

Propositie POH ouderen binnen integrale ouderenzorg Amsterdam

Binnen integrale ouderenzorg is een belangrijke rol weggelegd voor een eerstelijns-verpleegkundige. In studies van het Nationaal Programma Ouderenzorg¹ werden deze taken verricht door een POH (praktijkondersteuner huisarts) ouderen of een wijkverpleegkundige, onder regie van de huisarts. Wie welke taken vervult kan variëren afhankelijk van de lokale situatie.

In het project Beter Oud in Amsterdam met een breed scala aan deelnemende organisaties, hebben CHAGZ, GAZO en SAG zich gebogen over de vraag: welke taken van een eerstelijns-verpleegkundige horen, gezien de positie van de POH ouderen naast de huisarts, toe aan de POH ouderen? De POH ouderen werkt naast de (vertrouwde) huisarts, in het huisartseninformatiesysteem en heeft een belangrijke rol als verbindingsofficier tussen huisartsenzorg en het overige veld van ouderenzorg.

Onderstaand een beschrijving van de taken en resultaatsgebieden die volgens ons behoren bij de POH ouderen, de functie eisen en inrichting van de functie.

Taken POH ouderen

- A. Borgt dat alle bij de huisarts ingeschreven **ouderen** van 75 jaar en ouder **in beeld** - en de **medisch kwetsbare ouderen in zorg** zijn.
Stemt deze zorg voortdurend af met de **wijkverpleging** indien aanwezig.
- B. Borgt **medicatieveiligheid**. Doet jaarlijks en bij schakelmomenten (na ziekenhuisopname, aanpassing medicatie na polibezoek) het voorwerk en de afronding ten behoeve van realisatie van de medicatiebeoordeling door huisarts en apotheker. Is op de hoogte van werkelijk gebruik.
- C. Checkt en borgt continuïteit van **transfer zorg** bij kwetsbare ouderen uitgaande van adequate transferactiviteiten vanuit het ziekenhuis.
- D. Regelt **tijdelijke bedden, spoedbedden** en andere opnames / verwijzingen
- E. Faciliteert **advance care planning** – bereidt het gesprek voor zodat huisarts uiteindelijk het gesprek met de patiënt kan voeren
- F. Werkt samen met **sociaal domein** en ondersteunt **mantelzorger**. Is eerste aanspreekpunt voor sociaal domein en mantelzorger, zorgt voor toeleiding naar bijv. Welzijn op Recept.

¹ Zoals onder andere FIT door Amsterdams Medisch Centrum en ACT door VUmc

Resultaatgebieden POH ouderen

- a. **Informatie**, relevant voor continuïteit van (transfer)zorg, is **voortdurend en actueel beschikbaar** via LSP of Whitebox. Denk aan een (beperkt) zorgplan, actuele medicatielijst en afspraken in het kader van advance care planning².
Huisartsenvoorziening is **partner van wijkverpleging** voor gedeelde patiënten en in de wijk.
- b. Huisarts en POH ouderen zijn **in control voor** gewenst en werkelijk **medicatiegebruik**.
- c. **Continuïteit van (transfer) zorg** bij kwetsbare ouderen is geborgd middels huisbezoek of afstemming met al aanwezige WVP of bij zeer adequate mantelzorg.
Medicatieveiligheid is geborgd.
- d. **Adequate, snelle verwijzingen** wanneer het thuis (tijdelijk) niet meer gaat. Zoveel mogelijk voorkomen van spoedopnames en onnodige ziekenhuisopnames.
- e. Beschikbaarheid van **actuele ACP afspraken** (zie ook a).
- f. Huisartsenvoorziening is **partner voor sociaal domein** / wijkzorgnetwerk.

Samenwerking

Met het toenemend aantal ouderen en de toenemende complexiteit van de problematiek onder thuiswonende ouderen, is **efficiënt samenwerken** met de individuele oudere, zijn mantelzorger(s) en de diverse zorg- / hulpverleners van groot belang. Ten behoeve van efficiënte samenwerking streven wij naar **digitale communicatie** via bijvoorbeeld OZOverbindzorg, nadrukkelijk ook met de medewerkers in het zogeheten Sociale Domein en de wijkverpleging, én op een wijze waarbij de patiënt *in the lead* is. Wij zijn / gaan als huisartsenvoorzieningen hierover in gesprek met de aanbieders wijkverpleging en de gemeente.

Functie eisen

Het gaat om een functionaris op **HBO niveau**, qua niveau (zelfstandigheid!) vergelijkbaar met bijvoorbeeld een POH-GGZ of een wijkverpleegkundige niveau 5. Er is dus sprake van een HBO diploma. Ervaring in de zorg is vereist.

De functionaris hoeft van beroep géén (wijk)verpleegkundige te zijn. We denken bijvoorbeeld aan een fysiotherapeut, een doktersassistent die HEAO heeft gedaan, een oudere verpleegkundige van wie de BIG-registratie al 15 jaar is verlopen, etc.

N.B. We willen bewust niet vissen in de toch al bijna lege vijver van wijkverpleegkundigen (in Amsterdam). Verpleegtechnische taken van de eerstelijnsverpleegkundige die BIG registratie vereisen vallen per definitie onder verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige.

Opleidingseis

Post-HBO opleiding *Ouderenzorg in de eerste lijn* of vergelijkbaar.

² Als attentie-episode in HIS?

Inrichting van de functie

Qua inzet is onze voorlopige inschatting dat

- het bovengenoemde takenpakket **8 - 10 uur per week per gemiddelde normpraktijk** zal vragen van een POH ouderen, dus 0,25 fte.

Het goed vervullen van een dergelijke functie als POH ouderen vraagt:

- dat je dit werk **tenminste 16 uur per week** doet, eventueel deels ingevuld met de vergelijkbare werkzaamheden als POH voor niet-oudere kwetsbaren: zie ad A.
- dat een POH ouderen **regelruimte** heeft om snel te kunnen handelen als de situatie dat vraagt (spoedverwijzing bij crisis, onverwachte transfer na opname etc.). Indien een POH ouderen ook een functie als POH-Somatiek vervult kunnen werkdagen niet vol staan met bijbehorende spreekuren.
- dat een POH ouderen ook moet werken voor andere huisartsenvoorzieningen waar op dat moment geen 'eigen' POH ouderen aanwezig is. Zo kunnen we desgewenst de bovengenoemde snelheid van handelen realiseren.

De resultaatgebieden van de POH ouderen vragen continue beschikbaarheid tijdens werkdagen.

- We willen geen organisatievorm opleggen hoe huisartsenvoorzieningen de resultaten in hun situatie functioneel gaan realiseren.
- Te denken valt aan een team van POH ouderen met een redelijke mate van uniformiteit in procedures en werkwijzen en bij voorkeur werkend binnen een bepaalde wijk / regio. De werkzaamheden moeten onderling overdraagbaar zijn.
- Berichten over opname en ontslag, die naar de 'eigen' huisarts gaan, moeten continu kunnen doorkomen, ook bij afwezigheid van die eigen huisarts.
- De POH ouderen zal altijd handelen in samenspraak met de eigen, of waarnemend, huisarts. In geval van een niet 'eigen' POH ouderen en een situatie die snel handelen vraagt, bijvoorbeeld bij transfer, zullen de POH en huisarts onderling afstemmen wie in deze situatie wat doet om de resultaatgebieden te realiseren. Soms kan dan een eigen huisarts beter zelf actie ondernemen.

Toelichting

Ad A: We spreken bewust over **medisch** kwetsbaar, om niet allerlei puur sociale problematiek naar de POH toe te trekken. Uiteraard is de sociale component bij de medisch kwetsbaren wel zeer belangrijk.

- Een vergelijkbare functie voor de medisch kwetsbare niet-oudere is t.z.t. wellicht zinvol: denk aan verslaafden, licht verstandelijk beperkten, ernstige psychiatrische aandoeningen, etc.
- Onze inschatting is dat het 30 tot 40 ouderen in zorg betreft per gemiddelde normpraktijk, een benadering op grond van 20% van alle 75-plussers + 20% van de 65-75 jarigen in achterstands-populaties.
- Uitgaande van ca. 11 uur benodigde werkbare tijd (na aftrek van vakanties, ziekte, scholing etc.) per jaar per oudere in zorg, betekent dat 0,25 fte POH ouderen per gemiddelde normpraktijk.

Ad B: Indien wijkverpleging aanwezig is, zorgt deze voor een check op medicatiegebruik, en is daarmee op de hoogte van werkelijk gebruik. De POH ouderen zal in dat geval afstemmen met de WVP en niet ook zelf een check doen op werkelijk gebruik.

- Een dergelijke check is slechts een beperkt onderdeel van de totale medicatieveiligheid in de thuissituatie.
- Het meeste werk, en het lastigste, is de integratie van diverse voorschriften van diverse bronnen tot een wenselijk medicatie-overzicht (door huisarts en apotheker), en vervolgens de vertaling in één geïntegreerde medicatielijst.

Ad C: De POH ouderen stelt zich op de hoogte bij een opname van een kwetsbare oudere, geeft eventuele aanvullende overdracht van huisarts naar ziekenhuis en streeft naar tijdige kennis over tijdstip ontslag.

- De POH ouderen bereidt vervolgens de thuiskomst voor in aansluiting op transferactiviteiten vanuit het ziekenhuis en, uiteraard voor zover nodig, in afstemming met een eventuele wijkverpleegkundige. Zorgt dat de relevante info naar huisarts en wijkverpleegkundige gaat.
- Adequate transfer vanuit het ziekenhuis betekent o.a. een (voorlopige) ontslagbrief op de dag van ontslag met in die brief relevante informatie voor de huisartsenvoorziening. Daartoe behoort de actuele medicatie bij ontslag.
- De POH ouderen legt de relevante info vast in het huisartsinformatiesysteem (zie ook A.).

Ad D: De POH ouderen doet dit vaker dan de huisarts, kent de kaart beter. Dit ontlast de huisarts van een oneigenlijke taak.

Ad F: De POH ouderen is voor de (kwetsbare) oudere populatie van de huisartsenvoorziening de verbindingsofficier met het sociaal domein en wijkzorgnetwerk.

- Neemt deel aan hometeams, MDO's, etc.

Contractering en financiën

Wij begroten de kosten voor een POH ouderen met bovenstaand profiel op € 743,- per kwetsbare oudere, € 26.750,- per gemiddelde normpraktijk. Ons aanbod is om bij deze financiering afstand te doen van de prestatie 'samenwerking kwetsbare ouderen', van de financiering van de POH t.b.v. kwetsbare ouderen, en voor 50% van de basisvergoeding van de POH-S; tenzij de Koepel / Zorggroep ook POH's generalistisch inzet voor andere kwetsbare groepen, dan levert de organisatie 25% van de basisvergoeding POH-S in. Op dit moment werkt alleen de SAG met dergelijke POH's generalistisch. Dit aanbod betekent, bij inleveren van 50% basisvergoeding, dat voor een gemiddelde normpraktijk in Nederland 35% van de kosten een kwestie van verschuiven van tarieven is.

Ten aanzien van de wijze van contracteren en financieren is het volgende:

- De Koepel cq Zorggroep sluit het contract voor de POH's ouderen.
- Iedere Zorggroep die actief of passief participeert in de Alliantie huisartsenzorg Amsterdam e.o., kan deelnemen aan onderhavige propositie.
- De deelnemende Koepels / Zorggroepen binnen de Alliantie zijn gezamenlijk aanspreekbaar op de realisatie.
- We nemen 2 jaar de tijd voor de (bijna) volledige implementatie van de beschreven werkwijzen vanaf het startmoment van de nieuwe contractering. Omdat de BOA financiering eind 2018 afloopt, is contractering en financiering van de POH ouderen per 2019 noodzakelijk om geen breuk te krijgen in de continuïteit van mensen en opgestarte werkprocessen. Dit alles betekent dat eind 2020 het systeem draait bij de 3 huidige deelnemende organisaties.
- We rekenen op financiering van een projectleider gedurende deze implementatiefase.
- De financiering gaat naar de Koepel c.q. Zorggroep. Die zorgt voor het aanstellen van POH's, bij zichzelf dan wel bij de deelnemende huisartsenpraktijken.
- Het (deels) inleveren van de 3 bovengenoemde financieringen gebeurt per deelnemende huisartsenpraktijk.
- De deelnemende organisaties zullen de andere partners binnen de Alliantie ondersteunen bij het realiseren van onderdelen van onderhavige propositie. Ervan uitgaande dat deze partners de 35% financiering handhaven, zullen zij in ieder geval deels de ouderenzorg kunnen verbeteren, o.a. door inzet van POH's.
- 20% Van het uiteindelijke totale jaarlijkse bedrag beschouwen we als O&I financiering.

POH-Ouderen wordt betaald uit de substitutiemiddelen Zilveren Kruis voor de komende 3 jaar.