijk
	Geen support Raad van Bestuur
	Werkplek SO op huisartspraktijk: SO als medebehandelaar: kan leereffect HA doen verminderen
	Onvoldoende communicatie en verwachtingsmanagement naar patiënt en mantelzorg toe
<i>Organisatorische context</i>	Onvoldoende tijd en tekort aan personeel
	Digitaal systeem (geen gezamenlijk EPD, meerdere systemen, geen eenduidigheid in manier van verwijzen)
	Opname patiënt moeilijk: tekort aan bedden, woud aan regeltjes
	Concurrentie tussen zorgaanbieders
	Combineren van inzet SO intra- en extramuraal, nadeel: - bij krapte terugtrekken intramuraal - institutioneel denken
	Fulltime inzet van SO in 1 ^e lijn, nadeel: - kwetsbaar bij uitval
<i>Maatschappelijke context</i>	<i>Financiering (indirecte tijd niet declarabel vanuit ZVW):</i>
	Geen financiering MDO
	Gebruik eigen risico
	Verschraling zorg
	Financiering vanuit tijdelijke DBC/subsidie
	<i>Regelgeving:</i>
	Ingewikkelde regelgeving (rondom financiering, opnames, WZD)
	Complexer wordende zorg

	Stoppen module ouderenzorg: wegvallen financiering (ontwikkeling ouderenzorg gaat tot stilstand komen)
	Regelgeving waaraan ZZP'er moet voldoen

Bevorderende factoren

<i>Individuele professional</i>	Flexibiliteit: kunnen loslaten en delegeren
	Motivatatie zorgprofessionals: - Bij motivatie HA: groter leereffect, hoe minder SO op den duur hoeft te doen. Jongere huisartsen lijken meer gemotiveerd - Ouderzorg zien als volwaardig vak - Initiatief vanuit HA laten komen geeft minder weerstand, werken op behoefte van huisarts
	SO als betrouwbare partner: - Inzet in 1^e lijn even belangrijk vinden als intramurale werk, niet terugtrekken bij krapte
	Patiënttevredenheid als belangrijkste uitkomstmaat, doel patiënt centraal
<i>Sociale context</i>	Samenwerken: elkaar kennen, laagdrempeligheid in kleine cirkel met vaste personen
	Communicatie: korte lijnen en goede bereikbaarheid
	Vertrouwen: elkaar(s capaciteiten) kennen waardoor vertrouwen ontstaat, dan ontstaat bereidwilligheid naar elkaar toe
	Leercurve: wederzijdse leercurve bij enthousiasme, maakt samenwerking makkelijker (uiteindelijke gerichtere verwijsvragen, huisarts kan en wil meer zelf doen)
	SO als ambassadeur (enthousiasme, uitdragen dat samenwerken belangrijk is) en als pionier
	Ruimte voor 'coulour locale' behouden
	Duidelijkheid in rollen en taakverdeling: goede communicatie en gebruik van zorgplan hierin helpend
	Werkplek SO op huisartspraktijk: bevordert samenwerking door laagdrempeligheid
	Samenwerken ivm krapte, gedeelde verantwoordelijkheid voelen en oplossing zoeken
<i>Organisatorische context</i>	Voldoende tijd en personeel
	Secretariële ondersteuning
	HA als hoofdbehandelaar: duidelijk waar eindverantwoordelijkheid ligt: geeft veiligheid
	Vaste SO koppelen aan huisarts
	Rol POH-ouderen bij HA: - kartrekken en coördinator - alle kwetsbare ouderen in beeld hebben - goede opgeleid zijn
	Structureel multidisciplinair overleg (MDO)
	Vastomlijnde structuur MDO geeft duidelijkheid en efficiëntie voor iedereen
	Inzet VS/geriatrie verpleegkundige als verlengde arm SO en als stabiele factor (beste van twee domeinen)

	Gezamenlijk digitaal systeem/dossier of toegang tot digitaal dossier
	Gezamenlijke (toekomst)visie: als organisatie en vakgroep belang en nut inzien en visie dragen - Bij inzet SO in 1^e lijn door zorgorganisatie kan SO investeren
	Goed contact en overleg met specialisten tweede lijn: goede verwijfsafspraken faciliteren zorg op maat
	Combineren van inzet SO intra- en extramuraal, voordeel: - Patiënt en context is al bekend bij opname: helpend - Maakt inzet SO minder kwetsbaar bij uitval - Vakbekwaamheid in breedte houden, participeren in keten - Expertise vanuit intramuraal in 1^e lijn in kunnen zetten
	Fulltime inzet van SO in 1 ^e lijn, voordeel: - Kan zich helemaal toeleiden op 1^e lijn en verbinding maken - Continuïteit (vast gezicht, betrouwbare partner)
	Gezamenlijke scholing: leercurve en elkaar (leren) kennen
	Gebruik maken van lokale netwerk aan zorgverleners (behoud relaties, korte lijnen)
<i>Maatschappelijke context</i>	Goede stabiele financiering, vergoeding indirecte tijd en overhead
	Module ouderenzorg
	Actieve rol huisartsengroep
	Bereidheid te investeren in inzet SO in kleinschalige woonvormen
	Alle domeinen rondom patiënt betrekken en doelen patiënt centraal stellen: maakt samenwerking gericht en zorg beter

Bijlage 3 Figuren belemmerende en bevorderende factoren extramurale inzet SO inclusief citaten

Figuur 1: Belemmerende factoren extramurale inzet SO, inclusief citaten*



*Belemmerende factoren (rood/oranje)

Bevorderende factoren (groen)

-  Individuele professional
-  Sociale context
-  Organisatorische context
-  Maatschappelijke context

Figuur 2: Bevorderende factoren extramurale inzet SO, inclusief citaten*



*Belemmerende factoren (rood/oranje)
Bevorderende factoren (groen)

-  Individuele professional
-  Sociale context
-  Organisatorische context
-  Maatschappelijke context