



Handreiking

Taakherschikking

Handreiking Taakherschikking



Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde

Disclaimer

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

Uitgave

© Verenso, 2017

Ontwerp

Het Lab ontwerp + advies, Arnhem

Inhoud

1	Horizontale en verticale substitutie	4
1.1	Inleiding	4
1.2	Horizontale substitutie	4
1.3	Verticale substitutie	4
2	Algemene informatie en uitsplitsing	5
2.1	Inleiding	5
2.2	Basisarts	5
2.3	Verpleegkundig specialist (VS)	6
2.4	Verantwoordelijkheid	6
3	Verantwoordelijkheid specialist ouderengeneeskunde	7
3.1	Rol specialist ouderengeneeskunde die supervisie geeft aan verpleegkundig specialist of basisarts	7
3.2	Kwaliteit van zorg en de rol van de verpleegkundig specialist hierbij	7
3.3	Duidelijkheid scheppen binnen de organisatie	8
4	Aanbevelingen	9
4.1	Respect en openheid	9
4.2	Belastbaarheid bij verandering van werkinhoud	9
4.3	Evalueren praktijkvoering	9
4.4	Borgen rol verpleegkundig specialist	10
	Literatuur	11
	Definities	12
	Substitutie	
	Horizontale substitutie	
	Verticale substitutie	
	Taakherschikking	
	Verpleegkundig specialist	
	Bijlages	13
	1. Aanbeveling ten aanzien van borgen van veiligheid	13
	2. Voorbeeld instructie / overeenkomst basisarts / verpleegkundig specialist	14
	3. Het evaluatiegesprek	21
	4. Casuïstiek bespreken / de methode	23

Horizontale en verticale substitutie

1.1 Inleiding

In toenemende mate is er sprake van taakherschikking. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft in 2014 in samenwerking met alle veldpartijen waaronder V&VN en Verenso een handreiking taakherschikking uitgebracht. Deze herziene handreiking Taakherschikking, uitgebracht door Verenso in 2017, moet gezien worden als een aanvullend ondersteunend document op de handreiking taakherschikking uitgebracht door de KNMG. Deze handreiking is een specifiek hulpmiddel voor specialisten ouderengeneeskunde bij het vormgeven van veilige medische zorg als er gekozen wordt voor taakherschikking met name door de inzet van verpleegkundig specialisten en basisartsen.

Verschillende soorten substitutie

1.2 Horizontale substitutie

De taakherschikking tussen verschillende soorten artsen noemen we horizontale substitutie. Het werk en de kennis van de specialist ouderengeneeskunde heeft raakvlakken en overlap met de revalidatiearts, de klinisch geriater en de huisarts. In een gezamenlijk standpunt onderschrijven deze partijen de intensivering van de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Deze visie is bekrachtigd in een convenant tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en Verenso. Dit convenant is uitgewerkt in de handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde van november 2016.

1.3 Verticale substitutie

Verticale substitutie betreft het structureel verschuiven van taken van specialisten ouderengeneeskunde naar andere professionals (niet zijnde artsen met een vervolgopleiding). Het gaat hier om verpleegkundig specialisten, basisartsen etc. die specifieke medische taken uitvoeren. Verticale substitutie dient plaats te vinden onder heldere supervisie waarbij de specialist ouderengeneeskunde de bekwaamheid van de professional toetst en beoordeelt. Dit doet de specialist ouderengeneeskunde door mee te kijken in de praktijk, het toetsen van de kennis en het opstellen van werkprotocollen die in de praktijk gehanteerd worden.

Algemene informatie en uitsplitsing

2.1 Inleiding

Een geldig artsdiploma¹ geeft de arts de bevoegdheid tot het 'uitoefenen van de geneeskunst in volle omvang'. In het kader van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) is de arts uitsluitend bevoegd tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen, voor zover hij² redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk kunnen verrichten van de voorbehouden handeling.

2.2 Basisarts

Na afronding van een studie geneeskunde³ en na het behalen van alle eisen kan men zich in het BIG-register laten registreren als basisarts. Een basisarts werkt in de patiëntenzorg onder supervisie van een arts met een erkende vervolgopleiding (bijvoorbeeld een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, bedrijfsarts of medisch specialist). Andere opties zijn het werken als arts-onderzoeker of in het bedrijfsleven.

Veel basisartsen willen een vervolgopleiding doen. De in Nederland wettelijk erkende vervolgoopleidingen vallen uiteen in de volgende hoofdgroepen:

1. Medisch specialist
2. Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten
3. Sociaal geneeskundige.

1 *Hier wordt bedoeld: geneeskunde afgerond in een door Nederland erkende universiteit/ faculteit voor geneeskunde.*

2 *Waar hij staat kan tevens zij gelezen worden.*

3 *Hier wordt bedoeld: geneeskunde afgerond in een door Nederland erkende universiteit voor geneeskunde.*

2.3 Verpleegkundig specialist (VS)⁴

Een afgestudeerde HBO verpleegkundige kan zich verder ontwikkelen door het volgen van vervolgopleidingen. Dit kan onder meer door het volgen van de opleiding verpleegkundig specialist. Het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) heeft vijf profielen voor verpleegkundig specialismen aangewezen waarbinnen men geregistreerd kan worden en kan werken:

1. Preventieve zorg
2. Acute zorg
3. Intensieve zorg
4. Chronische zorg
5. Geestelijke Gezondheidszorg

2.4 Verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheid van de basisarts

Een basisarts werkt in de patiëntenzorg onder supervisie van een geneeskundig specialist (arts met erkende vervolgopleiding). De mate van zelfstandig handelen en de mate van toezicht en begeleiding is afhankelijk van de ervaring en de werkvelden waarin de basisarts werkzaam is geweest en de beoordeling die zijn begeleider daaraan heeft gegeven. De basisarts is aansprakelijk voor het eigen medisch handelen en heeft zijn eigen verantwoordelijkheid als arts. De specialist ouderengeneeskunde blijft (eind)verantwoordelijk voor het medische behandelplan van de patiënt en het behaalde resultaat.

De verantwoordelijkheid van de verpleegkundig specialist

De mate van zelfstandigheid is vastgelegd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG). De verpleegkundig specialist is verantwoordelijk voor professionele uitvoering van de voorbehouden handelingen zoals omschreven in de Wet BIG.

De verantwoordelijkheid van de supervisor

De verpleegkundig specialist werkt onder supervisie van een geneeskundig specialist (arts met erkende vervolgopleiding) in de patiëntenzorg functioneel zelfstandig. De verpleegkundig specialist kan op onderdelen bekwaam gemaakt worden door de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde vergewist zich van de bekwaamheid door middel van meekijken en toetsen. De specialist ouderengeneeskunde stelt behandelprotocollen op en maakt werkafspraken over de mate van zelfstandige bevoegdheid van de verpleegkundig specialist. De specialist ouderengeneeskunde blijft (eind)verantwoordelijk voor het medische behandelplan van de patiënt en het behaalde resultaat.

⁴ In het werkveld komen tevens Physician Assistants voor, deze hebben een eigen opleiding gevolgd.

Verantwoordelijkheid specialist ouderengeneeskunde

3.1 Rol specialist ouderengeneeskunde die supervisie geeft aan verpleegkundig specialist of basisarts

De vakgroep van specialisten ouderengeneeskunde moet in het geval van taakherschikking de volgende zaken organiseren:

- Vaststellen welke patiënten/doelgroepen in aanmerking komen voor taakherschikking
- Vaststellen welke taken verantwoord in aanmerking komen voor taakherschikking
- Hoe de bekwaamheid bij de verpleegkundig specialist en basisarts bereikt kan worden
- Hoe de bekwaamheid bij de verpleegkundig specialist en basisarts getoetst kan worden
- Richtlijnen en protocollen vertalen naar lokaal passend beleid
- Werkafspraken maken en deze vastleggen
- Afspraken maken over coaching, begeleiding, supervisie, casuïstiek bespreking, patiëntenbespreking en deze vastleggen
- Tijd inplannen om deze activiteiten vorm te kunnen geven.

Overwegingen

(Be)handelingen moeten minimaal in een bepaalde frequentie voorkomen en moeten geschikt zijn om te vatten in een (be)handelprotocol. Om de veiligheid te waarborgen kan men per (zorg/behandel)organisatie vaststellen welke (be-)handelingen voldoende voorkomen in het zorggebied om ze te protocolleren. Geprotocolleerde (be)handelingen kunnen gedelegeerd worden, waarmee een (zorg/behandel)organisatie de grenzen van delegatie aangeeft binnen een specifieke werkomgeving. De uitkomsten van de afspraken dienen helder vastgelegd te worden. Dat betekent dat op lokaal niveau de vakgroep en de verpleegkundig specialisten de, voor die situatie geldende protocollen, dienen vast te stellen.

De (deel)behandelprotocollen dienen in overeenstemming te zijn met de richtlijnen die uitgegeven zijn door Verenso. Die richtlijnen zijn richtinggevend voor het handelen van de specialist ouderengeneeskunde en ondersteunen diens besluitvorming. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de tuchtcolleges hanteren de beroepsinhoudelijke richtlijnen als toetsingskader.

3.2 Kwaliteit van zorg en de rol van de verpleegkundig specialist

De verpleegkundig specialist kan een enorme meerwaarde hebben voor het verzorgend en verplegend personeel (team) gezien hun coachende/begeleidende vaardigheden op het verpleegkundige gebied. Dit is een zeer belangrijke taak, zeker in een tijd dat de opgenomen patiënten hoog complexe problematiek hebben en het zorgteam hier vaak nog niet goed op kan inspelen. Door de verpleegkundig specialist de verantwoordelijkheid te geven voor het coachen en begeleiden van zorgteams wordt de kwaliteit van zorg in de directe dagelijkse verzorgende en verpleegkundige zorg voor de patiënten met complexe problemen verbeterd. Door op de werkvloer de deskundigheid op het gebied van observeren en signaleren en verpleegkundige behandelingen te verhogen is er kwaliteitswinst te behalen. Als men deze taak aan de verpleegkundig specialist toekent komt er tijd vrij voor de specialist ouderengeneeskunde. Deze vrijgekomen tijd kan besteed worden aan directe medische patiëntenzorg.

3.3. Duidelijkheid scheppen binnen de organisatie

De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor het medisch beleid van de toegekende patiënten. Door medisch leiderschap te tonen en te gebruiken geeft hij of zij de medische zorg veilig en kwalitatief goed vorm. Verenso adviseert haar leden binnen de zorg-/behandelorganisatie het volgende te doen:

1. Ga na en schrijf op in hoeverre en welke patiëntengroep in aanmerking komt voor taakherschikking en welke niet.
2. Welke onderdelen van de medische zorg in aanmerking komen voor taakherschikking bij de doelgroep waarvan u als vakgroep hebt vastgesteld dat taakherschikking een meerwaarde is.
3. Stem de visie van de vakgroep af met het management van de instelling.
4. Maak werkafspraken, hoe de zorg te leveren en op welk moment.
5. Stel werkprotocollen op.
6. Ontwikkel een (passend) formularium dat gebruikt kan worden door de verpleegkundig specialisten.
7. Maak heldere coaching- en supervisieafspraken.
8. Organiseer regelmatig casuïstiek- en patiëntbesprekingen.
9. Maak voldoende tijd vrij voor de coaching, supervisie en voortgangsgesprekken.
10. Leg uitkomsten van coaching, supervisie en voortgangsgesprekken schriftelijk vast.
11. Zorg dat de verpleegkundig specialisten voldoende bijscholingsruimte en middelen krijgen van de organisatie.
12. Borg dat de patiënt en mantelzorgers u kennen als behandelend arts (regie/hoofdbehandelaar).
13. Borg de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde voor de patiënt en verpleegkundig specialist 7/24.

Aanbevelingen

4.1 Respect en openheid

De autonomie van de patiënt dient gerespecteerd te worden. Aan de patiënt moet duidelijk uitgelegd worden wat de verpleegkundig specialist voor hem kan doen gedurende zijn behandeling. Als de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger vraagt om contact met de behandelend arts, komt de specialist ouderengeneeskunde (eventueel samen met de verpleegkundig specialist) bij de patiënt.

4.2 Belastbaarheid bij verandering van werkinhoud

Een getal noemen over de verhouding specialisten ouderengeneeskunde/verpleegkundig specialisten/basisartsen lijkt niet zinvol. Het gaat er om hoeveel supervisie nodig is.

Voor een arts in opleiding tot specialist (aios) is dat verplicht 7,2 uur per week voor de opleider. Voor een nieuwe/onervaren verpleegkundig specialist/basisarts zou je een vergelijkbaar aantal uren kunnen kiezen.

Voor een meer ervaren verpleegkundig specialist/basisarts is het afhankelijk van competenties en bevoegdheden en afspraken over wat gedelegeerd zelfstandig en wat na overleg gedaan kan worden.

In de praktijk is ook bepalend of de specialist ouderengeneeskunde/gesuperviseerde samen structureel alle patiënten doorlopen via het EPD of via visites (om complexiteit te bepalen) naast de ad hoc tijd voor supervisie op aanvraag.

De indruk die we opgehaald hebben uit het veld is dat specialisten ouderengeneeskunde snel in de problemen raken als ze meer dan één persoon superviseren omdat zij naast hun arts zijn ook altijd 'extra' activiteiten verrichten zoals deelnemen aan commissies, coachen van zorgteams etc. Voor ervaren specialisten ouderengeneeskunde lijkt 1-2 gesuperviseerden werkbaar.

Bij vier gesuperviseerden op één specialist ouderengeneeskunde blijkt uit praktijk dat het ernstige problemen kan opleveren.

4.3 Evalueren praktijkvoering

De gekozen praktijkvoering kan worden aangepast aan de uitkomsten van evaluaties. Hierdoor ontstaat een steeds beter zorgproces. De Deming methodiek (PDCA cyclus)⁵ is hierbij uitermate geschikt:

- Plan: formuleer doelstellingen en plan maatregelen.
- Do: voer verbetermaatregelen uit.
- Check: evalueer of de maatregelen bijdragen aan het bereiken van de doelstellingen.
- Act: analyseer en corrigeer eventuele afwijkingen en verbeter hiermee het plan.

Ga cyclisch te werk en herhaal voortdurend de vier stappen: Plan-Do-Check-Act.

5 W. Edwards Deming (1900-1993) is een van de pioniers binnen het vakgebied van kwaliteitscontrole en kwaliteitsmanagement. Samen met de naar de Verenigde staten geëmigreerde Roemeen Joseph Juran (1904) legde hij in het na-oorlogse Japan de basis voor het huidige kwaliteitsdenken en het zogenaamde 'Total Quality Management' (TQM).

4.4 Borgen rol verpleegkundig specialist

Het borgen van de plaats en rol binnen de organisatie van de verpleegkundig specialist is cruciaal voor succesvolle taakherschikking. Dit gaat altijd over het afbakenen van verantwoordelijkheden en het bepalen van de plaats binnen de organisatie.

1. De specialist ouderengeneeskunde is behandelaar van de patiënt en regievoerend (op het medisch beleid van de patiënt) behandelaar.⁶ De verpleegkundig specialist kan zelfstandig patiënten behandelen conform de Wet BIG onder genoemde voorwaarden zoals opgesteld door Verenso.
2. De tweede zeer belangrijke rol van de verpleegkundig specialist is het begeleiden en coaching van de zorgteams. Dit kan de verpleegkundig specialist doen door in het team gepositioneerd te worden maar kan ook door het invliegen in teams om zodra dit nodig is begeleiding en coaching te geven. Gezien de steeds hogere complexe problematiek van patiënten die opgenomen worden is dit een niet te onderschatten rol van de verpleegkundig specialist. Een rol die voorheen door de specialist ouderengeneeskunde werd vervuld maar waar nu goed opgeleide professionals voor zijn.

⁶ De richtlijnen en handreikingen van de beroepsvereniging zijn richtinggevend voor het handelen van de specialist ouderengeneeskunde, ondersteunt diens besluitvorming en dienen als de onderligger voor behandelprotocollen. De inspectie voor de gezondheidszorg en de tuchtcolleges hanteren de beroepsinhoudelijke richtlijnen als toetsingskader.

Literatuur

1. Besluit functionele zelfstandigheid (AMvB), zie website VWS.
2. Dorscheidt JHHM en Die AC de. De toekomst van de Wet BIG. Preadvies 2008
3. KNMG 2010 Utrecht. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen.
4. KNMG consult. Arts en Wet BIG.
5. Kwaliteitswet Zorginstellingen. zie website wetten overheid
6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Onder Voorbehoud (De Wet BIG). 1996
7. Modelinstructie basisarts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist, werkzaam in het ziekenhuis, LAD, KNMG, NVZ, LHV, LVAG, Orde van Medisch specialisten Utrecht 2006.
8. Ontleend aan Capaciteitsorgaan / SO/11-027
9. Wauters H, Vakgroep Ouderengeneeskunde Verpleegkundig Specialisten binnen Cicero Zorggroep 10-10-10
10. W. Edwards Deming (1900-1993) is een van de pioniers binnen het vakgebied van kwaliteitscontrole en kwaliteitsmanagement. Samen met de naar Amerika geëmigreerde Roemeen Joseph Juran (1904) legde hij in het na-oorlogse Japan de basis voor het huidige kwaliteitsdenken en het zogenaamde 'Total Quality Management' (TQM).
11. Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg).
Zie website wetten overheid

Definities⁷

Substitutie = overkoepelende term voor het geheel of gedeeltelijk vervangen van bestaand zorgaanbod door andersoortige zorg om te komen tot zorg op maat afgestemd op de hulpvrager en mogelijk kostenbesparend; binnen de behoefte-raming wordt onderscheid gemaakt in verticale en horizontale substitutie.

Horizontale substitutie definitie van Capaciteitsorgaan = een van de niet-demografische vraagparameters in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan⁷ waarmee doorgerekend wordt met hoeveel procent de behoefte aan een bepaalde beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen, als gevolg van verschuiving van werk tussen twee vergelijkbaar hoog opgeleide beroepsgroepen. Voorbeelden zijn verschuivingen van de eerste naar de tweede lijn of binnen de tweede lijn van een moeder- naar deelspecialisme of van snijdend naar beschouwend specialisme.

Verticale substitutie definitie van Capaciteitsorgaan = een van de niet-demografische vraagparameters in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan waarmee doorberekend wordt met hoeveel procent de behoefte aan een bepaalde beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen, als gevolg van verschuiving van taken naar lager opgeleide beroepsgroepen. Voorbeelden zijn verschuivingen van taken van artsen naar verpleegkundig specialisten, Physician Assistants, gespecialiseerde verpleegkundigen geriatrie.

Taakherschikking = verticale substitutie.

Verpleegkundig specialist = ervaren verpleegkundige met een erkende specifieke masteropleiding tot verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist heeft ervaring op het niveau van een expert, die individueel en zelfstandig patiënten kan begeleiden en behandelen en zich naar de zorgverlening toe ook bezighoudt met bijvoorbeeld beleidsontwikkeling, verspreiding van kennis en innovaties en het opzetten van praktijkgericht onderzoek, dit conform de Wet BIG.

⁷ Ontleend aan *Capaciteitsorgaan / specialist ouderengeneeskunde/11-027*

Aanbeveling ten aanzien van borgen van veiligheid

Vertrouwen is te ontwerpen. Controle als geaccepteerd meetinstrument is de basis van 'goede' medische zorg bij taakherschikking.

Overleg tussen de supervisor en de verpleegkundig specialist vindt plaats wanneer de verpleegkundig specialist onzeker is over het eigen medisch handelen bij:

- ▶▶ Ernstige complicaties;
- ▶▶ Het in consult roepen van specialisten die nog niet eerder bij de behandeling betrokken waren;
- ▶▶ Ziekenhuisopname;
- ▶▶ Overplaatsing intern/extern;
- ▶▶ Heropnames uit ziekenhuis en spoedopnames;
- ▶▶ Medische beslissingen rondom het levenseinde (keuze palliatief of symptomatisch beleid);
- ▶▶ Palliatieve sedatie (indien nog niet besproken in eerdere fase);
- ▶▶ Ontslag beslissingen;
- ▶▶ Afwijken van bestaande protocollen en afgesproken medisch beleid;
- ▶▶ Elke (dreigende) verstoorde relatie met een patiënt, familie, hulpverlener of medewerker;
- ▶▶ Acut overlijden (onverwacht) en verdenking niet natuurlijke dood.

De verpleegkundig specialist dient 24/7 een beroep te kunnen doen op een specialist ouderengeneeskunde. Als de specialist ouderengeneeskunde achterwacht heeft dient deze binnen 30 minuten aanwezig te zijn ter ondersteuning van de verpleegkundig specialist.

Voorbeeld instructie⁸/ overeenkomst basisarts/ verpleegkundig specialist

Voorwoord

Voor u ligt de instructie basisarts/verpleegkundig specialist werkzaam in verpleeghuizen. Deze instructie is tevens bedoeld voor de verpleegkundig specialist. Het doel van deze instructie is: invulling geven aan de op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) gestelde eisen;

‘De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.’

Een van die randvoorwaarden is een instructie voor basisarts/verpleegkundig specialist werkzaam in een verpleeghuis/ziekenhuis. In deze instructie staan de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de basisarts/verpleegkundig specialist omschreven.

Overwegingen

Overwegende, dat:

- De basisarts/verpleegkundig specialist (conform de AmvB) bevoegd is tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst en als zodanig een eigen medische verantwoordelijkheid heeft.
- De basisarts/verpleegkundig specialist die op grond van een arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling werkzaam is, verplicht is de overeengekomen werkzaamheden naar beste vermogen te verrichten en zich daarbij te gedragen naar de door of vanwege de raad van bestuur/directie gegeven aanwijzingen.
- Aanwijzingen met betrekking tot werkzaamheden in het kader van de zorgverlening worden door de supervisor en overige specialisten ouderengeneeskunde, die een overeenkomst hebben met de zorginstelling, gegeven.
- De verantwoordelijkheid tot supervisie bij de zorgverlening wordt niet uitsluitend gedragen door de superviserende specialist ouderengeneeskunde, maar door alle specialisten ouderengeneeskunde werkzaam in het verpleeghuis.
- Het uit het oogpunt van duidelijkheid voor zowel basisarts/verpleegkundig specialist, specialist ouderengeneeskunde, patiënt als zorginstelling, is het gewenst te beschikken over een instructie, waarin de bevoegdheden en de verantwoordelijkheden van de basisarts/verpleegkundig specialist zijn omschreven.
- De instructie onverbreekelijk verbonden is met de arbeidsovereenkomst basisarts/verpleegkundig specialist.

⁸ Deze instructie is gebaseerd op de Modelinstructie basisarts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist, werkzaam in het ziekenhuis, LAD, KNMG, NVZ, LHV, NVAG, orde van Medisch specialisten Utrecht 2006

Begripsbepalingen

In deze instructie wordt verstaan onder:

- a *Basisarts/verpleegkundig specialist:*
De basisarts/verpleegkundig specialist die werkt onder functionele verantwoordelijkheid van de superviserende specialist ouderengeneeskunde.
- b *Superviserend specialist ouderengeneeskunde:*
Degene die op basis van binnen de zorginstelling gemaakte afspraken in voorkomende gevallen moet worden aangemerkt als functioneel leidinggevende/opdrachtgever van de basisarts/verpleegkundig specialist.

Dit kan zijn: degene die de medische verantwoordelijkheid draagt voor de zorgverlening aan de patiënt in kwestie (veelal de behandelend specialist ouderengeneeskunde).

1 Algemene bepalingen

- 1.1 De basisarts/verpleegkundig specialist is verplicht, onverlet zijn eigen medische verantwoordelijkheid, de hem opgedragen werkzaamheden in het kader van de zorgverlening naar beste vermogen te verrichten, met inachtneming van:
 - Geldend recht;
 - Door of vanwege de raad van bestuur/directie vastgestelde regelingen;
 - Vigerende medische protocollen/richtlijnen;
 - De eventueel bij de opdracht gegeven aanwijzingen.
- 1.2 De basisarts/verpleegkundig specialist ontvangt bij zijn indiensttreding:
 - Een taak-/functieomschrijving;
 - Een verwijzing naar de protocollen/richtlijnen van de ouderengeneeskunde met comorbiditeit en polyfarmacie en chronisch zieken met dezelfde kenmerken;
 - (Een verwijzing naar) de in de zorginstelling geldende regelingen die relevant zijn voor zijn functioneren en waaraan hij wordt geacht zich te conformeren;
 - Een binnen het betreffende medisch specialisme geldende roostersystematiek, aan de hand waarvan de basisarts/verpleegkundig specialist wordt ingedeeld op de diverse afdelingen;
 - Een overzicht van de voor de betrokken basisarts/verpleegkundig specialist verplichte gezamenlijke besprekingen met specialist ouderengeneeskunde en/of andere medewerkers, die bij de zorgverlening zijn betrokken.
- 1.3 De superviserend arts bepaalt periodiek, na overleg met de basisarts/verpleegkundig specialist, aan de hand van:
 1. Het stadium van de ervaring van de betrokken basisarts/verpleegkundig specialist;
 2. De concrete bekwaamheid van de basisarts/verpleegkundig specialist; tot welke handelingen de basisarts/verpleegkundig specialist zelfstandig in staat mag worden geacht en welke handelingen onder leiding (van een superviserend specialist ouderengeneeskunde) moeten worden verricht.
 3. De mate van bekwaamheid hangt samen met werkervaring in het werkgebied, opleiding etc. De superviserend specialist ouderengeneeskunde legt dit overeenkomstig de binnen de zorginstelling gebruikelijke wijze schriftelijk vast. Waar van toepassing in het kader van de supervisie, draagt de superviserend specialist ouderengeneeskunde er zorg voor dat hij op de hoogte blijft van de vorderingen van de basisarts/verpleegkundig specialist.

- 1.4 De basisarts/verpleegkundig specialist is verplicht bij twijfel over zijn eigen bekwaamheid te overleggen met de superviserend specialist ouderengeneeskunde.
- 1.5 Voor overleg door de basisarts/verpleegkundig specialist is te allen tijde een superviserend specialist ouderengeneeskunde of collega specialist ouderengeneeskunde bereikbaar. Indien de basisarts/verpleegkundig specialist van oordeel is dat de superviserend specialist ouderengeneeskunde naar de zorginstelling dient te komen, zal hij dit expliciet verzoeken aan de superviserend specialist ouderengeneeskunde.
- 1.6 De basisarts/verpleegkundig specialist overlegt met de behandelend specialist ouderengeneeskunde wie welke informatie aan de patiënt verstrekt.
- 1.7 De basisarts/verpleegkundig specialist heeft het recht op grond van ernstige gewetensbezwaren te weigeren een bepaalde handeling te verrichten. De superviserend specialist ouderengeneeskunde beslist vervolgens over de verdere behandeling van de patiënt. Bij indiensttreding meldt de basisarts/verpleegkundig specialist eventuele gewetens- bezwaren, zodat daarmee rekening gehouden kan worden.
- 1.8 De basisarts/verpleegkundig specialist dient – onverlet de regeling binnen de zorginstelling – onverwijld de superviserend specialist ouderengeneeskunde op de hoogte te brengen van iedere gebeurtenis – al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen of nalaten – bij onderzoek, behandeling, verpleging of verzorging van de patiënt(en), welke tot een schadelijk gevolg voor de patiënt(en) heeft geleid, dan wel naar algemene ervaringsregels had zullen leiden, indien dit niet voorkomen was door een toevallige gebeurtenis of door een tevoren niet gepland ingrijpen.

De superviserend specialist ouderengeneeskunde ziet toe op melding bij de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP)/de commissie voor Fouten, Ongevallen en Near Accidents (FONA)/de commissie voor (melding van) Fouten, Ongevallen en Bijna-Ongevallen (FOBO) in de medische zorg, conform de in de zorginstelling vigerende regeling.

2 Werkverdeling

- 2.1 De superviserend specialist ouderengeneeskunde en/of de daarvoor binnen de zorginstelling verantwoordelijke(n) draagt (dragen) zorg voor een rooster voor de basisarts/verpleegkundig specialist, dat tijdig onder hen dient te worden verspreid en aan de hand waarvan de werkzaamheden in het kader van de zorgverlening op de verschillende afdelingen worden verdeeld onder en opgedragen aan de basisarts/verpleegkundig specialist.
- 2.2 Het rooster dient te voldoen aan de Arbeidstijdenwet en het Arbeidstijdenbesluit en de toepasselijke rechtspositieregeling(en).
- 2.3 De basisarts/verpleegkundig specialist woont diverse soorten (patiënten)besprekingen bij, die naar het oordeel van de superviserende specialist ouderengeneeskunde van belang zijn voor de functie.
- 2.4 De basisarts/verpleegkundig specialist neemt tenminste deel aan patiënten besprekingen, klinische conferenties en refereerbijeenkomsten in het verpleeghuis en in overleg met de superviserende specialist ouderengeneeskunde aan bij-/ nascholingen.

3 Opdrachten

- 3.1 De superviserend specialist ouderengeneeskunde geeft de basisarts/verpleegkundig specialist alleen die opdrachten waarvan hij redelijkerwijs mag aannemen dat de basisarts/verpleegkundig specialist beschikt over de bekwaamheid die is vereist voor het behoorlijk uitvoeren van die opdrachten.
- 3.2 De basisarts/verpleegkundig specialist aanvaardt alleen opdrachten indien hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die is vereist voor het behoorlijk uitvoeren van die opdrachten.
- 3.3 Indien de basisarts/verpleegkundig specialist aangeeft dat bepaalde opdrachten zijn bekwaamheid te boven gaan, zal de superviserende specialist ouderengeneeskunde voor de noodzakelijke begeleiding zorgdragen dan wel de opdrachten zelf uit (laten)voeren.
- 3.4 De superviserende specialist ouderengeneeskunde draagt er zorg voor dat hij contact houdt en op de hoogte blijft van de toestand van de door de basisarts/verpleegkundig specialist behandelde patiënten.
- 3.5 De basisarts/verpleegkundig specialist kan opdrachten geven aan verpleegkundigen, volgens bestaand raad van bestuur/directie, medisch specialisten en/of verpleegkundige leiding vastgesteld beleid.

4 Medische handelingen

- 4.1 De basisarts/verpleegkundig specialist is gerechtigd alle medische handelingen te verrichten die noodzakelijk zijn in het kader van de zorgverlening, voor zover hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij over de daartoe benodigde bekwaamheid beschikt. In geval van twijfel en/of indien de toestand van de patiënt daartoe aanleiding geeft, is hij verplicht met de superviserend specialist ouderengeneeskunde overleg te voeren. De basisarts/verpleegkundig specialist pleegt in ieder geval overleg met de superviserend specialist ouderengeneeskunde over (dreigende) complicaties, abnormaal verloop van het genezingsproces en bijzondere uitslagen.
- 4.2 Voor het verrichten van een aantal medische handelingen kan het gewenst zijn dat de basisarts/verpleegkundig specialist deze uitsluitend uitvoert onder toezien van de superviserend specialist ouderengeneeskunde.
- 4.3 De basisarts/verpleegkundig specialist treedt in beginsel zelfstandig op in het kader van de zorgverlening aan de patiënten met inachtneming van de vigerende protocollen/richtlijnen ter zake. De basisarts/verpleegkundig specialist voert overleg met de superviserend specialist ouderengeneeskunde in geval van twijfel en meer in het bijzonder indien de toestand van de patiënt daartoe aanleiding geeft.
- 4.4 De basisarts/verpleegkundig specialist doet aan de superviserend specialist ouderengeneeskunde melding van overleden patiënten.
- 4.5 De basisarts/verpleegkundig specialist neemt slechts beslissingen tot opname, overplaatsing of ontslag van een patiënt na verkregen toestemming van de superviserend specialist ouderengeneeskunde, tenzij de gezondheidstoestand van de patiënt overleg niet toelaat.
- 4.6 Overlegt voor doorverwijzing naar een medisch specialist met de superviserend specialist ouderengeneeskunde, behalve indien de vigerende protocollen/richtlijnen hierin op andere wijze voorzien.
- 4.7 Het aanvragen en verrichten van een intercollegiaal consult wordt gedaan door een specialist ouderengeneeskunde dan wel door de basisarts/verpleegkundig specialist in opdracht van een specialist ouderengeneeskunde.

5 Spoedeisende hulp

- 5.1 De basisarts/verpleegkundig specialist pleegt zo spoedig mogelijk overleg met de superviserend specialist ouderengeneeskunde over alle meervoudig getraumatiseerde patiënten.
- 5.2 De basisarts /verpleegkundig specialist meldt terstond bij de superviserend specialist ouderengeneeskunde de (telefonische) mededeling omtrent de komst van een patiënt die mogelijk in een levensbedreigende situatie verkeert.

Avond-nachtdienst

De basisarts en de verpleegkundig specialisten kunnen naar rato van het aantal specialisten ouderengeneeskunde en basisartsen en verpleegkundig specialisten (in dienstverband) deelnemen aan de waarneming van het verpleeghuis. De basisarts en de verpleegkundig specialist kunnen gedurende de dienst altijd terugvallen op een geregistreerd specialist ouderengeneeskunde als achterwacht. Deze is direct telefonisch te bereiken en kan indien nodig binnen 30 minuten, na telefonisch overleg, ter plaatse zijn. De basisarts en de verpleegkundig specialist worden bij de aanvang van avond-, nacht-, weekenddiensten (ANW-diensten) geacht in staat te zijn tot het diagnosticeren van spoedeisende situaties, zoals bijvoorbeeld een astma cardiale, een ernstige exacerbatie COPD of een hart-/ademstilstand. De basisarts en de verpleegkundig specialist kunnen na overleg, en bij medische spoedsituatie eventueel zonder overleg met de specialist ouderengeneeskunde, besluiten een beroep te doen op de Centrale post ambulance vervoer. Uiteraard mag de basisarts en de verpleegkundig specialist spoedeisende handelingen, zonder overleg, verrichten wanneer dit noodzakelijk is. De aanrijtijd die gehanteerd wordt bij oproepen in de ANW-dienst is vastgelegd in de werkafspraken ANW-dienst.

6 Verslaglegging/medisch dossier

Ouderengeneeskunde is multidisciplinaire zorg, zowel intra- als extramuraal. Een zorgvuldige overdracht, toegankelijkheid en beschikbaarheid van informatie zijn belangrijk. Aan de verslaglegging worden de volgende eisen gesteld:

1. Beschikbaarheid; voor een continue zorgverlening is een logisch opbergsysteem en discipline bij het opbergen vereist.
2. Leesbaarheid; een duidelijk handschrift of computer is voor zowel de specialist ouderengeneeskunde als de basisarts/verpleegkundig specialist of de waarnemer nodig om gebruik te kunnen maken van de gegevens.
3. Volledigheid en beknoptheid; de verslaglegging dient zo volledig mogelijk en beknopt te zijn omwille van het overzicht. Het gaat erom alle relevante gegevens op te nemen, zonder raadselachtige afkortingen te gebruiken.
4. Betrouwbaarheid; op grond van de genoteerde gegevens moet de essentie van de hulpverlening reproduceerbaar zijn. De verslaggeving dient in overeenstemming te zijn met de werkelijkheid en mag geen aanleiding geven tot twijfel over wat er wordt bedoeld.
5. Inzichtelijkheid; de gegevens die zijn vastgelegd dienen helder te zijn weergegeven en zodanig bij elkaar aan te sluiten dat een duidelijk inzicht in het gevolgde denkproces mogelijk is.
6. Het moet duidelijk zijn wie er in het medisch behandelplan en/of zorgleefplan gerapporteerd heeft.

Wettelijke eisen die worden gesteld aan het omgaan met patiëntgegevens zijn direct of indirect af te leiden van onder andere de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

Vorbereiding overleg en casuïstiek

De basisarts en/of verpleegkundig specialist draagt zorg voor het in kaart brengen van zijn patiënten voor het inhoudelijke patiëntenoverleg met zijn superviserend specialist ouderengeneeskunde. De vragen en zorgen rondom de patiëntengroep heeft hij op schrift gezet zodat adequaat de probleemstelling helder is. De basisarts en/of verpleegkundig specialist neemt deel aan de casuïstiekbesprekingen en/of zorgt voor een actieve inbreng en voorbereiding van zijn kant.

Gezamenlijke verantwoordelijkheid

De superviserend specialist ouderengeneeskunde en de basisarts en verpleegkundig specialist dragen er zorg voor dat geplande overleggen en evaluaties doorgang vinden. De superviserend specialist ouderengeneeskunde en de basisarts en de verpleegkundig specialist dragen er zorg voor dat de overleggen, evaluaties en rapportages tijdig op papier staan.

Conflictsituatie

Indien in de evaluaties tot uiting komt dat de ontwikkeling en het functioneren van de basisarts/verpleegkundig specialist onvoldoende zijn op het gebied van de ouderengeneeskunde of als er een meningsverschil bestaat over de voortgang dan draagt de superviserende specialist ouderengeneeskunde (na overleg met het hoofd vakgroep) de basisarts/verpleegkundig specialist over aan de manager. De superviserend specialist ouderengeneeskunde draagt de basisarts over met onderbouwde rapportage en aanbeveling voor de manager. De manager neemt vanaf dat moment de managersrol op zich.

De specialist ouderengeneeskunde blijft verantwoordelijk voor het medische beleid over de patiëntengroep waar de basisarts/verpleegkundig specialist zich mee bezighoudt gedurende dit traject.

Slotbepalingen

Indien de basisarts/verpleegkundig specialist van de Modelinstructie afwijkt dient, indien de omstandigheden dit toelaten, te allen tijde overleg plaats te vinden met de superviserend specialist ouderengeneeskunde.

In alle gevallen met betrekking tot de zorgverlening van een patiënt door een basisarts/verpleegkundig specialist waarin de Modelinstructie niet voorziet, beslist de superviserend specialist ouderengeneeskunde.

Ondertekening

Basisarts/verpleegkundig specialist

Superviserend specialist ouderengeneeskunde

Naam :

Naam:

Datum:

Datum:

Plaats:

Plaats:

Handtekening:

Handtekening:

Het evaluatiegesprek

Het evaluatiegesprek vindt plaats in de context van het kwaliteitssysteem van de medische beroepsgroep. Het doel is het bespreken en zo nodig verbeteren van de kwaliteit van het functioneren van de individuele arts. Het gesprek richt zich op de persoonlijke ontwikkeling en evaluatie van de basisarts/verpleegkundig specialist en op de kwaliteit van de door hem verleende zorg. Het gesprek beoogt te leiden tot 'a structured process of facilitated self reflection'. Dit impliceert dat de basisarts/verpleegkundig specialist bereid is feedback te krijgen en op basis daarvan zijn handelen te verbeteren.

Punten van bespreking

Het is van belang goed te omschrijven welke onderwerpen tijdens een evaluatiegesprek aan de orde komen. Hierdoor wordt voorkomen dat het gesprek (te) vrijblijvend wordt. In de visie van de KNMG⁹ dient het in elk geval om de volgende evaluatiepunten te gaan:

- *Zorgverlening* (functieomschrijving, aard en invulling van het werk, werklust, praktijkvoering);
- *Methodisch-technisch handelen* (deskundigheid, zorgvuldigheid, indicatiestelling, (klinische) uitkomsten);
- *Attitude* (bejegening van patiënten, informatiebereidheid, verantwoordingsbereidheid, omgaan met klachten e.d.);
- *Relatie met collega's* (niet alleen binnen een instelling, maar ook daarbuiten);
- *Persoonlijke ontwikkeling* (deelname aan (na)scholing, trainingen, congressen, activiteiten van wetenschappelijke verenigingen, publicaties e.d.);
- *Evaluatie* (veranderingen door de uitkomsten van eerdere gesprekken, eventuele verbeterpunten voor de komende periode).

Tevoren te verzamelen informatie

Van belang is zoveel mogelijk op basis van feitelijke en gedocumenteerde informatie over de hiervoor genoemde aandachtspunten te spreken. Daarbij kan het gaan om geregistreerde data over de (klinische) uitkomsten van het handelen van de basisarts/verpleegkundig specialist, over uitkomsten van tevredenheidonderzoek onder patiënten, over informatie die afkomstig is van collega's (binnen en buiten de eigen werksetting), over uitkomsten van klachten, etc.. Afgesproken moet worden welke informatie wordt gebruikt en hoe en door wie deze wordt verzameld. In dat kader kan worden afgesproken dat de gesprekspartner van de basisarts/verpleegkundig specialist voorafgaand aan het gesprek bepaalde informatie zelf verzamelt (bijvoorbeeld door met diens collega's te spreken).

Wie is de gesprekspartner van de basisarts/verpleegkundig specialist?

Uit de aard van het gesprek vloeit voort dat het gaat om een inhoudelijk deskundige, een specialist ouderengeneeskunde, die de begeleiding van de basisarts/verpleegkundig specialist op zich heeft genomen. Vertrouwen tussen de specialist ouderengeneeskunde en de basisarts/verpleegkundig specialist is noodzakelijk om te bereiken dat de specialist ouderengeneeskunde de basisarts/verpleegkundig specialist inzicht geeft in het eigen functioneren. Een goede gesprekstechniek verhoogt de effectiviteit van de gesprekken.

9 KNMG 'het functioneren van de individuele arts' is de basis van dit stuk.

De frequentie van de evaluatiegesprekken

Voor het evaluatiegesprek moet een efficiënt ritme ontstaan. Dit vergroot het commitment van alle partijen en bevordert de realisatie van de verbeterpunten die in het gesprek aan de orde komen. Dit vergt een regelmatige frequentie.

Een voorbeeldschema:

1 ^e jaar in dienst:	iedere drie maanden
2 ^e jaar en bij goed functioneren:	tweemaal per jaar
Na het 2 ^e jaar en bij goed functioneren:	eenmaal per jaar

Bij een te lage frequentie moet worden gevreesd voor de zinvolheid en effectiviteit van de gesprekken. Het zal dan immers moeilijk(er) zijn een duidelijke cyclus van 'gesprek-verbeterpunten-monitoring-volgend gesprek' etc. te realiseren.

Overige aspecten

Over verschillende andere aspecten zullen afspraken moeten worden gemaakt. Daartoe behoren antwoorden op vragen als:

- Is het nuttig aan het gesprek een schriftelijke zelfevaluatie door de belanghebbende vooraf te doen gaan?
- Welke gespreksinformatie mag door de specialist ouderengeneeskunde onder welke omstandigheden aan anderen worden verstrekt?
- Welke afspraken moeten worden gemaakt over de inbedding van de gesprekken en over situaties waarin verschillen van inzicht ontstaan tussen de specialist ouderengeneeskunde en de basisarts/verpleegkundig specialist?

Het geheel van deze (schriftelijk vast te leggen) afspraken moet ertoe leiden dat een zinvolle en efficiënte procedure ontstaat en dat vrijblijvendheid wordt voorkomen.

Casuïstiek bespreken / de methode¹⁰

Casuïstiek bespreken is een kwaliteitsbevorderend instrument dat gebruikt wordt binnen de gezondheidszorg. Het instrument is vooral gericht op het verbeteren van het methodisch handelen en het verdiepen van inhoudelijke kennis van individuele beroepsbeoefenaren. De methode is vooral geschikt voor gebruik in collegiale groepen.

Kern van de methode is dat de deelnemers op voet van gelijkheid het beroepsmatig handelen bij een bepaalde patiëntencategorie bespreken. Dit kunnen patiënten zijn met een zelfde diagnose, bijvoorbeeld CVA, of met een vergelijkbare problematiek, bijvoorbeeld kinderen van migranten. De bespreking vindt plaats aan de hand van casuïstiek die representatief is voor de betreffende patiëntencategorie.

Doelstelling

De doelstelling van casuïstiek bespreken is reflectie op het eigen handelen en leren van elkaar. Binnen deze doelstelling kunnen de accenten per bijeenkomst verschillen naar de volgende subdoelen:

1. Het uitwisselen van inzichten
2. Het benoemen van individuele leerpunten
3. Het vertalen van leerpunten naar verbeteringen in het handelen

Het bespreken van de casus bestaat uit de volgende stappen:

- Stap 1: inbrengen van de casus (5 -10 minuten)
- Stap 2: verhelderen van de casus (5 -10 minuten)
- Stap 3: individueel vaststellen aanpak (5 minuten)
- Stap 4: bespreken individuele aanpak in groep (30 minuten)
- Stap 5: conclusies (10 minuten)
- Stap 6: evaluatie (10 - 30 minuten)

Casuïstiek bespreken - stap voor stap

Stap 1 – Inbrengen van de casus (5 - 10 minuten)

De 'casusinbrenger' presenteert alle relevante gegevens tot aan de stap van de focus. De relevantie van de gegevens is afhankelijk van de doelstelling en focus. Als de focus het 'opstellen van behandelplannen' is, vraagt dit om gegevens die een helder beeld geven van het gezondheidsprobleem van de patiënt.

Presenteren van de bevindingen en uitkomsten van anamnese en onderzoek is dan voldoende. Het bespreken van 'voorlichting, adviezen en leefregels' bij een bepaalde patiëntengroep daarentegen vraagt om een schets van het hele fysiotherapeutisch handelen, waarbij de nadruk ligt op de momenten en wijzen waarop informatie en instructie worden gegeven. Op grond van de gekozen focus stelt de groep tijdens de voorbereiding vast welke gegevens worden gepresenteerd.

Aandachtspunten voor de 'casusinbrenger':

- De 'casusinbrenger' presenteert tot aan de stap van de focus en niet tot en met de focus. Zie het voorbeeld van het 'opstellen van behandelplannen': het behandelplan wordt nog niet gepresenteerd.
- De 'casusinbrenger' zorgt voor een overzicht van zijn gegevens op sheet of een A-4tje, zodat alle groepsleden de informatie steeds bij de hand hebben. In het voorgaande voorbeeld gaat het om de uitkomsten van anamnese en onderzoek.

¹⁰ Bron: CBO

Stap 2 – Verhelderen van de casus (5 - 10 minuten)

Nadat de casus is gepresenteerd krijgen de andere groepsleden de gelegenheid om vragen te stellen over onduidelijkheden en/of aanvullende informatie. De voorzitter bewaakt dat er alleen om verheldering wordt gevraagd en dat de groep nog niet met elkaar in discussie gaat en/of suggestieve vragen stelt. Discussiepunten kunnen in stap 4 of 5 aan de orde komen.

Aandachtspunt voor de voorzitter:

- Verhelderende vragen zijn wat-, hoe- en wanneer-vragen (open vragen).

Stap 3 – Individueel vaststellen aanpak (5 minuten)

Dit is een 'stille' stap waarbij de deelnemers voor zichzelf nagaan hoe zij in dit geval handelen. Op basis van de gepresenteerde gegevens en de eigen voorbereiding beschrijft ieder kort voor zichzelf wat de kernpunten van zijn aanpak zouden zijn bij deze patiënt. Dit wordt het uitgangspunt bij het vervolg van de bespreking.

Aandachtspunt voor de voorzitter:

- De voorzitter bewaakt de duur van deze stap. De duur hangt af van de hoeveelheid gegevens en het tempo in de groep. Het moet kort kunnen, omdat de deelnemers al vooraf aan de bijeenkomst hun eigen methodisch handelen bij de gekozen patiëntencategorie en de focus van de bespreking op een rijtje hebben gezet.

Stap 4 – Bespreken individuele aanpak in groep (30 minuten)

In deze stap wisselt de groep ideeën over de aanpak uit. Het groepsgesprek kan verschillend vormgegeven worden. Twee veelgebruikte werkwijzen zijn:

1. Eén groepslid (niet de inbrenger) vertelt zijn aanpak. Daarna krijgen de overige leden van de groep de gelegenheid hierover verhelderende vragen te stellen. Er vindt nog geen discussie plaats. Vervolgens vullen de overige groepsleden hun aanpak aan voor zover deze nog niet ter sprake is gekomen. Als alle informatie op tafel is, bespreekt de groep de overeenkomsten en de verschillen in de diverse handelwijzen met de mogelijkheid tot discussie en/of dialoog. Ter afronding van deze stap worden de voornaamste aandachtspunten van de discussie benoemd.
2. De voorzitter houdt een inventarisatieronde waarbij de groepsleden om de beurt één of twee aspecten van de eigen werkwijze aangeven. De deelnemers vullen elkaar daarbij steeds aan. De inventarisatie gaat door totdat er geen aanvullingen meer zijn. Daarna wordt dezelfde procedure gevolgd als bij de eerste werkwijze: verhelderen, overeenkomsten en verschillen inventariseren, discussie en/of dialoog, aandachtspunten benoemen.

Aandachtspunt voor de voorzitter:

- Doel van de casuïstiekbespreking is dat de deelnemers reflecteren op het eigen handelen. Streef derhalve niet in eerste instantie naar consensus, maar zorg dat overeenkomsten en verschillen duidelijk worden, evenals de argumenten voor een bepaalde handelwijze.
- Soms bestaat de bespreking uit meerdere besprekrondes die logisch op elkaar volgen; bijvoorbeeld eerst 'anamnese' en dan 'onderzoek'. De focus bepaalt waar de presentatie stopt. De voorzitter kan de 'casusinbrenger' vragen tussentijds de nodige aanvullende gegevens te presenteren, in dit voorbeeld de uitkomsten van de anamnese.

Stap 5 – Conclusies (10 minuten)

In deze ronde vat de voorzitter de aandachtspunten uit stap 4 samen. De groep formuleert de conclusies over de essentiële kenmerken van de zorg bij de betreffende patiëntencategorie. De groep kan deze ronde ook benutten om een aantal aandachtspunten verder te concretiseren.

Stap 6 – Evaluatie (10 - 30 minuten)

In deze laatste stap evalueert de groep de bijeenkomst. Iedere deelnemer geeft aan wat hij heeft gewaardeerd en wat een volgende keer anders en/of beter kan. Het is ook belangrijk dat de groepsleden aangeven wat de casuïstiekbespreking hen heeft opgeleverd. Aansluitend kunnen zij voor zichzelf of in de groep benoemen wat dit betekent voor de toepassing in de eigen praktijk.

Uitgangsvragen zijn:

- Wat ga ik vanaf morgen anders doen?
- Hoe denk ik deze veranderingen te organiseren?

De evaluatieronde krijgt een uitgebreider en explicieter karakter naarmate de doelstelling van de casuïstiekbespreking verschuift van 'uitwisselen' naar 'verbeteracties'.

De voorzitter sluit de bijeenkomst af met een samenvatting van de grote lijnen. De groep maakt afspraken over het tijdstip en de wijze waarop evaluatie plaatsvindt.

Het is verstandig vooraf samen vast te stellen op welke fase van het methodisch handelen de groep zich richt. Deze focus kan voor één of meerdere besprekingen worden vastgelegd. Het methodisch handelen bestaat uit de volgende fasen:

- Verwijzing arts en aanmelding patiënt
- Anamnese en onderzoek
- Conclusie en beslissing tot wel of niet behandelen
- Opstellen behandeldoel(en) en behandelplan
- Uitvoeren van het behandelplan
- (Regelmatig) evalueren
- Afsluiten van de behandeling

Om de casuïstiekbespreking voor te bereiden kunnen de volgende vragen nuttig zijn:

- Hoeveel van deze patiënten zie ik in mijn praktijk?
- Wie zijn het? (leeftijd, geslacht, sociale omstandigheden)
- Wat doe ik precies? Wanneer? Hoe?
- Wat zeg ik en vraag ik? Wanneer? Hoe?
- Wat communiceer ik met derden? Wanneer? Hoe?
- Wanneer en hoe sluit ik het contact af?

Met de 'casusinbrenger' wordt afgesproken welke gegevens worden gepresenteerd.



2017

verenSo

Orteliuslaan 750
3528 BB Utrecht

Postbus 20069
3502 LB Utrecht

info@verenso.nl
www.verenso.nl

T 030 22 71 910