

Kader taakherschikking verpleegkundig specialist

Verstandelijk gehandicaptenzorg

April 2022

Voorwoord

Er is de afgelopen jaren veel veranderd binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Er is een veranderende cliënt- en kwaliteitsbehoefte en er zijn veranderingen gaande op de arbeidsmarkt. Er is daarom behoefte aan een nieuwe inrichting en organisatie van de (medische) zorg. Daarom zijn Reinaerde en Novicare gestart met een vernieuwend en toekomstbestendig zorgconcept: een regionale poli die is ingericht vanuit taakherschikking en stepped care. Met de regionale poli houden mensen met een verstandelijke beperking laagdrempelig toegang tot specifieke geneeskundige zorg.

De instrumenten en werkwijzen die nodig zijn voor dit nieuwe model, zijn ontwikkeld door Reinaerde en Novicare en zijn bruikbaar voor het gehele veld. Dit zijn de producten ten behoeve van de organisatie van een regionale VG poli:

- *Visiestuk*
 - o Presentatie met verdere uitleg over de visie en het regionale VG poli model
- *Kader verantwoordelijkheidsverdeling in het medisch domein*
 - o Beschrijving van verantwoordelijkheden van de verschillende behandelaren
- *Kader taakherschikking Verpleegkundig Specialist Verstandelijk Gehandicaptenzorg*
 - o Vanuit het beroepsprofiel van de VS, gerelateerd aan het beroepsprofiel van de AVG en de HA, zijn taken gedefinieerd die geschikt kunnen worden van AVG en HA naar de VS
- *Competentiescan Verpleegkundig Specialist Verstandelijk Gehandicaptenzorg*
 - o Praktische tool voor de VS om inzicht te krijgen in competenties en basistaken die de VS dient te beheersen op generalistisch- en specifiek geneeskundige zorg
- *Operationeel handboek - regionale organisatie VG zorg in poliklinievorm*
 - o Handboek waarin praktische handvatten worden aangereikt voor direct uitvoerend betrokkenen die een poli willen opzetten
- *Werkwijze: ambulante spreekuren bij geclusterde woonvormen in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg*
 - o Een handleiding voor behandelaren die ambulante spreekuren willen organiseren bij geclusterde woonvormen binnen de VG
- *Triage-instrument (in ontwikkeling)*
 - o Een tool met betrekking tot verwijzing naar specifiek geneeskundige zorg
- *Business case regionale VG poli*
 - o Financiële analyse met betrekking tot de kosten en baten van de regionale VG poli

Inhoudsopgave

1.	Inleiding en visie	4
2.	Taken, verantwoordelijkheden en juridisch kader	5
3.	Randvoorwaarden	6
4.	Communicatie.....	11
5.	Evaluatie	11
	Bronnen	12

1. Inleiding en visie

Novicare wil specialistische behandelexpertise overal in Nederland toegankelijk en beschikbaar maken. Daarbij vinden we het belangrijk dat behandelaren met passie in hun vak kunnen staan. Om dat nu en in de toekomst mogelijk te maken moeten we grensverleggend werken. Om te zorgen dat we niet alleen meer cliënten kunnen helpen, maar ons werk als behandelaren ook met passie en plezier kunnen blijven doen, is het belangrijk de behandelzorg daarop in te richten.

Optimaal gebruik maken van expertise van elke behandelaar middels taakherschikking tussen Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG), huisarts (HA) en verpleegkundig specialist (VS) past in deze visie. Novicare heeft in de ouderenzorg, mede vanuit kwaliteitsoogpunt, al in een vroeg stadium gekozen voor taakherschikking van medische taken van SO naar onder andere VS. Uit eigen ervaring weten we namelijk dat de VS een toegevoegde waarde heeft op langdurige zorg afdelingen en in de relatie met zorgteams, dit blijkt echter ook uit recent verschenen wetenschappelijke artikelen (zie bronnen). Ook in de verstandelijk gehandicaptensector is deze ontwikkeling gaande. Een hernieuwd beroepsprofiel van de VS, het tekort aan AVG's en de ontwikkeling van de VG-sector zijn aanleiding voor het opstellen van dit document waarbij het vergelijkbare document dat door Novicare ontwikkeld is voor de ouderenzorg als basis heeft gediend. Het is belangrijk dat taakherschikking volgens wet- en regelgeving wordt ingericht.

De VG onderscheidt zich (m.b.t. de behandeling van mensen met een WLZ indicatie met behandeling) duidelijk in werkwijze van de ouderenzorg doordat er binnen het medisch domein zowel door de AVG als door de HA gewerkt wordt. De HA richt zich op de generalistisch geneeskundige zorg en de AVG op de specifiek geneeskundige zorg. Binnen het concept wat Novicare ontwikkelt werkt de VS zowel in de generalistisch geneeskundige zorg als binnen de specifiek geneeskundige zorg. Duidelijkheid rondom taken en verantwoordelijkheden zijn daarom nodig. De verantwoordelijkheidsverdeling op het gebied van medische zorg binnen de WLZ inclusief behandeling, maar ook de verdeling tot HA en AVG staat beschreven in het document "Verantwoordelijkheden op het medische domein binnen de verstandelijk gehandicaptensector WLZ inclusief behandeling." Een belangrijk aspect dat is toegevoegd in dat kader is het formuleren van hoog- en laagcomplexiteit specifiek geneeskundige zorg, vooruitlopend op taakherschikking met de VS.

De bevoegdheden en de rol van de VS hebben zich in de loop van de tijd ontwikkeld. Sinds 1 september 2018 zijn de zelfstandige bevoegdheden van de VS vastgelegd in de wet BIG. De in dit document beschreven kaders voor de verpleegkundig specialist en de samenwerking met de AVG en de HA zijn hierop gebaseerd. Vanuit het beroepsprofiel van de VS, gerelateerd aan het beroepsprofiel van de AVG en de HA, hebben we taken gedefinieerd die herschikt kunnen worden van AVG en HA naar de VS. Hierbij hebben we kaders en randvoorwaarden opgesteld om dit op een verantwoorde wijze te doen. De complexiteit van de cliënt bepaalt wie voor welk deel van de behandeling verantwoordelijk is.

2. Taken, verantwoordelijkheden en juridisch kader

2.1 Verantwoordelijkheden medisch domein

Zoals ook beschreven in het kader “Verantwoordelijkheden op het medische domein binnen de verstandelijk gehandicaptensector WLZ inclusief behandeling.” Zijn de verantwoordelijkheden van een medisch behandelaar in te delen in 3 deelgebieden:

1. Inhoudelijk verantwoordelijk voor het eigen deel van de behandeling.
2.
 - a. Verantwoordelijk voor de regievoering binnen de zorgverlening en behandelen (multidisciplinair).
 - b. Verantwoordelijk voor de regievoering naar cliënt en familie (o.a. bespreken behandelplan).
3. Inhoudelijk eindverantwoordelijk voor het medisch deel van de behandeling.

Ad 1: Elke (mede)behandelaar (VS, AVG, HA) heeft zijn eigen tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor zijn aandeel in de behandeling zoals vastgelegd in de wet BIG.

Ad 2a en b: De verantwoordelijkheid voor de regievoering op het multidisciplinaire behandelplan en de regievoering richting cliënt en familie zijn de taken van de zogenaamde regiebehandelaar. Hij of zij is tevens het eerste aanspreekpunt voor cliënt, vertegenwoordiger en overige behandelen. In dit kader gaan wij uit van een regiebehandelaarschap (op het multidisciplinaire proces) door de gedragsdeskundige. Deze staat nabij de cliënt en het systeem rondom de cliënt (vertegenwoordiger/ begeleiding). De rol van medisch regiebehandelaar kan door de VS of AVG worden ingevuld vanuit de specifiek geneeskundige zorg. Dit betreft de verantwoordelijkheid over de afstemming van medische behandeling tussen de diverse (para)medische disciplines en afstemming met de regiebehandelaar (gedragsdeskundige) van de cliënt.

Ad 3: In de praktijk is dit vaak in combinatie met de verantwoordelijkheid als medisch regiebehandelaar, maar dat hoeft niet. Zeker bij kleinschalige locaties in de wijk met laagfrequente betrokkenheid van de AVG, zal in de praktijk de huisarts hierin ook een rol spelen.

2.2 Vertaling in kader van taakherschikking VS

De VS is verantwoordelijk voor het inhoudelijk deel van de medische behandeling, waarbij indien de problematiek van de cliënt en zijn omgeving de competenties van de VS overschrijdt, de verantwoordelijkheid verdeeld kan worden tussen VS-HA of VS-AVG voor de generalistisch en respectievelijk specifiek geneeskundige zorg. De VS is tevens verantwoordelijk voor het medisch regiebehandelaarschap van de cliënten die aan de VS zijn toebedeeld. Indien de problematiek van de cliënt en zijn omgeving de competenties van de VS overschrijdt, kan de taak van medisch regiebehandelaar worden overgenomen door de AVG.

Indien de inhoudelijke behandeling van de cliënt (deels) buiten het deskundigheidsgebied van de VS valt, kan de AVG of de HA op verschillende manieren betrokken worden bij de behandeling:

- Consultatie; hierbij wordt de AVG of de HA (of een andere behandelaar) een specifieke vraag gesteld gericht op de medische behandeling, resulterend in een advies (evt. na beoordeling van de cliënt). De VS is verantwoordelijk voor de beoordeling van het

advies, afweging van de bruikbaarheid en de uitvoering en opvolging. De AVG of de HA is verantwoordelijk voor de inhoud van het gegeven advies. Daarnaast kan een uitkomst van het consult zijn dat de AVG of HA (tijdelijk) in medebehandeling komt.

- Medebehandeling; de situatie waarbij de AVG of HA (tijdelijk) een deel van de behandeling op zich neemt en verantwoordelijk is voor de inhoud en uitvoering. Hierbij wordt helder afgestemd voor welke behandeldoelen de AVG of HA (mede) verantwoordelijk is. (bijvoorbeeld de behandeling van complex probleemgedrag).
- AVG als medisch regiebehandelaar; hierbij neemt de AVG de medische regievoering over. De VS kan in medebehandeling blijven voor de laag complexe medische behandeling.

Daarnaast is er altijd de mogelijkheid voor de VS om laagdrempelig intercollegiaal te overleggen met de AVG, de HA of andere medische specialisten. De VS is dan verantwoordelijk voor de verslaglegging hiervan in het medisch dossier, de weging van de adviezen en het te voeren beleid. Bij consultatie of medebehandeling is de AVG of de HA verantwoordelijk voor de verslaglegging van zijn advies/behandeling.

3. Randvoorwaarden

Om te kunnen komen tot goede samenwerking tussen VS, AVG en HA zijn er randvoorwaarden waar aan moet worden voldaan. Deze komen naar voren in alle stukken die gaan over taakherschikking van zowel de beroepsvereniging van VS (V&VN VS), Verenso als de KNMG.

- *Onderscheid generalistisch geneeskundige zorg en specifieke geneeskundige zorg:* Duidelijk onderscheid maken tussen generalistisch geneeskundige zorg en specifiek geneeskundige zorg. Zie Handreiking Samenwerking huisarts & AVG (LHV en NVAVG 2017) hierbij als voorzet. In het kader "Verantwoordelijkheden op het medische domein binnen de verstandelijk gehandicaptensector WLZ inclusief behandeling" is dit verder uitgewerkt en wordt ook gekeken naar de context waarin een cliënt woont.
- *Basistaken:* Vaststellen welke taken verantwoord in aanmerking komen voor taakherschikking. In dit hoofdstuk worden ook de taken benoemd die niet voor taakdifferentiatie VS in aanmerking komen vanuit wettelijke kaders.
- *Kenmerkende beroepssituaties:* Bij welke cliënten/doelgroepen kan de VS worden ingezet.
- *Richtlijnen en protocollen:* Welke richtlijnen en protocollen zijn van toepassing bij welke beroepssituaties en onderwerpen op het medisch domein.
- *Bekwaamheid van de VS:* Hoe kunnen (aanvullende) competenties vastgelegd worden en met welk scholingsaanbod kunnen deze worden verworven.
- *Samenwerkingsafspraken VS, AVG en HA in de praktijk:* Welke werkafspraken maken VS en AVG, VS en HA om aan de hand van de complexiteit van cliënten de verantwoordelijkheidsverdeling te maken en in de praktijk uit te voeren.

In de volgende hoofdstukken worden de randvoorwaarden verder toegelicht.

3.1 Onderscheid generalistisch geneeskundige zorg en specifiek geneeskundige zorg

In het 'Kader verantwoordelijkheidsverdeling in het medisch domein' staat dit helemaal uitgewerkt. Hierin staat een omschrijving van de totale verantwoordelijkheid op het medisch domein WLZ inclusief behandeling. Daarnaast wordt de verantwoordelijkheid vanuit generalistisch geneeskundige zorg en specifiek geneeskundige zorg los van elkaar beschreven. Dit is vanuit taakherschikking belangrijk zodat de VS weet met wie, de HA respectievelijk de AVG, hij/zij kan schakelen voor intercollegiaal overleg, consultatie en medebehandeling.

3.2 Basistaken VS

In dit kader zijn een aantal basistaken van de VS benoemd. Deze basistaken zijn afgeleid van de beroepsactiviteiten van de AVG, zoals benoemd in het Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot AVG (Didact 2.0, feb 2019, van de competenties van de VS benoemd in het beroepsprofiel van de VS (2019) en van het document Kader verpleegkundig specialist ouderenzorg van Novicare. We gaan er daarbij vanuit dat de VS over de competenties beschikt om deze basistaken uit te voeren, dan wel in staat is deze zich binnen een gestelde termijn eigen te maken. Zie voor verdere uitwerking paragraaf 3.5. Daarnaast zijn er binnen de wetgeving enkele medische taken die niet in aanmerking komen voor taakherschikking naar de VS.

Basistaken van een VS werkzaam in de gehandicaptenzorg

Voor het volledige medisch domein:

- Uitvoeren van een (hetero) anamnese
- Uitvoeren van een lichamelijk onderzoek
- Communiceren met cliënt/systeem*
- Samenwerken met andere zorgprofessionals*
- Efficiënt en effectief organiseren van eigen werkzaamheden*
- Advanced care planning en palliatieve zorg*
- Uitvoeren en interpreteren van diagnostisch en aanvullend onderzoek
- Het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen en het zelfstandig uitvoeren van diagnostische en therapeutische handelingen en laboratoriumonderzoek (zie bijlage 1)**.

Generalistisch geneeskundige zorg:

- Uitvoeren van spoedeisende medische zorg (training, ABCDE scholing)**
- Generalistisch geneeskundige spreekuren

Specifiek geneeskundige zorg:

- Uitvoeren van een intake bij een nieuwe patiënt
- Opstellen, (doen) uitvoeren en evalueren van een behandelplan*
- Inschatten van niveau van functioneren
- Regiebehandelaar zijn en samenwerken in multidisciplinaire teams**
- Participeren in en bijdragen aan kwaliteitsbewaking van zorg en behandeling**
- Doelgroep specifieke spreekuren : Health-watch bij diverse syndromen**, epilepsie, zintuigproblemen, evaluatie psychofarmaca, bewegingsapparaat/spasticiteit, voedingsproblemen
- Onderzoek en behandeling laagcomplexen specifiek geneeskundige zorg
- Beoordelen van wilsbekwaamheid ter zake**

- Omgaan met onvrijwillige zorg

Daarnaast kan de VS zich verder ontwikkelen op onderstaande aanvullende taken:

- samenwerken met management
- participeren in zorg- en behandelketens als verpleegkundig specialist;
- bijdragen aan de verdere ontwikkeling van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking
- optreden als ambassadeur voor het vak en de doelgroep in de maatschappij.
- vakinhoudelijke aanvullende expertise zoals bijvoorbeeld op het gebied van palliatieve zorg, infectiepreventie, seksualiteit of verslaving.

*uiterlijk bekwaam te maken binnen 6 maanden na indiensttreding

**uiterlijk bekwaam te maken binnen 12 maanden na indiensttreding

Basistaken niet in aanmerking voor taakherschikking VS

Gezien de huidige wetgeving zijn onderstaande medische taken exclusief belegd bij de AVG en/of HA en komen niet in aanmerking voor herschikking naar de VS:

Generalistisch geneeskundige zorg:

- Schouwen
- Uitvoering euthanasie

Specifiek geneeskundige zorg:

- Uitvoering functie Medisch WZD functionaris
- Beoordeling en afgeven medische verklaring in kader van RM of IBS
- Complexe crisissituaties zoals bijvoorbeeld bij ernstige agressie of dreigende suïcide.

Aparte afspraken:

- Onafhankelijke beoordeling wilsbekwaamheid op verzoek van rechtbank of andere instanties

3.3 Kenmerkende beroeps situaties (KBS) van de VS

Dit betreft met name de specifiek geneeskundige zorg. De kenmerkende beroeps situaties benoemd in het opleidingsplan voor de AVG en het zorgaanbod AVG10 zijn situaties die representatief zijn voor het werkgebied van de AVG, maar dus ook grotendeels voor de VS die werkzaam is in hetzelfde specialisme. Deze zijn dan ook uitgangspunt geweest om de KBS voor de VS bij Novicare samen te stellen, aangevuld met een aantal praktijksituaties. Er is bewust gekozen om de zelfde terminologie te gebruiken, zodat de zelfde taal wordt gesproken door de VS, AVG maar ook bijvoorbeeld de AVG i.o.

Kenmerkende beroepssituaties VS

Dit kunnen een kind/ jongere/volwassene/ouder wordende client met een (licht) verstandelijke beperking betreffen.

- Patiënt in de palliatieve fase
- Patiënt met motorische problemen

- Patiënt met probleemgedrag en/of een psychiatrische stoornis
- Patiënt met epilepsie
- Patiënt met een (onbekende) etiologische diagnose
- Patiënt met eet-, slik- en voedingsproblemen
- Patiënt met zintuigproblematiek
- Patiënt met slaapproblemen

De specifiek geneeskundige zorg is verder uitgewerkt in laagcomplexe onderwerpen en hoogcomplexe onderwerpen. Bij laagcomplexe onderwerpen is de VS, mits uiteraard bekwaam, primair verantwoordelijk conform de kaders beschreven in dit document. Voor de hoogcomplexe vraagstukken is minimaal eenmalig een beoordeling van de AVG van belang. De onderverdeling van laag- en hoogcomplexe onderwerpen staat beschreven in het kader "Verantwoordelijkheden op het medische domein binnen de verstandelijk gehandicaptensector WLZ inclusief behandeling".

3.4 Richtlijnen en protocollen

Wat betreft de generalistisch geneeskundige vraagstukken wordt veelal verwezen naar de NHG standaarden, aangevuld met contextspecifieke vraagstukken of specifieke VG richtlijnen. Daarnaast is per onderwerp aan te geven welke cliëntsituaties per definitie (deels) buiten het competentiegebied van de VS worden beschouwd en er dus altijd een HA betrokken moet zijn. Zie voor de inhoud de competentiescan.

Per onderwerp op het gebied van specifiek geneeskundige zorg wordt er verwezen naar landelijke VG richtlijnen of protocollen. Daarnaast is per onderwerp aan te geven welke cliënt situaties per definitie (deels) buiten het competentiegebied van de VS worden beschouwd en er dus altijd een AVG betrokken moet zijn. Zie voor de inhoud de competentiescan. Indien er geen landelijke richtlijn of protocol bestaat, maken we binnen de organisatie afspraken hoe te handelen.

3.5 Bekwaamheid van de VS

De VS is bevoegd om de basistaken zelfstandig uit te voeren maar zal afhankelijk van kennis en ervaring in meer of mindere mate bekwaam zijn per onderdeel of onderwerp. Daar waar de VS onvoldoende bekwaam is, doet hij een beroep op de AVG of HA voor intercollegiaal overleg, consult en/of medebehandeling.

De VS is zelf verantwoordelijk voor zijn ontwikkeling en de bekwaamheid in de basistaken. Hiervoor verricht de VS een competentiescan. In overleg met de AVG en de HA waarmee de vaste samenwerking wordt aangegaan en de leidinggevende stelt de VS een plan van aanpak op om ontbrekende competenties te verwerven. Daarnaast wordt afgesproken hoe de taakverdeling tussen VS, AVG en HA plaatsvindt in de periode waarin competenties nog worden verworven. Novicare heeft een scholingsprogramma waarmee de competenties voor de basistaken binnen 6 en 12 maanden (zie paragraaf 3.2.1) kunnen worden geschoold. We steken hierbij in op zo'n groot mogelijke zelfstandigheid en groei van de VS.

3.6 Samenwerking VS, AVG en HA in de praktijk

Algemeen geldt dat de samenwerking tussen VS, AVG en huisarts zo georganiseerd is dat de VS altijd laagdrempelig kan overleggen met een AVG danwel een huisarts.

Werkoverleg VS-HA

Afhankelijk van de competenties van de VS en de hoeveelheid cliënten worden afstemmingsmomenten met de huisarts georganiseerd.

Werkoverleg VS-AVG

Er wordt op vaste momenten een werkoverleg georganiseerd met de AVG waarmee de VS vast samenwerkt. In de eerste 2 jaar van de samenwerking is dit wekelijks, aansluitend wordt in gezamenlijk overleg de frequentie vastgesteld.

Tijdens het werkoverleg kunnen de volgende punten op de agenda staan:

- a. Afstemming m.b.t. betrokkenheid AVG bij nieuwe cliënten
- b. Initiëren van consultatie of medebehandeling door AVG
- c. Terugkoppeling van consultatie of medebehandeling door AVG
- d. Intercollegiaal overleg, ad hoc vragen met betrekking tot cliënten waarbij er geen consultatie of medebehandeling nodig is
- e. Voortgang van verwerven van competenties met name in eerste dienstjaar van de VS
- f. Intervisie

Afstemming bepalen

Per cliënt bepaalt de VS in ieder geval binnen enkele weken na start behandeling/ opname of medebehandeling of consultatie gewenst is, eventueel in afstemming met de AVG. Dit is afhankelijk van de complexiteit van de problematiek van de cliënt en/of zijn omgeving. Hier is geen eenduidige definitie van te geven, maar is afhankelijk van de bekwaamheid van de VS.

In een aantal cliënt situaties gaan we er echter vanuit dat er minimaal intercollegiaal overleg plaatsvindt met de

1. De huisarts, namelijk:
 - Geen overeenstemming behandeling medische aandoeningen binnen NHG standaard
 - Niet pluis gevoel ten aanzien van basis medisch zorg
 - Afspraken op basis van competentiescan
2. De AVG, namelijk:
 - Hoogcomplexere vraagstukken specifiek geneeskundige zorg
 - Niet pluis gevoel ten aanzien van specifiek geneeskundige zorg
 - Afspraken op basis van competentiescan
 - Als NHG standaard niet gevolgd kan worden.

Verslaglegging consultatie/medebehandeling

Wanneer de VS de AVG of huisarts consulteert of in medebehandeling vraagt wordt dit vastgelegd in een journaalregel in het elektronisch cliënten dossier (ECD), inclusief de wijze waarop (via verwijzing in ECD, telefonisch, tijdens werkoverleg besproken). Er kan ook verwezen worden naar een andere AVG, dan de AVG waarmee de VS vast samenwerkt, met

name wanneer de vraag meer aansluit bij een bepaald expertisegebied van die AVG.

De AVG of huisarts doet de consultatie, ziet hiervoor de cliënt als dat nodig is en legt zijn bevindingen inclusief advies vast in het ECD in een journaalregel. De VS is verantwoordelijk voor de opvolging van het advies, inclusief de terugkoppeling naar cliënt en/of vertegenwoordiger en zorgteam. Een van de uitkomsten van consultatie kan ook zijn dat de AVG of huisarts (tijdelijk) in medebehandeling komt.

Bij (tijdelijke) medebehandeling doet de AVG een intake, maakt als dat nodig is een of meerdere nieuwe behandeldoelen en een behandelplan en levert de gevraagde behandeling. Hierbij is de AVG verantwoordelijk voor de verslaglegging in het ECD en de terugkoppeling naar cliënt en of vertegenwoordiger en het zorgteam. Wanneer de medebehandeling eindigt legt de AVG dit vast per betrokken behandeldoel in ECD. Afspraken m.b.t. medebehandeling door de huisarts worden vastgelegd in het document samenwerkingsafspraken VS, AVG en huisarts.

4. Communicatie

Communicatie bij taakherschikking is cruciaal om veilig en prettig samen te werken. Dit betreft communicatie tussen de verschillende medische disciplines en medische dienst, maar ook communicatie met het multidisciplinaire behandelteam, begeleiding, management, verpleegkundigen en cliënten/ vertegenwoordigers. Bij allen moeten de taken/ verantwoordelijkheden op functie bekend zijn en op welke wijze wordt samengewerkt als behandelaren.

Hiervoor zijn onder andere folders vanuit de VenVN beschikbaar over de verpleegkundig specialist en een voorbeeld communicatiebrief van Novicare.

Als een nieuwe verpleegkundig specialist binnen de organisatie komt werken is het belangrijk om de werkwijze, het kader en de competentiescan te bespreken en in te vullen. Binnen de organisatie wordt de werkwijze hierover vastgelegd inclusief communicatielijnen.

5. Evaluatie

Minimaal 2x/ jaar vindt evaluatie plaats in de samenwerking tussen HA, VS en AVG. In de evaluatie is aandacht voor de relatie, wat gaat goed, wat kan beter en de competentiescan.

Bronnen

1. Beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist, V&VN, 2019
2. Competentieprofiel van de Specialist Ouderengeneeskunde, Verenso 2019
3. Competentieprofiel van de huisarts (2016)
4. Competentieprofiel van de AVG (2016)
5. Zorgaanbod van de AVG (NVAVG, 2012)
6. Handreiking implementatie taakherschikking, KNMP-V&VN-NAPA, 2012
7. Proefschrift; De impact en organisatie van taakherschikking in de ouderenzorg, Marleen Lovink 2019
8. De verpleegkundig specialist, jaargang 14, nummer 4, december 2019, Zelfstandig bevoegdheid verpleegkundig specialist, Jurriane Rendering
9. Factsheet Taakherschikking Novicare, Lenneke Schols, febr. 2020
10. Handreiking Samenwerking huisarts & AVG (LHV en NVAVG 2017)
11. https://zorgmasters.nl/extdocs/DVS201804_08_de-VS-in-de-verstandelijk-gehandicaptenzorg_bvlgd.pdf

Operationeel handboek

Regionale organisatie VG zorg in
polikliniekvorm

Juni 2022

Voorwoord

Er is de afgelopen jaren veel veranderd binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Er is een veranderende cliënt- en kwaliteitsbehoefte en er zijn veranderingen gaande op de arbeidsmarkt. Er is daarom behoefte aan een nieuwe inrichting en organisatie van de (medische) zorg. Daarom zijn Reinaerde en Novicare gestart met een vernieuwend en toekomstbestendig zorgconcept: een regionale poli die is ingericht vanuit taakherschikking en stepped care. Met de regionale poli houden mensen met een verstandelijke beperking laagdrempelig toegang tot specifieke geneeskundige zorg.

De instrumenten en werkwijzen die nodig zijn voor dit nieuwe model, zijn ontwikkeld door Reinaerde en Novicare en zijn bruikbaar voor het gehele veld. Dit zijn de producten ten behoeve van de organisatie van een regionale VG poli:

- *Visiestuk*: Presentatie met verdere uitleg over de visie en het regionale VG poli model
- *Kader verantwoordelijkheidsverdeling in het medisch domein*: Beschrijving van verantwoordelijkheden van de verschillende behandelaren
- *Kader taakherschikking Verpleegkundig Specialist Verstandelijk Gehandicaptenzorg*: Vanuit het beroepsprofiel van de VS, gerelateerd aan het beroepsprofiel van de AVG en de HA, zijn taken gedefinieerd die herschikt kunnen worden van AVG en HA naar de VS
- *Competentiescan Verpleegkundig Specialist Verstandelijk Gehandicaptenzorg*: Praktische tool voor de VS om inzicht te krijgen in competenties en basistaken die de VS dient te beheersen op generalistisch- en specifiek geneeskundige zorg
- *Operationeel handboek - regionale organisatie VG zorg in polikliniekvorm*: Handboek waarin praktische handvatten worden aangereikt voor direct uitvoerend betrokkenen die een poli willen opzetten
- *Werkwijze: ambulante spreekuren bij geclusterde woonvormen in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg*: Een handleiding voor behandelaren die ambulante spreekuren willen organiseren bij geclusterde woonvormen binnen de VG
- *Business case regionale VG poli*: Financiële analyse met betrekking tot de kosten en baten van de regionale VG poli
- *Scholingsaanbod*: Mogelijkheden tot scholing op het specifiek geneeskundige vlak
- *Supervisie basisartsen (in ontwikkeling)*: Een model begeleidingsplan ten behoeve van de supervisie voor basisartsen
- *Triage-instrument (in ontwikkeling)*: Een tool met betrekking tot verwijzing naar specifiek geneeskundige zorg

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	4
2. (Operationele) uitgangspunten.....	5
2.1. Randvoorwaarden.....	5
2.2. Ondersteunende voorwaarden.....	5
2.3. Organisatie van processen op de poli.....	8
3. Financiering.....	12
4. Juridische zaken.....	14
Bronnen.....	16
BIJLAGEN.....	17

1. Inleiding

Reinaerde en Novicare ontwikkelen gezamenlijk een regionale poli binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG). De cliënten kunnen zowel op een (fysieke) polikliniek gezien worden, als op geclusterde (ambulante) spreekuren op woonvoorzieningen en instellingsterreinen. Dit handboek gaat over de optimale organisatie van een (fysieke) regionale polikliniek. Andere zorgorganisaties kunnen aansluiten waardoor het concept schaalbaar en vertaalbaar wordt naar andere regio's en kraptegebieden.

Dit operationeel handboek is ontwikkeld voor direct uitvoerend betrokkenen die van plan zijn een regionale VG poli op te zetten. Het document bevat praktische handvatten voor goede organisatie van zowel de voor- als de achterkant van de regionale VG poli. Verschillende onderwerpen komen aan bod die essentieel zijn voor een gezonde bedrijfsvoering. In hoofdstuk 2 worden de (ondersteunende) randvoorwaarden en processen op de poli beschreven die georganiseerd dienen te worden. Hoofdstuk 3 gaat in op de financiering, hierin worden type & financiering zorgproducten, declaratievoorwaarden en financiële sturing van de VG poli concreet beschreven. Ten slotte worden de juridische kaders in hoofdstuk 4 toegelicht en wat voor afspraken daarvoor nodig zijn.

In het document worden verschillende concepten aangehaald die soms om nadere toelichting vragen. Denk hier bijvoorbeeld aan taakherschikking, *stepped care* en triage. In dit document geven we uitleg op hoofdlijnen over deze concepten, voor verdere uitleg verwijzen we naar de desbetreffende documenten die het concept gedetailleerd beschrijven.

De regionale VG poli is in samenwerking tussen Reinaerde en Novicare ontwikkeld. Daarnaast zijn in een vroeg stadium stakeholders uit het veld betrokken. Tijdens het ontwikkeltraject is de aanpak en voortgang op diverse momenten besproken met het zorgkantoor Utrecht, VGU, VGN en NVAVG. Daarnaast is er ook een toelichting gegeven aan beleidsmedewerkers van ZN, VWS en de NZA.

2. (Operationele) uitgangspunten

2.1. Randvoorwaarden

De arts VG is in het nieuwe model actief op een (regionale) polikliniek. Om ervoor te zorgen dat er voldoende tijd vrijkomt van de artsen VG op de polikliniek(en) om zorg te kunnen leveren aan alle mensen met een verstandelijke beperking én om ervoor te zorgen dat de juiste vragen op de poli komen, is er een aantal randvoorwaarden nodig van organisatie van medische zorg bij de betrokken instellingen voor cliënten WLZ inclusief behandeling. Denk hierbij aan onder andere organisatie van *stepped care*, generalistisch geneeskundige zorg en specifiek geneeskundige zorg, 24x7 bereikbaarheid en een bijdrage aan het kwaliteitsbeleid (bij cliënt Wlz met behandeling). Zie voor een uitgebreide toelichting op de randvoorwaarden het kader 'Kader verantwoordelijkheidsverdeling in de het medisch domein'¹ en 'Kader en werkwijze taakherschikking naar VS binnen de VG'².

2.2. Ondersteunende voorwaarden

Locatie

De regionale VG poli is niet specifiek afhankelijk van één locatie. In de meeste gevallen zijn VG poli's ondergebracht binnen de muren van instellingen, maar kunnen ook in een ziekenhuis of huisartsenpraktijk worden gehuisvest. Voordelen van een poli in het ziekenhuis zijn de zichtbaarheid en laagdrempeligheid voor cliënten door over het algemeen goede bereikbaarheid (o.a. door openbaar vervoer) van het ziekenhuis³. Een Arts VG spreekuur gekoppeld aan een huisartsenpraktijk (in bijvoorbeeld een gezondheidscentrum) heeft het voordeel dat huisartsen de arts VG sneller weet te vinden voor beperkten die geen Wlz indicatie hebben⁴. Buiten de fysieke locatie, moet de locatie in ieder geval voldoen aan de volgende eisen:

- Goed bereikbaar voor cliënten/wettelijk vertegenwoordigers;
- Makkelijk toegankelijk voor rolstoelen;
- Voldoet aan geluidsnormen;
- Beveiliging;
- Twee polikliniekkamers voor de Arts VG en verpleegkundig specialist (VS) (bij opstart);
- Ontvangstruimte;
- ICT mogelijkheden (o.a. WIFI).

Organisatie randvoorwaarden

Het organiseren van een VG poli lijkt operationeel gemakkelijk, maar de uitvoering in de praktijk is ingewikkeld. De volgende punten dragen daar aan bij:

- Er komen verschillende type cliënten door elkaar op de poli: Wlz mét behandeling, Wlz zonder behandeling en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). Dit zorgt ervoor dat afhandeling van de facturatie/declaratie een praktische uitdaging is en veel tijd kost. Voor de declaratie is een goed werkend systeem nodig, in het volgende hoofdstuk ('Financiën') wordt uitgelegd wat daar expliciet voor nodig is;
- Deel declaratie/verantwoordingseisen lastig uitvoerbaar (Aanvraag Aangepaste zorg Toewijzingen (AAT's) regelen, samenwerkingsafspraken met alle zorginstellingen/huisartsenpraktijken die verwijzen, productieafspraken met zorgkantoren en zorgverzekeraars);

- Taakherschikking is binnen een deel van de huidige financieringsvormen (H-codes en GZSP) niet of beperkt mogelijk;
- Leveren en functioneel aansturen van behandelaren/ondersteuners. Hiervoor is geschikt management nodig dat de invulling van personeel zo *lean* mogelijk organiseert;
- Dossiervoering moet op een geautomatiseerde manier georganiseerd worden om de processen zo lean mogelijk te organiseren, daar zijn verschillende hulpmiddelen voor. Bijvoorbeeld bij verwijzing gebruik te maken van ZorgDomein, voor de dossiervoering standaard verslag- en briefformats te ontwikkelen en een triagetool die helpt bij adequate triage van cliënten (zie hoofdstuk 2.3.).

Inhoudelijke werkafspraken (met samenwerkingspartners)

Naast de praktische invulling van de processen zijn er werkafspraken nodig met stakeholders ten aanzien van onder andere: verwijzing naar poli, terugkoppeling vanuit poli, dossiervoering, medicatie, lab en multidisciplinaire afstemming. Zie hieronder een verdere uitwerking van onderwerpen waar afspraken over gemaakt moeten worden per samenwerkingspartner.

Zorgorganisaties & huisartsen

- *Organisatie medische zorg en cliënten voor de poli:* vertalen afspraken vanuit kader verantwoordelijkheidsverdeling medisch domein¹ en het Kader taakherschikking Verpleegkundig Specialist Verstandelijk Gehandicaptenzorg².
- Belangrijk is dat taakschikking plaatsvindt vanuit de ArtsVG en vanuit de huisarts. Beiden moeten betrokken worden bij de gemaakte afspraken. Bij het vertalen van de afspraken uit de beide kaders moet aandacht zijn voor wijze van opstarten/uitbreiden/werkafspraken zodat alle cliënten toegang hebben tot specifiek geneeskundige zorg bij Wlz met behandeling;
- *Verwijzing naar poli:* dit verloopt via zorgdomein. Huisartsen en VS-en moeten hierover worden geïnformeerd. Inrichting zorgdomein spoed en niet spoed, inrichting termijnen van bezoek poli, inclusief welke informatie aan cliënt en welke informatie door huisarts/VS moet worden aangeleverd;
- *Terugkoppeling en dossiervoering poli/zorgorganisatie:* organisatie van de gegevensuitwisseling moet op orde zijn. Bij cliënten met Wlz zonder behandeling gaat dit via een brief aan de huisarts. Het HIS is het medisch dossier van de cliënt. Bij cliënten Wlz met behandeling ligt de verantwoordelijkheid van het medisch dossier bij de zorginstelling. Op de poli wordt gebruik gemaakt van een eigen dossier. Het is belangrijk duidelijke afspraken te maken gezien de diversiteit van de medische dossiervoering bij zorginstellingen. Het is hierbij van belang dat brieven of rapportages gedeeld kunnen worden vanaf de poli met het medisch dossier van de zorginstelling aan de medisch regiebehandelaar. Een koppeling met het dossier van de zorgaanbieder is zeer wenselijk. Bij een consult vindt terugkoppeling plaats alleen aan de verwijzer, bij medebehandeling aan de verwijzer en de regiebehandelaar.
- *Medicatie:* indien er sprake is van consultatie wordt vanaf de poli geen medicatie voorgeschreven, maar een advies geformuleerd. Bij medebehandeling kan worden afgesproken dat de medicus op de poli medicatie voorschrijft, onder bepaalde voorwaarden. Echter, moeten er dan minimaal afspraken worden gemaakt over: actueel medicatieoverzicht, EVS, en samenwerking met de apotheek;

- *Lab:* indien er sprake is van consultatie wordt vanaf de poli geen bloedonderzoek aangevraagd, maar een advies geformuleerd, waarbij de opvolging door de medisch regiebehandelaar plaatsvindt. Bij medebehandeling kan worden afgesproken dat de medicus op de poli bloedonderzoek aanvraagt. Echter, moeten er dan minimaal afspraken worden gemaakt over: route van aanvragen, route uitslagen, kosten en opvolging, wie vraagt lab aan?;
- *Multidisciplinaire afstemming:* Bij cliënten Wlz inclusief behandeling is de medisch regiebehandelaar betrokken bij multidisciplinaire evaluatie. Zie hiervoor ook het kader medische verantwoordelijkheidsverdeling. De medisch regiebehandelaar is aanwezig bij het MDO. Huisarts en/of ArtsVG sluiten bij het MDO aan indien zij medebehandelaar zijn en het om die reden van toegevoegde waarde is. Bij medebehandeling is het belangrijk vast te leggen op welk doel de ArtsVG medebehandelt, met welke frequentie en voor welke termijn. Bij consultatie Arts VG vanaf de poli vindt geen deelname plaats aan het MDO.
- *Bereikbaarheid:* Er worden altijd werkafspraken gemaakt over telefonische consultatie van de Arts VG 24x7 door de huisarts of VS. Afhankelijk van de doelgroep kun je aparte werkafspraken maken. In specifieke situaties kunnen afspraken gemaakt worden over bereikbaarheid van de Arts VG voor de gedragskundige. Dit vergt nog wel verdere uitwerking.
- *Structureel gebruik van poli (bij intramurale cliënten incl. behandeling):* er dienen inhoudelijke afspraken in de vorm van een samenwerkingsovereenkomst gemaakt te worden tussen de Wlz aanbieder en de polikliniek over verantwoordelijkheden en doorfacturering;
- *Incidenten, calamiteiten en klachten:* er worden minimaal afspraken gemaakt dat de Arts VG wordt geïnformeerd wanneer er uitingen zijn van onvrede zijn over het consult van de Arts VG of over de medische behandeling van een cliënt waar de Arts VG bij betrokken is middels medebehandeling. Daarnaast wordt de Arts VG geïnformeerd als er sprake is van een (vermoedelijke) calamiteit;
- *Overlegstructuren:* Minimaal 1x/ jaar worden de werkafspraken tussen de poli en de zorgorganisatie geëvalueerd, zoals ook hoe de samenwerking verloopt;
- *Ontslag of overlijden cliënt:* de poli wordt door de zorgorganisatie op de hoogte gebracht bij ontslag of overlijden van cliënten die bekend zijn op de poli;
- *Externe consulenten:* de Arts VG krijgt van de medisch regiebehandelaar informatie over betrokkenheid van externe medisch specialisten op het moment dat de Arts VG in medebehandeling is;
- *WZD:* de WZD functionaris kan direct via de poli contact opnemen met de Arts VG op het moment dat er een vraag speelt over onvrijwillige zorg waarbij de consultatie/medebehandeling een rol speelt. Vanuit de poli kan tevens een andere Arts VG, dan een bekende Arts VG worden geconsulteerd als onafhankelijke deskundige rondom de evaluatie van onvrijwillige zorg, op het moment dat hiervoor een Arts VG nodig is.

Apotheken (in samenwerking met zorgorganisaties voor cliënten WLZ met behandeling)

- Om voorbereid te zijn op een medebehandeling maak je bij start afspraken met de betreffende apotheek over het actueel medicatieoverzicht, toegang tot het EVS, inclusief afspraken over de samenwerking, zoals op het gebied van bereikbaarheid, levering, medicatiereview en verantwoordelijkheden.

Organisatie van processen op de poli

Op de VG poli zal in de vorm van consulten zorg worden geleverd. Voor een zo efficiënt mogelijke organisatie van de consulten moeten specifieke processen zo *lean* mogelijk worden ingericht. Denk hierbij aan de volgende processen: verwijzing van de cliënt, triage, planning en alle ondersteunende processen die nodig zijn om het consult ook daadwerkelijk te kunnen laten plaatsvinden. In onderstaand stroomschema zijn de verschillende onderdelen nader uitgewerkt en worden praktische handvatten aangereikt.

Regionale VG poli

start

1
Verwijzing naar VG poli

2
Triage

3
Planning

4
Voorbereiding consult

4a
Cliënt Wlz met behandeling op terreinlocatie

4b
Cliënt Wlz met behandeling in de wijk

4c
Cliënt Wlz zonder behandeling en mensen zonder indicatie

5
Consult

6
Na consult

7
Vervolg

Einde



De poli is voor alle VG-cliënten met een zorgvraag op het gebied van de specifiek geneeskundige zorg. Deze groep onderscheiden we in 4 categorieën:

- Cliënten zonder Wlz-indicatie
- Cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling
- Cliënten met een Wlz-indicatie met behandeling in een kleinschalige woonvoorziening
- Cliënten met een Wlz-indicatie met behandeling op de terreinen/grootschalige voorziening

1

Verwijzing

- Via ZorgDomein, daarvoor product(en) inrichten
 - informatie over traject
 - Tijdsplan: spoed binnen week, niet-spoed binnen 30 dagen
 - Bevestigingsbrief met informatie over consult (tekst maken)
- Verwijsvoorwaarden
 - Inclusiecriteria: Verstandelijke beperking (IQ<85) (check analyse) of diagnostiek naar VB
 - Exclusiecriteria: bijv. verslaving op voorgrond/ acuut psychiatrisch beeld
- Benodigde informatie (via format verwijsbrief in ZorgDomein)
 - Vraagstelling, medische VG, probleemlijst, actueel medicatie overzicht, medisch beleid, wettelijke vertegenwoordiger (incl. wijze communicatie), allergieën, contra indicaties, actuele labuitslagen, specialisten brieven (laatste jaar), bij Wlz met beh.: multidisciplinaire doel behandelplan (naar streven) & ZZP indicatie

2

Triage

- Door: doktersassistente/secretaresse/verpleegkundige
- Inhoudelijk triëren op:
 - Hoog- laagcomplex (zie kader medische verantwoordelijkheden):
 - Hoogcomplex: naar AVG
 - Laagcomplex: naar VS
 - Indien client Wlz met beh: direct naar AVG (als al gezien is door VS)
 - Urgent/niet urgent
 - Nieuw/herhaal
 - Vervolgafpspraak (planbare evaluaties bij medebehandeling): geen triage nodig, kan door planner
 - Bij een tweede consult van eenzelfde cliënt is wel triage nodig
- Overige:
 - Bij twijfel overleggen met ArtsVG/VS

3

Planning

Door triagist

4a

Cliënt Wlz met beh. op terreinlocatie

- VS regiebehandelaar: cliënt komt altijd bij de Arts VG op poli
- Format klaarzetten en checken op volledigheid (zo nodig terugsturen bij onvolledigheid). Belangrijk: actueel medicatie overzicht
- Bij tijdelijke medebehandeling door AVG: zorgdomein brief format gebruiken

4b

Cliënt Wlz met behandeling in de wijk

- Verwezen door huisarts of gedragskundige
- Nieuw(e) cliënt/probleem: Klaarzetten standaard brief format en vpk info uit verwijzing invullen
 - Zie ZorgDomein
 - Aanvullend thuiswonende cliënt: info van specialisten via ha ontvangen? Anders achteraan bellen

4c

Wlz zonder behandeling en mensen zonder indicatie

- Verwezen door huisarts of medisch specialist
- Nieuw(e) cliënt/probleem: Klaarzetten standaard brief format en vpk info uit verwijzing invullen
 - Zie ZorgDomein
 - Aanvullend thuiswonende cliënt: info van specialisten via ha ontvangen? Anders achteraan bellen

4b & 4c

Nieuwe cliënt: standaard assessment voorafgaand: aan consult op zelfde dag of aan afspraak door contact VPK met cliënt/vertegenwoordiger voor informatie: visus, gehoor, medische voorgeschiedenis, etc.). *Tip: bij nieuw probleem: inhoud eerdere brief kopiëren in briefformat en aanvullen met info*

4

Herhaalcliënt: VPK kijkt of er uitslagen/brieven zijn binnengekomen zijn en zorgt dat deze in dossier zitten

5

Consult

- Standaard assessment bij nieuwe cliënt
- Bij laag complexe vragen door VS
- Bij hoog complexe vragen door AVG
- Anamnese, onderzoek
- Advies mondeling bespreken incl. informed consent
- Afspraken maken over behandeling, evaluatie, vervolg en over aanwezigheid bij consult: minimaal cliënt, wettelijk vertegenwoordiger, PB'er (zo nodig multidisciplinair)

6

Na consult

- Standaard brief: Arts VG/VS vult klaargezette format aan met anamnese, LO, conclusie, advies en afspraken
- Brief verzenden aan verwijzer en kopie aan wettelijke vertegenwoordiger en GD (regiebehandelaar/ medisch regiebehandelaar, afhankelijk van wie verwijzer is).
- Alleen bij medebehandeling:
 - Vastleggen op welk behandelplan, frequentie en duur
 - Evt. lab onderzoek aanvragen
 - Evt. recepten schrijven en verzenden
 - Evt. verwijzingen maken
 - Multidisciplinaire afstemming
 - Vastleggen borgen van opvang bij escalatie van het probleem

7

Vervolg

- Er zijn verschillende mogelijkheden voor het vervolg:
1. Polibezoek was eenmalig consult, traject wordt afgesloten
 2. Polibezoek moet een vervolg krijgen: AVG/VS vraagt direct aansluitend aan consult planner een vervolgafpraak te maken.
 3. AVG wordt tijdelijk medebehandelaar



De poli is voor alle VG-cliënten met een zorgvraag op het gebied van de specifiek geneeskundige zorg. Deze groep onderscheiden we in 4 categorieën:

- Cliënten zonder Wlz-indicatie
- Cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling
- Cliënten met een Wlz-indicatie met behandeling in een kleinschalige woonvoorziening
- Cliënten met een Wlz-indicatie met behandeling op de terreinen/grootschalige voorziening

① Verwijzing

- Via ZorgDomein
 - Informatie over traject
 - Tijdsfad: spoed binnen week, niet-spoed binnen 30 dagen
 - Bevestigingsbrief met informatie over consult
- Verwijsvoorwaarden
 - Inclusiecriteria: Verstandelijke beperking (IQ<85) (check analyse) of diagnostiek naar VB
 - Exclusiecriteria: bijv. verslaving op voorgrond/acuut psychiatrisch beeld
- Benodigde informatie (via format verwijsbrief in ZorgDomein)
 - Vraagstelling, medische VG, probleemlijst, actueel medicatie overzicht, medisch beleid, wettelijke vertegenwoordiger (incl. wijze communicatie), allergieën, contra indicaties, actuele labuitslagen, specialisten brieven (laatste jaar), bij Wlz met beh.: multidisciplinaire doel behandelplan & ZZP indicatie

② Triage

- Door: doktersassistente/secretaresse/verpleegkundige
- Inhoudelijk triëren op:
 - Hoog- laagcomplex (zie kader 'Taken en verantwoordelijkheden alle medische disciplines in basis medische zorg en specifiek geneeskundige zorg (voor cliënten met behandeling'¹):
 - Hoogcomplex: naar Arts VG
 - Laagcomplex: naar VS
 - Indien client WLZ met behandeling: direct naar Arts VG (als al gezien is door VS)
 - Urgent/niet urgent
 - Nieuw/herhaal
 - Vervolgafpspraak (planbare evaluaties bij medebehandeling): geen triage nodig, kan door planner
 - Bij een tweede consult van eenzelfde cliënt is wel triage nodig
- Overige
 - Bij twijfel overleggen met Arts VG/VS

③ Planning

Door triagist

④a Cliënt Wlz met beh. op terreinlocatie

- VS regiebehandelaar: cliënt komt altijd bij de Arts VG op poli
- Format klaarzetten en checken op volledigheid (zo nodig terugsturen bij onvolledigheid). Belangrijk: actueel medicatie overzicht
- Bij tijdelijke medebehandeling door Arts VG: zorgdomein brief format gebruiken

4b) **Cliënt Wlz met behandeling in de wijk**

- Verwezen door huisarts of gedragskundige
- Nieuw(e) cliënt/probleem: Klaarzetten standaard briefformat en VPK info uit verwijzing invullen
 - Zie ZorgDomein
 - Aanvullend thuiswonende cliënt: info van specialisten via ha ontvangen? Anders achteraan bellen

4c) **Wlz zonder behandeling en mensen zonder indicatie**

- Verwezen door huisarts of medisch specialist
- Nieuw(e) cliënt/probleem: Klaarzetten standaard briefformat en VPK info uit verwijzing invullen
 - Zie ZorgDomein
 - Aanvullend thuiswonende cliënt: info van specialisten via ha ontvangen? Anders achteraan bellen

4b & 4c) **Nieuwe cliënt:** standaard assessment voorafgaand: aan consult op zelfde dag of aan afspraak door contact VPK met cliënt/vertegenwoordiger voor informatie: visus, gehoor, medische voorgeschiedenis, etc.). *Tip: bij nieuw probleem: inhoud eerdere brief kopiëren in briefformat en aanvullen met info van verwijzer*

4) **Herhaalcliënt:** VPK kijkt of er uitslagen/brieven zijn binnengekomen zijn en zorgt dat deze in dossier zitten

5) **Consult**

- Standaard assessment bij nieuwe cliënt
 - Bij laag complexe vragen door VS
 - Bij hoog complexe vragen door Arts VG
- Anamnese, onderzoek
- Advies mondeling bespreken incl. *informed consent* (op later moment bepalen in welke situatie dit schriftelijk moet)
- Afspraken maken over behandeling, evaluatie, vervolg en over aanwezigheid bij consult: minimaal cliënt, wettelijk vertegenwoordiger, PB'er (zo nodig multidisciplinair)

6) **Na consult**

- Standaard brief: Arts VG/VS vult klaargezette format aan met anamnese, LO, conclusie, advies en afspraken
- Brief verzenden aan verwijzer en kopie aan wettelijke vertegenwoordiger en GD (regiebehandelaar)/ medisch regiebehandelaar, afhankelijk van wie verwijzer is.
- Alleen bij medebehandeling:
 - Vastleggen op welk behandelgoal, frequentie en duur
 - Evt. lab onderzoek aanvragen

- Evt. recepten schrijven en verzenden
- Evt. verwijzingen maken
- Multidisciplinaire afstemming
- Vastleggen borgen van opvang bij escalatie van het probleem

7 Vervolg

Er zijn verschillende mogelijkheden voor het vervolg:

1. Polibezoek was eenmalig consult, traject wordt afgesloten
2. Polibezoek moet een vervolg krijgen: Arts VG/VS vraagt direct aansluitend aan consult planner een vervolgafpraak te maken
3. Arts VG wordt tijdelijk medebehandelaar

3. Financiering

Op de poli komt een grote diversiteit aan type cliënten en vragen. Dit zorgt ervoor dat de poli de huidige financiële schotten overstijgt. Er is zowel financiering nodig vanuit de Zorgverzekeringswet (ZVW) als vanuit de Wlz. Een deel van die huidige financieringen is voor de poli niet dekkend. Dit komt omdat de organisatie van de VG poli extra kosten met zich meebrengt. Denk hierbij aan ondersteuning op de poli, extra overhead door complexiteit van organisatie en huisvesting. Aangezien we het hier hebben over een organisatieafhankelijke organisatie, worden huisvestingskosten niet automatisch toegeschreven aan de zorgorganisatie waar de fysieke locatie zich bevindt.

Type en financiering zorgproducten

Om inzicht te krijgen in de kosten en inkomsten (met de huidige financieringen) zijn er drie type zorgproducten gedefinieerd. In de bijlage (Bijlage 1) vind je de opbouw van de verschillende producten met de daarbij behorende activiteiten en tijd:

- *Enkelvoudig*: eenmalige consultatie door de Arts VG. Hierbij is een verwijzing vanuit de huisarts nodig. Cliënten vallen onder Wlz zonder behandeling of GZSP;
- *Meervoudig*: hier wordt 2 keer geconsulteerd door de Arts VG of de VS. Dit gaat om cliënten met een Wlz indicatie mét en zonder behandeling;
- *Meervoudig complex*: hier wordt 4 keer geconsulteerd door de Arts VG, de intake kan mogelijk door de VS worden gedaan. Vragen gaan over hoog complex specifiek geneeskundige vragen. Onder andere: RM/IBS, WZD, complex palliatief, meerzorg, niet plusgevoel (voor verdere uitleg over specifiek geneeskundige zorg zie 'Kader verantwoordelijkheidsverdeling in het medisch domein'¹).

Voor cliënten met een Wlz indicatie inclusief behandeling is de huidige financiering dekkend, dit geldt niet voor de ZVW en cliënten met een Wlz indicatie exclusief behandeling bij een poliklinieksetting. Indicatief zijn de inkomsten voor cliënten binnen de ZVW en Wlz exclusief behandeling binnen het enkelvoudige product ~50% van de kosten. Voor het laagcomplex product geldt dat de inkomsten bij cliënten Wlz exclusief behandeling indicatief ~35% zijn van de kosten. Dat komt doordat deze financiering uitgaat van vooral inzet van een Arts VG of VS en niet van de mate van inzet van andere ondersteuners en poli-faciliteiten (bijv. huisvestingskosten) die in deze werkvorm worden gebruikt. Daarnaast zijn ook overhead en kosten ten aanzien van no shows meegenomen. Om de poli kostendekkend te krijgen voor de verschillende zorgproducten is een (experiment)zorgprestatie nodig voor de ZVW en Wlz exclusief behandeling cliënten.

Declaratievoorwaarden

Als zorginstelling moeten er contracten zijn gesloten met de zorgverzekeraar om zowel vanuit de Wlz als vanuit de GZSP te kunnen declareren.

Daarnaast moeten declaratieprocessen goed zijn ingericht, door de verscheidenheid aan type cliënten en dus financiering brengt dat een complexiteit met zich mee:

- *Wlz met behandeling*: er moet een rekening naar de zorginstelling gestuurd worden;
- *Wlz zonder behandeling*: er moet een declaratie naar het zorgkantoor;
- *GZSP*: er moet een declaratie naar de zorgverzekeraar.

Bovenstaande processen dienen geautomatiseerd te worden. Idealiter leidt planning van een cliënt in het systeem direct tot een gekoppelde facturatiestroom. In intake en verslaglegging van consultatie moet ook geborgd worden dat voor de diverse facturatiestromen de juiste informatie wordt vastgelegd (bijv. verwijzing, AGB verwijzer, doelen/eindigheid etc.).

Financiële sturing

Bij de kosten en inkomsten van de polikliniek gaan we uit van een zeer '*lean*' inrichting van de processen. Dit vraagt extra aandacht voor operationele en financiële sturing. Belangrijke parameters zijn:

- Agendavulling consultatieuren (Arts VG/VS)
- No-show %
- Taakdifferentiatie ratio (DA/VPK uren per consultatieuur Arts VG/VS)
- Declaratie %
- Huisvesting/overhead %

4. Juridische zaken

Om de VG poli te organiseren in samenwerking met verschillende partijen zijn nauw luisterende juridische afspraken van belang. Dit gaat specifiek over afspraken rondom de organisatie van de VG poli. Hoe het zit met verantwoordelijkheden binnen de medische behandeling lees je in het 'Kader verantwoordelijkheidsverdeling in het medisch domein'¹.

De volgende cruciale juridische punten moeten worden geborgd bij de organisatie van de VG poli:

- Doordat verschillende mensen, met verschillende verantwoordelijkheden werkzaam zijn op de poli, moet men op de hoogte zijn van wat de (wettelijke) kaders zijn waar men binnen mag en kan werken. Daarom moet de juridische basiskennis op orde zijn wanneer men werkzaam is op de polikliniek. Voorafgaand aan de operationele start, moet door medische behandelaren kennis worden opgedaan van het concept, kaders en verantwoordelijkheden door kennis te nemen van: het 'Visiestuk – VG poli', het 'Kader verantwoordelijkheidsverdeling in het medisch domein'¹ en het 'Kader en werkwijze taakherschikking naar VS binnen de VG'². Daarnaast moet door de VS een competentiescan⁵ worden ingevuld, en zo nodig worden bijgeschoold, voordat de VS operationeel werkzaam is op de poli.
- Met betrekking tot medebehandeling moeten de afspraken met huisartsen helder zijn, dit moet worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Bij medebehandeling wordt niet volledige regie van de client overgenomen, maar alleen op een specifiek behandeldoel.
- Cliënt toestemming medische gegevens/dossieroverdracht:
 - o Met betrekking tot een verwijzing naar de VG poli is geen uitdrukkelijke toestemming nodig van de cliënt voor het uitwisselen van zijn of haar gegevens met de VG poli. Dat is ook niet nodig, omdat in deze situatie kan worden gesteld dat sprake is van de uitzondering uit artikel 7:457 lid 2 WGBO (het gaat om personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst) en/of de uitzondering die ziet op veronderstelde toestemming (het gaat om verwijzing van de cliënt door de zorgverlener voor een consult naar een medisch specialist van de poli) (zie voor uitgebreide uitleg Bijlage 2).
 - o Indien er enkel sprake is van intercollegiaal overleg tussen de zorgverlener van de cliënt en de behandelaar van de poli, dan is de behandelaar van de poli rechtstreeks betrokken bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Er is in deze situatie sprake van een collega-vakgenoot (de behandelaar van de poli) die door de zorgverlener (huisarts) wordt geraadpleegd met het oog op de behandeling van de cliënt. Gesteld kan worden dat de medewerking van de behandelaar van de poli in dat geval noodzakelijk is bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst. De huisarts mag ten behoeve van het intercollegiaal overleg slechts de gegevens verstrekken aan de behandelaar van de poli die noodzakelijk zijn voor dat overleg.
 - o Indien de cliënt door de zorgverlener daadwerkelijk wordt doorverwezen naar de behandelaar van de poli voor een consult, dan wordt de toestemming van

de cliënt voor de overdracht van zijn of haar medische gegevens die relevant zijn voor de verwijzing en terugkoppeling verondersteld. Van belang is dat de behandelaar van de poli alleen informatie over de cliënt mag ontvangen van de zorgverlener, die noodzakelijk is voor het consult. De huisarts moet nagaan welke informatie noodzakelijk en relevant is voor het consult.

- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)/gegevensverwerking.
Er is geen sprake van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijkheid tussen de poli en betrokken organisaties. Er is dus sprake van zelfstandige verwerkingsverantwoordelijkheid. Echter wordt sterk aanbevolen om een 'Overeenkomst Verwerkingsverantwoordelijken' te (blijven) sluiten in deze situatie omdat het – ook al is er geen sprake van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken – van belang is om afspraken te maken omtrent de verwerking van persoonsgegevens die plaatsvindt, onder meer ten aanzien van verzoeken van cliënten/betrokkenen (op basis van hun rechten uit de AVG) en over eventuele datalekken.

Bronnen

1. Novicare (2022). Kader verantwoordelijkheidsverdeling in het medisch domein
2. Novicare (2022). Kader en werkwijze taakherschikking naar VS binnen de VG
3. Medisch contact (2020). Veel huisartsen weten AVG-poli nog niet te vinden
4. NVAVG (2012). Poliklinieken voor mensen met een verstandelijke beperking
5. Novicare (2022). Competentiescan Verpleegkundig Specialist Verstandelijk Gehandicaptenzorg

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Uitwerking activiteiten per type zorgproduct

Enkelvoudig				
Activiteit	Wie	Frequentie	Uren	Tijd
Verwijzing	Ondersteuner	1	0,3	Indir
Triage	Ondersteuner	1	0,3	Indir
Planning afspraak	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Voorbereiden consult	VPK	1	0,5	Indir
Voorbereiding consult	Arts VG	1	0,3	Indir
Ontvangst cliënt	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Consult	Arts VG	1	1,0	Dir
Uitwerking consult	Arts VG	1	0,5	Indir
Uitwerking consult	VPK	1	0,3	Indir
Afronding en verzending correspondentie	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Overig contact	Arts VG	1	0,3	Dir
Overig contact	VS	1	0,3	Dir
Totaal			4,0	

Meervoudig				
Activiteit	Wie	Frequentie	Uren	Tijd
<i>Intake</i>				
Verwijzing	Ondersteuner	1	0,3	Indir
Triage	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Planning afspraak	Ondersteuner	1	0,3	Indir
Overig	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Voorbereiden intake	VPK	1	0,8	Indir
Voorbereiding intake	VS	0,5	0,1	Indir
Voorbereiding intake	Arts VG	0,5	0,1	Indir
Ontvangst cliënt	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Intake	VS	0,5	0,5	Dir
Intake	Arts VG	0,5	0,5	Dir
Uitwerking intake	VS	0,5	0,3	Indir
Uitwerking intake	Arts VG	0,5	0,3	Indir
Uitwerking intake	VPK	1	0,3	Indir
Afronding en verzending correspondentie	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Overig contact	VS	1	0,3	Indir
Overig contact	Arts VG	1	0,3	Indir
<i>Consult</i>				
Planning afspraak	Ondersteuner	1	0,5	Indir
Overig	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Voorbereiding consult	VPK	1	0,3	Indir
Voorbereiding consult	VS	0,5	0,1	Indir
Voorbereiding consult	Arts VG	0,5	0,1	Indir
Ontvangst cliënt	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Consult	VS	0,5	0,5	Dir

Consult	Arts VG	0,5	0,5	Dir
Uitwerking consult	VS	0,5	0,3	Indir
Uitwerking consult	Arts VG	0,5	0,3	Indir
Uitwerking consult	VPK	1	0,3	Indir
Afronding en verzending correspondentie	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Overig contact	VS	1	0,3	Dir
Overig contact	Arts VG	1	0,3	Dir
Totaal			8,2	

Meervoudig complex

Activiteit	Wie	Frequentie	Uren	Tijd
<i>Intake</i>				
Verwijzing	Ondersteuner	1	0,3	Indir
Triage	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Planning afspraak	Ondersteuner	1	0,5	Indir
Overig	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Voorbereiden intake	VPK	1	1,0	Indir
Voorbereiding intake	VS	0,5	0,1	Indir
Voorbereiding intake	Arts VG	0,5	0,1	Indir
Ontvangst cliënt	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Intake	VS	0,5	0,5	Dir
Intake	Arts VG	0,5	0,5	Dir
Uitwerking intake	VS	0,5	0,3	Indir
Uitwerking intake	Arts VG	0,5	0,3	Indir
Uitwerking intake	VPK	1	0,3	Indir
Afronding en verzending correspondentie	Ondersteuner	1	0,2	Indir
Overig contact	VS	1	0,3	Indir
Overig contact	Arts VG	1	0,3	Indir
<i>Consult</i>				
Planning afspraak	Ondersteuner	3	1,5	Indir
Overig	Ondersteuner	3	0,5	Indir
Voorbereiding consult	VPK	3	0,8	Indir
Voorbereiding consult	Arts VG	3	0,8	Indir
Ontvangst cliënt	Ondersteuner	3	0,5	Indir
Consult	Arts VG	3	3,0	Dir
Uitwerking consult	Arts VG	3	1,5	Indir
Uitwerking consult	VPK	3	0,8	Indir
Afronding en verzending correspondentie	Ondersteuner	3	0,5	Indir
Overig contact	VS	2	0,5	Dir
Overig contact	Arts VG	2	0,5	Dir
Totaal			15,7	

BIJLAGE 2: Client toestemming m.b.t. medische gegevens/dossieroverdracht

Als cliënten worden doorverwezen door een zorgverlener, mag in sommige gevallen worden uitgegaan van veronderstelde toestemming van de cliënt voor de uitwisseling van zijn of haar medische gegevens, mits de cliënt geen bezwaar maakt tegen de gegevensuitwisseling. In dat geval hoeft er dus geen (uitdrukkelijke) toestemming van de cliënt gevraagd te worden. Dit is ten eerste het geval wanneer een zorgverlener een cliënt doorverwijst. Daarbij mag de toestemming van de cliënt worden verondersteld, omdat de cliënt instemt met de verwijzing (en daarmee impliciet met de uitwisseling van de benodigde medische gegevens). Van belang is derhalve dat de cliënt eerst instemt met de verwijzing. Ook daarbij geldt dat de arts (verwijzer) de cliënt vooraf dient te informeren over de voorgenomen gegevensuitwisseling. De cliënt kan bezwaar maken tegen deze gegevensuitwisseling. In dat geval mag de arts (verwijzer) de gegevens niet verstrekken. Ten tweede is dit het geval wanneer een zorgverlener (bijvoorbeeld een medisch specialist) een cliënt na een verwijzing heeft behandeld, en de verwijzer (bijvoorbeeld de huisarts) op de hoogte stelt van die behandeling. Deze terugkoppeling gebeurt meestal via een specialistenbrief, waarbij de medisch specialist een antwoord geeft op de vraag die de verwijzer heeft gesteld. Ook in dat geval mag de toestemming voor de uitwisseling van medische gegevens worden verondersteld. Tevens geldt ook in dat geval dat de arts die de cliënt na een verwijzing heeft behandeld, de cliënt vooraf dient te informeren over de gegevensuitwisseling ten behoeve van de terugkoppeling aan de verwijzer. De cliënt kan bezwaar maken tegen deze gegevensuitwisseling. In dat geval mag de arts de gegevens niet verstrekken.

Minimale rand voorwaardelijke afspraken om samenwerking in een regionale poli vorm te kunnen geven

- ✓ Er is een medisch regiebehandelaar betrokken bij de client. Dit kan een huisarts zijn, een basisarts of een verpleegkundig specialist
- ✓ De medisch regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het bieden van de generalistisch geneeskundige behandeling tijdens kantooruren en tijdens NAW*
- ✓ Medisch regiebehandelaar is dossierhouder en verantwoordelijk voor behandelplan
- ✓ Opvolgen adviezen na consultatie bij de poli is verantwoordelijkheid van de medisch regiebehandelaar terug uitnodigen op poli is verantwoordelijkheid poli
- ❑ Opvolgen adviezen van zorgvragen waarbij sprake is van **medebehandeling** op de poli is een verantwoordelijkheid van de poli (medebehandeling aan externe cliënten). Je hebt een VS nodig om de medisch regiebehandelaarschap bij de VS te leggen.
- ❑ Poli is een organisatievorm niet een dienstverlening; je levert een dienst vanuit de poli (Betekenis van het woord Poli verschilt, goed definiëren.)
- ❑ Taakherschikking van specifiek geneeskundige behandeling* is een uitgangspunt om de verantwoordelijkheidsverdeling af te stemmen. (Aan de orde als je VS hebt.)
- ❑ Praktische afspraken t.b.v. vormgeven van consulten (al dan niet op locatie), financiering en aansturing medisch professionals op de poli (Punt wat we niet mogen vergeten)
- ❑ Hoe is de verantwoordelijkheid gedekt? (Moet bij alles wat we gezamenlijk doen helder zijn en goed voelen voor degene de verantwoordelijkheid gaat dragen.)

Modellen van inzet specialistische behandelaars

Keuze afhankelijk van wat optimaal is én beschikbare capaciteit



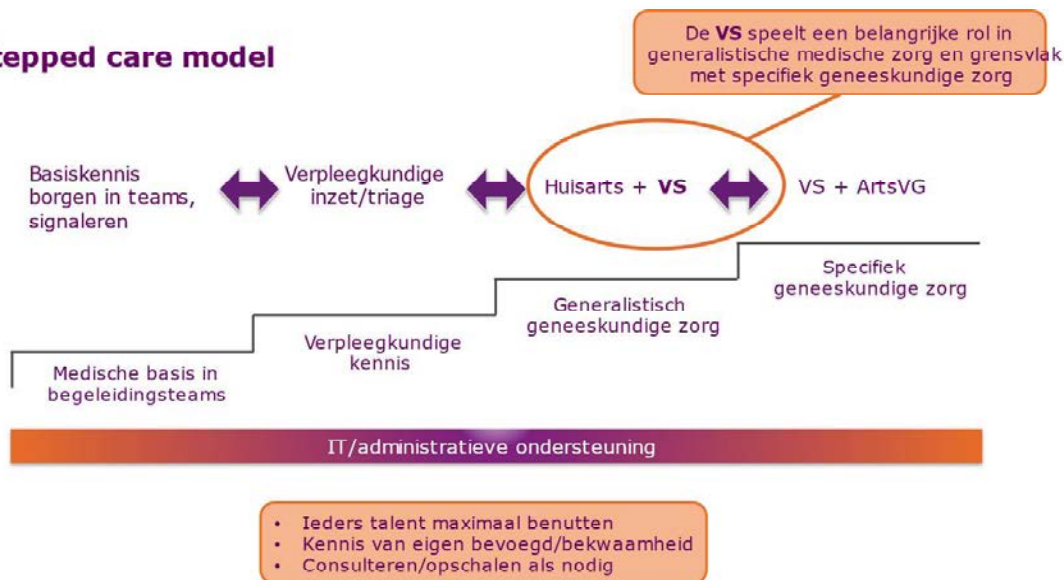
- 1) Cliënten zonder WLZ
- 2) Cliënten met WLZ zonder behandeling
- 3) Cliënten met WLZ met behandeling die kleinschalig wonen
- 4) Cliënten met WLZ met behandeling in grootschalige voorziening

NB: reactiever model stelt hogere eisen aan taakvolwassenheid voorliggende professionals insteppedcare

De cliënten kunnen zowel op een (fysieke) polikliniek worden gezien, als op geclusterde (ambulante) spreekuren op woonvoorzieningen en instellingsterreinen. De vragen die bij de polikliniek terechtkomen zullen meer van reactieve aard zijn. Woont een cliënt op een locatie kan, vanuit de gedachte van preventieve zorg en inzetten op het voorkomen van intensieve zorgvragen, een behandelplan (minimaal eenmalig) door een ArtsVG helpend zijn om een cliënt in de breedte van zijn/haar problematiek op functioneel, geestelijk, welbevinden, maatschappelijk en communicatief gebied in kaart te brengen. Dit behandelplan biedt verwanten, begeleiders en betrokken professionals doelen en handvaten voor de medische zorg aan de cliënt. Dit heet proactieve zorg.

Bij de poli kunnen andere zorgorganisaties aansluiten, waardoor het concept schaalbaar en vertaalbaar wordt naar andere regio's en kraptegebieden. Specifiek geneeskundige zorg blijft op deze manier laagdrempelig toegankelijk voor mensen met een beperking. De uiteindelijke missie is om toe te werken naar een multidisciplinaire poli.

Stepped care model



Voor een goede en efficiënte samenwerking rondom de medische zorg aan de client, waarbij iedere professional datgene doet wat bij zijn taak past en opschaaft indien nodig, wordt gebruik gemaakt van het Stepped Care model. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking werken met name zorgmedewerkers met een pedagogische achtergrond. De medische kennis is beperkt, waardoor er sprake kan zijn van zowel overconsumptie (door onzekerheid) als onderconsumptie (door tekortschietende signalering) van medische zorg. Dit speelt met name voor cliënten Wlz inclusief behandeling, maar ook bij Wlz zonder behandeling kan dit model relevant zijn. Hiervoor is het belangrijk dat de begeleidingsteams meer kennis hebben in het signaleren van medische problemen, net als problemen op het gebied van de verstandelijke beperking. (Uit 'Kader verantwoordelijkheidsverdeling in het medisch domein').