

Succesverhalen

TAAKHERSCHIKKING VAN MEDISCHE ZORG



de Succesverhalen van



ANJA WAGENAAR

4



De Zorgcirkel

ELSBETH TAN

10



**MARJA KARELS EN
LYDIA VAN DE KAMP**

16



MIRIAM BLOM

22



**MARJOLEIN HATTINK EN
GERARD POEL**

26



VOORWOORD

De ouderenzorg staat onder druk en zal naar verwachting in de toekomst nog meer onder druk komen te staan. Dit vraagt samenwerking en taakherschikking tussen zorgprofessionals die samen de zorg organiseren. Soms gaat dat moeizaam maar soms gaat dat als vanzelf.

In dit boekje kunt u lezen welke mooie voorbeelden er zijn in de regio Noord-Holland Noord over taakherschikking. Dit is een onderdeel van het programma: behandeldeskundigheid/ duurzame medische zorg in Noord-Holland Noord.

Met dit boekje beogen we om kennis en ervaringen te delen, om te leren en vooral om anderen te inspireren.

Graag bedanken we de verpleegkundig specialisten die hun bijdrage verleend hebben en hopen met dit boekje anderen aan te zetten tot het behalen van nog meer mooie successen.

Veel leesplezier!



Interview

INITIATIEVEN TAAKHERSCHIKKING EN SAMENWERKING



Naam geïnterviewde:

ANJA WAGENAAR

Functie:

**VERPLEEGKUNDIG
SPECIALIST (VO)**

Aantal jaren werkzaam bij:

**1,5 JAAR
WERKZAAM
BIJ STICHTING
WOONZORG
PURMEREND**

ALGEMEEN

1) **Voor welke zorgvragen en/of patiëntencategorie hebben jullie deze taakherschikking vormgegeven?**

Voor Ouderenzorg, voor dementerende en somatische cliënten. Voornamelijk groepswoningen en er is een afdeling, voornamelijk PG is dat. Waarbij grondslag PG is.

2) **Welke professionals werkten samen in deze taakherschikking?**

Als ik kijk naar de medische dienst waar ik nu werk, was er nog geen verpleegkundig specialist. Het was mijn opdracht om voor een plek voor een VS te zorgen binnen de organisatie. Er werkten wel al twee huisartsen, maar die werken eigenlijk op een soort contractbasis dus hebben hun eigen praktijk. Bij een praktijk zijn er twee huisartsen werkzaam. Daarnaast was er een specialist ouderengeneeskunde, maar die is ook ingehuurd. En ik ben daar dan komen werken als VS vanuit de organisatie. Ik heb daar een contract. Mijn eerste doel was om verbinding te maken tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde. En vervolgens het geheel om te dopen tot een medische dienst, zodat je in ieder geval kenbaar maakt dat je een geheel vormt. En samen zijn wij verantwoordelijk voor de medische zorg. Hieraan vast zit een behandeldienst. Daarin zitten een GZ-psycholoog en paramedici. Er zijn (wond)verpleegkundigen en er wordt nauw samengewerkt met kwaliteitsverpleegkundigen. Op de afdelingen zijn verpleegkundigen werkzaam.

Samenvattend, je hebt vanuit het zorgteam een verpleegkundige met daarboven een kwaliteitsverpleegkundige en dan heb je vanuit de medische dienst de specialist ouderengeneeskunde. Ik heb de verbinding gelegd met die huisarts en heb dan vanuit de paramedische dienst de psycholoog, fysio en ergo. Met elkaar hebben we samengewerkt om die taakherschikking vorm te geven.

3) **Over hoeveel cliënten/patiënten ging de samenwerking?**

Het ging om 90 cliënten. Dat is een vrij forse caseload, want eigenlijk is de gemiddelde caseload voor een VS vijftig, dus daar zat ik al boven. Ik sta er niet alleen voor, er zijn ook twee huisartsen. Het is wel zo dat ik het eerste aanspreekpunt ben voor alle afdelingen voor de medische zorg, dus alles komt naar mij en vandaaruit haal ik er wel of geen huisarts bij. We spreken wel het één en ander door, zodat ook de huisarts feeling houdt. En de bedoeling is in de toekomst dat we gaan splitsen, dat er nog VS bij komt, dat we de niet behandelafdeling erbij nemen en ook een stukje wijk. Op de niet behandelafdeling heb je wel een mix van somatiek en PG, vaak de combinatie. En in de wijken de volledige pakketten thuis. In dat geval heb je ook te maken met een kwaliteitskader.

En elke woensdagochtend zit ik met de SO samen en daarbij is ook een psycholoog dan kunnen we de cliënten bespreken. De rest van de week is de SO telefonisch te benaderen bij complexe zaken waar wij advies voor willen. Als je naar de taakherschikking kijkt, dan is dit niet alleen met de huisarts, maar ook met de SO. Ik ben degene die het eerste aanspreekpunt is en die bepaalt wat er nodig is. Ik ben verantwoordelijk voor het behandelplan en bekijk dan samen met de andere professionals wie waar nodig is en zet ook in op de SO wanneer ik denk dat dat nodig is. De SO is niet rechtstreeks in te zetten door anderen (behalve de huisarts natuurlijk).



Het aantal cliënten zonder behandeling waarbij je alleen met de huisarts te maken hebt, is eigenlijk de reguliere geneeskundige zorg. Ik rij zelf ook visites.

De twee huisartsen waarmee we dat contract hebben, worden ingezet voor de geneeskundige zorg en met op de achtergrond de SO. De geneeskundige zorg doe ik met de huisartsen en waar nodig zetten we de specialist ouderengeneeskunde in. Op papier hebben wij een SO, maar zij is meer op de achtergrond. Meestal is haar inzet niet nodig, dan zijn het reguliere klachten en ook wel heel simpel (obstipatie en pijnstilling). Je moet natuurlijk wel het grote geheel zien. Daar ben ik voor en op de achtergrond is de SO.

We hebben bewust voor deze constructie gekozen, want SO's zijn schaars en de caseload is beperkt, eigenlijk te beperkt voor een SO. Het is dus ook niet interessant voor hen en ik ben dan de schakel.

4) Wanneer is de samenwerking begonnen en wat was de aanleiding tot taakherschikking/welke problemen wilden jullie oplossen?

Juni 2021, er waren 2 huisartsen en een SO. Daarvoor werd steeds gebruik gemaakt van Novicare. De aanleiding was dat er onvoldoende verbinding was tussen de huisartsen en de SO en dit had invloed op de advance care planning. Er was te weinig afstemming mogelijk, waardoor je nooit de diepte in gaat. De basis zou juist moeten zijn dat je regelmatig dit soort gesprekken hebt bij kwetsbare ouderen en dat de achterban daar ook naar kijkt. Huisartsen doen dat ook wel, maar dat is toch anders, zij reageren vanuit een andere invalshoek.

5) Wat wilden jullie bereiken? En binnen hoeveel tijd?

De functie van VS neerzetten en weer een eigen toko hebben, maar dan in een samenwerking. Bij mijn oude werk miste ik eigenlijk de artsen en daar stond ik dus heel

erg alleen. Ik vond eigenlijk dat ik daar te veel vrijheid had, ik ben geen arts, ik ben verpleegkundig specialist. En nu is er altijd een arts, ik kan altijd overleggen. Het is een prettige en veilige manier van werken. Binnen een jaar wilde ik dit realiseren. En daar ben ik nog wel mee bezig. Vanaf het eerste moment dat ik daar werkte, dat was in juni en in juli gingen de huisartsen op vakantie, dan krijg je met van alles te maken en dan sta je er al snel. Werk van de VS ging ik al snel doen, maar voordat de omgeving eraan gewend was, dat de VS een rol heeft in de medische zorg, dat is wel een ander verhaal. Wat meer naar voren mag komen, is dat je dan wel een taakherschikking hebt, maar het is ook echt een specifiek vak. Het gaat eigenlijk om de positionering van de VS, hoe men de VS ziet in de maatschappij. Het is een aanvulling, ook iemand die een stuk medische zorg doet, maar ik sta met twee benen in de verschillende domeinen. En je legt als VS juist de verbinding tussen die twee. Dat is ook het verschil tussen taakherschikking en taakdelegatie. De SO's willen bepaalde taken overhevelen en dat is meer delegeren. Maar in dit geval gaat het ook echt over een andere invulling geven met als doel dat die cliënt beter gezien wordt, dichterbij het zorgteam. Niet alleen maar medisch gezien.

6) Hoe zag jullie plan van aanpak eruit?

Veel om tafel met de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts om bepaalde kwaliteitsvraagstukken te behandelen. Bijvoorbeeld over de Wet Zorg en Dwang, de palliatieve zorg en te bespreken hoe wij tegen zaken aankijken. En dat we daar ook afspraken over hebben gemaakt.



In eerste instantie dus met de medische dienst en de huisarts ook daarbij, om te bespreken 'hoe zien wij de cliënt' en 'wat willen we in kaart brengen als een cliënt binnenkomt'. Het proces is daarna helemaal omgegooid, waarbij wij de kwaliteitsverpleegkundige wel hebben meegenomen. Ik heb de vrijheid gekregen om, als je naar het hele zorgproces kijkt, de medische zorg hier ook onderdeel van te laten zijn en veel meer naar het geheel te kijken.

Het hele zorgproces van het begin tot het einde, eigenlijk van voor opname tot na het overlijden, is helemaal omgegooid. Vervolgens moest er nog veel gebeuren, zoals bijvoorbeeld het maken en borgen van werkinstructies.

Mijn missie is eigenlijk om tot een zorg behandelteam te komen, dat geïntegreerd is en niet apart een behandelteam en medisch team, maar dat we er samen zijn voor die zorg.

7) Hoeveel geld heeft het gekost?

Geen idee. De kosten van de medische zorg dat is wel gewaarborgd, maar daar red je het niet mee als je ook kwaliteitsfunctionarissen en zorgmedewerkers moet inzetten.

8) Is taakherschikking de goede oplossing geweest of is er daarnaast ook gekozen voor taakdelegatie?

In de ouderenzorg denk ik dat zeker. Ik kan niet spreken over andere takken van sport, zoals in ziekenhuizen wat je op poli's ziet. Maar wat ik hoor van collega's, is dat je als VS juist dat verpleegkundig stuk inbrengt en dat verbindt.

En dit is iets wat de cliënt of mantelzorger nodig heeft. Je hebt meer tools om in te zetten om die verbinding naar cliënt en mantelzorg te maken. Als het zorgstuk niet goed loopt, dan is dat van invloed op het stuk medische zorg en andersom ook. We hebben naast taakherschikking niet gekozen voor taakdelegatie.

INHOUD EN VORMGEVING

9) Wat zijn de belangrijkste kenmerken van jullie samenwerking?

a. Zijn er protocollen of schriftelijke afspraken? NAG-standaard en Verenso, dit is de richtlijn, maar dat is met ouderen wel eens lastig. Beargumenteerd kan je er per persoon van afwijken. Schriftelijke afspraken hebben we nog niet, dat wordt wel geadviseerd, maar dat is lastig. Want in de rol van VS is eigenlijk de afspraak dat je alleen uitvoert waar je je in thuis voelt en bij twijfel heb je altijd overleg. Bijvoorbeeld bij palliatieve sedatie, dat is een multidisciplinair iets, ook een arts doet dat niet alleen. Wat ik eigenlijk doe is, dat ik tijdens mijn contactmomenten met de arts de zaken doorspreek, zodat wij allebei weten wat er op de afdeling speelt.

b. Wat is jullie werkwijze?

De huisartsen hebben ongeveer 45 cliënten per persoon en ik heb alles. Op maandag doe ik visite bij 4 woongroepen en op dinsdag bij 3 woongroepen. Op die dinsdag heb ik telefonisch contact met de huisarts of ik vraag of hij naar een van de locaties komt, zodat we 1 of 2 cliënten samen bespreken of waarvan ik wil dat de huisarts die even ziet. We spreken de visites door, wat ik heb gedaan en wat mijn adviezen waren. Complexere zaken bespreken we ook en doen we samen. Op de woensdagen en donderdag doe ik precies hetzelfde bij de andere huisarts.

De SO komt op woensdag en dan neem ik uit mijn visites onderwerpen mee waarvan ik denk deze naar de SO moet. De SO weet van tevoren welke cliënten ik wil bespreken. Op aanvraag is de SO samen met een psycholoog, een kwaliteitsverpleegkundige en een bewegingsagoog bij een gedragsvisite, dit is 1x in de 3 weken. We bespreken op dit moment ook de Wet Zorg en Dwang en de psycho-farmaca. We doen dit zodat de adviezen eenduidig zijn. Bewegingsoverleg hebben ook, dit is met de ergotherapeut, de fysiotherapeut en de bewegingsagoog. Als regiebehandelaar is het voor mij belangrijk om ook hier het overzicht te houden.

c. Hoe gaan jullie om met veranderingen in de personele bezetting? Wat gebeurt er als teams veranderen qua samenstelling?

Tijdens mijn vakanties worden de visites verdeeld over de huisartsen en de SO. Qua andere werkzaamheden, niemand anders van mij overnemen. In toekomst zou het mooi zijn als er nog een VS is. Binnen het behandelteam zorgen we wel voor elkaar en nemen mijn collega's wel eens wat over, maar niet iedereen is in alles over te nemen. Werkzaamheden zoals kwaliteit en advance care planning dat is uitstelbaar naar wat later. Niet uitstelbare taken doet een arts, de medische zorg moet doorgaan.

d. Wat gebeurt er bij crisis of escalaties in de zorg rondom cliënten?

Bij een acute medische situatie hebben we het zo afgesproken dat de arts op de praktijk daar heen gaat. Dit is als er acuut gehandeld moet worden, waar misschien ook nog eens ziekenhuisopname aan vast zit. Dus dan komt de huisarts direct naar de locatie toe. Ik doe de niet acute visites. Maar in de praktijk, als ik op die locatie ben, dan kom ik ook nog wel eens kijken, dan doen we het samen. Bij de acute ontregelde gedragsproblemen,

dan komt de psycholoog. De SO wordt in dit soort situaties om advies gevraagd en zou langs kunnen komen, dat gebeurt niet veel in de praktijk. Als de SO in een situatie niet betrokken hoeft te worden, dan wordt de SO wel geïnformeerd.

e. Hoe reageren de patiënten op de taakherschikking?

Ik ben de behandelaar, maar ik ben geen dokter. Echter, de cliënten zien mij wel als dokter. Zij koppelen mij wel aan het medische stuk, ook de mensen met dementie. De mantelzorgers vinden het over het algemeen wel prettig. Ik bied altijd aan dat ze ook een arts mogen spreken, maar meestal is dat niet nodig. Ik heb niet de ervaring dat de familie persé een dokter wil spreken. Ze zien ook wel dat we het samen doen. Bij de MDO's zijn ook altijd samen, dat is 1x per jaar.

f. Heeft de taakherschikking invloed gehad op de kwaliteit van zorg en zo ja, wat voor invloed?

Als een verpleegkundig specialist bekijk je het ook vanuit de zorgkant, dat zie of lees je ook uit de voorbeelden die ik eerder al heb voorgedragen. Je bekijkt het veel meer vanuit het geheel, elke keer vanuit het perspectief van één cliënt, maar dan op het zorg- en behandelstuk. En wat is er dan voor nodig om de kwaliteit te borgen (aan de hand van het kwaliteitskader). Dit toets ik steeds en als ik merk dat iets niet duidelijk is, dan geef ik dat terug aan aan het MT. Dat is toch de verbindende schakel en dat heeft positieve invloed op de kwaliteit. Dit is niet waar een arts zich mee bezighoudt, dat is toch echt dat medische stuk.

SUCCEFACTOREN

10) Wat zijn volgens jullie de succesfactoren van jullie samenwerking?

Laagdrempeligheid van de VS en dat VS zich door alle lagen heen beweegt. Ik spreek de taal, ik ben veel op de werkvloer en neem van daaruit dingen mee naar de kwaliteitsfunctionaris of het MT. Prioritering is hier een goed voorbeeld van. De zorg heeft de ondersteuning van de VS nodig.

11) Wat waren de grootste hobbels die jullie zijn tegengekomen in het project?

Onduidelijkheid in de rolverdeling. In gewone verpleeghuizen wordt ons werk als taakherschikking gezien. We kijken in onze rol echt op een andere manier naar de doelgroep. Artsen kijken heel medisch naar zaken, en als verpleegkundige kijk je creatiever en zie ik dat er heel veel niet medicamenteus kan. Mijn tas met gereedschap is dus eigenlijk wat groter kan ik kan ook veel uitleg geven. Bijvoorbeeld dat het probleem niet zozeer medisch is. Heel vaak worden problemen neergelegd bij een arts, wat eigenlijk geen medische problemen zijn. Een arts kan er dan soms niets mee, waardoor een verzorgend zich niet gehoord voelt. De VS bekijkt dingen dus echt vanuit een andere invalshoek.

Er is weerstand bij de zorgenden/ het zorgteam, omdat er taken van hen zijn overgenomen. Voorheen mochten zij bijvoorbeeld zelf spreken met een dokter en nu gaat dat via de VS. Wellicht was dit te voorkomen door een betere introductie aan het zorgteam, er moeten vragen gesteld kunnen worden.

12) Welke adviezen hebben jullie voor andere projecten die hetzelfde willen bereiken?

Neem het zorgteam op een locatie mee m.b.t. wat de medische dienst en de VS hebben afgesproken over de te volgen nieuwe werkwijze. Het inzetten van een VS moet worden gezien als het inzetten van een eigen discipline i.p.v. alleen een taakherschikking om taken van een arts over te nemen, want dan doe je de VS tekort. Het is echt een eigen functie, waarbij de VS veel meer naar het geheel kijkt i.p.v. naar een onderdeel.

13) Willen jullie je inzetten als ambassadeur om andere projecten verder te helpen? Dit houdt in dat zij bij andere projecten hun kennis en ervaring kunnen delen. En zo hun trots kunnen delen.

Ja, dat lijkt mij heel leuk.



Interview

INITIATIEVEN TAAKHERSCHIKKING EN SAMENWERKING



Naam geïnterviewde:
ELSBETH TAN

Functie:
**VERPLEEGKUNDIG
SPECIALIST (VO)**

Aantal jaren werkzaam bij:
**ZORGCIRKEL
PER 1/9/2022,
NWZ PER 1/9/2020**

ALGEMEEN

1) **Voor welke zorgvragen en/of patiëntencategorie hebben jullie deze taakherschikking vormgegeven?**

Voor de hartfalen patiënt, cardiaal dus. Grootste categorie is boven de 70 jaar, 80 zelfs. Maar mijn jongste patiënt was in de 50 jaar.

2) **Welke professionals werkten samen in deze taakherschikking?**

De naam van het project is: Hartfalen@Home. De cardiologen van het Noordwest ziekenhuis, daar is het vanuit gekomen. Natuurlijk de projectleiders, maar ook de regiodirecteur is erbij betrokken. En dan heb je een verpleegkundig specialist vanuit de cardiologie, die het heeft opgezet samen met de projectleider daar, maar ook de projectleider vanuit de Zorgcirkel. Een andere VS en ik zijn hier specifiek voor opgeleid en wij zijn ook erg betrokken bij het opzetten. Er is geen huisarts betrokken. Ook een SO is niet betrokken bij het project, deze is wel betrokken bij het opleiden van ons, maar de SO zit niet in de werkgroep.

In het kader van taakherschikking worden er bepaalde taken bij de artsen weggenomen en door de VS overgenomen. Het is ziekenhuis verplaatste zorg, dus de cardioloog is hierbij betrokken en niet de huisarts.

3) **Over hoeveel cliënten/patiënten ging de samenwerking?**

Sinds april hebben we 7 patiënten gehad.

4) **Wanneer is de samenwerking begonnen en wat was de aanleiding tot taakherschikking/welke problemen wilden jullie oplossen?**

In april zijn we begonnen met een pilot. Ik ben er vanaf 1 september 2020 bij gekomen, tijdens de opleiding. Daarvoor speelde het ook al, alleen was ik er niet bij betrokken.

Bij de directe aanleiding ben ik niet geweest, maar ik heb hier wel van gehoord. Dat is eigenlijk gewoon dat er heel veel patiënten in het ziekenhuis liggen met ziekenhuiscomplicaties, wat niet wenselijk is, vooral bij de oudere populatie. En er is in het buitenland, waaronder Amerika en Engeland heel veel onderzoek gedaan en loont het al wel dat deze behandeling via infuus thuis gegeven wordt zodat de ziekenhuiscomplicaties minder zijn en daardoor is een cardioloog in Alkmaar gaan kijken of we dat niet hier kunnen gaan doen. Samenvattend, het probleem is dat de ziekenhuiscomplicaties bij die oudere patiënt groot zijn en veel voorkomen. Als patiënten thuis worden behandeld, dan krijgen ze die complicaties niet. Denk hierbij aan complicaties zoals vallen met eventuele botbreuken, infectie, delier en ondervoeding. Patiënten worden uit hun omgeving gehaald; deze oudere populatie lijkt een hoger risico te hebben op een delier. Mensen vinden het eten vaak niet lekker dus ze gaan minder eten of ze zitten minder lekker in hun vel waardoor ze minder gaan eten. Ze slapen slechter, omdat ze ineens op een zaaltje liggen en niet in hun eigen bed. Ze gaan overdag vaak op bed liggen, want er is niet heel veel meer te doen, dus ze bewegen minder. Ze gaan achteruit, gewoon qua conditie. Ze vallen makkelijker daardoor.

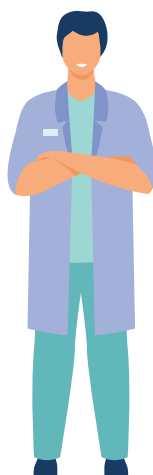


5) Wat wilden jullie bereiken? En binnen hoeveel tijd?

Het verminderen van ziekenhuiscomplicaties.

En als je deze mensen thuis kan behandelen, heb je plek voor mensen die wel in het ziekenhuis behandeld moeten worden. Op dit moment is deze thuisbehandeling alleen voor de cardiale patiënten. Sommige patiënten houden vocht vast en moeten dan via een infuus ontwaterd worden. Ik doe in principe alleen het stukje infusie therapie. Maar het is natuurlijk ook een lastige combinatie omdat je wel thuiszorg inzet bij een ziekenhuispatiënt. Dus we kunnen niet zomaar thuiszorg ook laten langskomen. Ik ben natuurlijk van de Zorgcirkel, samen met een Ambulantteam zoals ze heten. Wij doen de zorg samen en we kunnen nu wel ook bijvoorbeeld kousen aan doen, maar de patiënten worden daar wel op getrieerd. Ze moeten dus zelfstandig thuis kunnen zijn en zelf naar het toilet kunnen etc. Omdat we bepaalde dingen in deze constructie nu in ieder geval niet kunnen aanbieden. De inclusies zijn op dit moment laag en dat valt ons tegen. Dit heeft te maken met het feit mensen wel aan bepaalde eisen moeten voldoen voordat ze naar huis kunnen, voordat wij dit kunnen aanbieden. We zijn in

april gestart en we gaan de komende periode door ontwikkelen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om hartfalen patiënten thuis behandelen door middel van een bezoek thuis door de Hartfalen@Home-VS zonder infusiotherapie. Ik krijg dan vanuit het ziekenhuis een verwijzing voor een consult specialist ouderen geneeskunde en als VS mag je daar ook op handelen binnen bepaalde regels. En dan kan ik ook naar de thuissituatie kijken en als een patiënt overvuld lijkt te zijn thuis, maar nog niet naar het ziekenhuis hoeft, voorkomen dat iemand opgenomen wordt. De cardioloog van de poli benadert mij in dit geval.



Samenvattend, er zijn twee groepen. Er is een groep van mensen die opgenomen zijn en eerder naar huis komen en er is een groep die op de poli komt en die niet worden opgenomen omdat we ze thuis behandelen. Een derde groep bestaat uit de patiënt die wel complexer is, dus die in het ziekenhuis behandeld wordt omdat hij niet in aanmerking komt voor die behandeling thuis. Maar dan wel zo gauw ze overgaan op oraal. En de situatie is nog niet helemaal stabiel dat ze dan naar huis gaan en dat ik dan bijvoorbeeld een week daarna kom om te kijken of het stabiel genoeg is en of er nog aanpassingen gedaan moeten worden thuis.

En in die zin is het al wel aan het ontwikkelen op een andere manier. Maar het zijn wel weer echt andere takken, dus het zijn heel veel dingen, andere paden, die we aan het bewandelen zijn.

6) Hoe zag jullie plan van aanpak eruit?

Ik ben natuurlijk meer de uitvoerende factor, dus ik zit niet overal bij, dat zijn echt de projectleiders. Wat we nu eigenlijk aan het doen zijn is gewoon een wekelijks overleg van oké, nu zijn we dit aan het doen. En daarna, als ik dan dat kan, even teruggaan naar hoe we ooit zijn begonnen met die andere tak van die via de poli. Dat is ter sprake gekomen voor IV-ers, het loopt niet zo goed. Maar goed, we merken wel op de poli dat we hier tegenaan lopen, kunnen we daar wat mee? Toen was ik nog in opleiding voor het ziekenhuis, dus toen kon ik voor het ziekenhuis daar naartoe. Naar de patiënt thuis. En toen bleek het best wel een goede meerwaarde te hebben dat we opnames konden voorkomen. En dus toen is de Zorgcirkel gaan uitzoeken of we hier iets mee kunnen. Want dat is eigenlijk wel een mooie ontwikkeling als we een opname kunnen voorkomen. En toen zijn ze dat gaan onderzoeken. Vanuit de GZ-SP bleken er wel wat mogelijkheden te zijn en dat mag ik vanaf 1 september doen.

Kijkend naar een plan van aanpak, dan hebben we aan de hand van casuïstiek gezien 'dit werkt niet goed of dit kan beter'. Er is begonnen met de groep die opgenomen lag en naar huis kon met infusiotherapie. Daarna kwam de groep patiënten van de poli waarbij we willen voorkomen dat zij opgenomen worden. Dat is uitgebreid naar de groep die wel opgenomen waren en naar huis kunnen met die infusie therapie. En dan heb je nog die groep erbij gekregen die echt wel langer opgenomen is en als zij meer stabiel zijn en met pillen naar huis kunnen gaan en die blijft je volgen.

T.b.v. het plan van aanpak zitten we aan tafel met de beide projectleiders ter plekke en de verpleegkundig specialist die echt heel erg betrokken is. Voornamelijk die groep en de cardioloog kwam er af en toe.

De regiodirecteuren hebben met elkaar veel overleg, maar daar zat ik dan weer niet bij. En wij deden dat wekelijks om te kijken of en hoe is het deze week gegaan. Waar loop je tegen aan? Wat kunnen we doen? Dus dat is echt op de uitvoering. Er ligt daadwerkelijk een plan van aanpak aan ten grondslag. Hier hebben de projectleiders een grote rol in, dat is voordat ik erbij kwam.

In het oorspronkelijke plan van aanpak ging het om die infusie therapie van mensen die eerst opgenomen waren, daar hebben we een plan op gemaakt en vervolgens is dat uitgebreid naar meer groepen.

7) Hoeveel geld heeft het gekost?

Veel geld, maar hoeveel dat weet ik niet. Kosten worden naar mijn idee met name gemaakt voor projectteams en voor de verpleegkundig specialisten (waar weliswaar een subsidie tegenover staat). Ik ben verder niet betrokken geweest bij de kosten.



8) Is taakherschikking de goede oplossing geweest of is er daarnaast ook gekozen voor taakdelegatie?

Ja, en dat is omdat ik dat heel patiënt gericht zie. Dus de mensen die wij hebben behandeld die krijgen allemaal enquêtes om in te vullen en het gemiddelde cijfer wat wij hebben gekregen is 8,5 van de patiënten en van de mantelzorgers. Zij zijn zo blij met de zorg die ze krijgen dat ze niet in het ziekenhuis liggen, dus daar krijgen we heel veel positieve reacties van. Maar de ontwikkeling die het verder heeft gekregen en dat we dus nu voor de deur al proberen om het thuis op orde te krijgen, dat vind ik ook een hele mooie ontwikkeling. In de thuissituatie heb ik meer tijd dan op de poli, waardoor patiënten meer aandacht krijgen. Hiernaast ervaren patiënten hun ziekte soms anders in de thuissituatie dan in het ziekenhuis, waardoor ik daar richter op in kan gaan en praktische adviezen kan geven.

Het is dus heel patiënt gericht en daar doen we het voor en ik zie daarin heel veel meerwaarde.

Er is tevens gekozen voor taakdelegatie, bijvoorbeeld door de cardioloog die krijgt op de poli al de indruk of telefonisch of live van wat er moet gebeuren in de thuissituatie en vraagt mij dan om langs te gaan. Hij vraagt om een lichamelijk onderzoek te doen en in het echt thuis te bekijken wat er moet gebeuren. En dan ga ik ook het beleid wel bepalen of advies geven over het beleid naar de cardioloog toe.

INHOUD EN VORMGEVING

9) Wat zijn de belangrijkste kenmerken van jullie samenwerking?

a. Zijn er protocollen of schriftelijke afspraken?

Ja, er zijn heel veel protocollen geschreven die ook heel veel aangepast zijn tijdens het lopen. Er zijn ook afspraken tussen de organisaties, bijvoorbeeld ook over het declareren van de zorg en dergelijke bij de zorgverzekeraar. Ook dit soort dingen moeten natuurlijk goed vastgelegd zijn. We hebben een zorgpad opgesteld.

b. Wat is jullie werkwijze?

De patiënt wordt aangemeld via het ziekenhuis, dus via de behandelend arts of VS bij mij en ik kijk of de patiënt geschikt lijkt. Ik koppel dat terug of als ik nog vragen heb. Stel we hebben een geschikte patiënt, wordt deze aangemeld. Er is een virtuele afdeling in het systeem van het ziekenhuis voor als ik daar niet fysiek kan zijn en we een akkoord hebben dat de patiënt naar huis mag, dan wordt de patiënt op die virtuele afdeling geplaatst van het systeem van ziekenhuis. Wij (ik of het ambulant team van de Zorgcirkel) gaan naar de patiënt toe. Die heeft een box gekregen vanuit het ziekenhuis met IV spullen erin en wij gaan twee keer per dag naar de patiënt toe. Eén keer per dag komt er een verpleegkundig specialist en het andere moment komt iemand van het ambulant team, een verpleegkundige om die gift diuretica te geven. Zodra de patiënt naar huis gaat, wordt hij niet ontslagen, maar wordt hij op de virtuele afdeling in het systeem gezet. Dit doen we omdat dit ziekenhuis verplaatste zorg is. Als VS ben je verantwoordelijk om in de gaten te houden hoe lang een patiënt op de virtuele afdeling blijft liggen en deze manier van zorg ontvangt.



c. Hoe gaan jullie om met veranderingen in de personele bezetting? Wat gebeurt er als teams veranderen qua samenstelling?

Voor het geval dat een van de VS uitvalt, dan treedt het escalatieplan in werking. Dit is niet iets wat zomaar een andere collega kan overnemen omdat het zo specifiek is en nieuw ook. En kan je ook niet zomaar iemand van de afdeling trekken om onze zorg te doen. Dus daar is een escalatie plan voor geschreven. Als wij ons ziek melden wordt er gebruik gemaakt van een stroomschema waarin naar verschillende opties wordt gekeken. Bijvoorbeeld is de patiënt stabiel genoeg? Is het altijd duidelijk dat het ambulant team eigen twee keer gaat en dat er dus geen verpleegkundig specialist komt bij die patiënt die dag? Of is dat niet zo en moet de patiënt gewoon weer opgenomen worden in ziekenhuis en de back up in het ziekenhuis? Dit is verplicht, dus altijd als het thuis niet gaat. Wij vinden dat als het niet gaat of omdat wij uitvallen, dan moet de patiënt weer opgenomen kunnen worden in ziekenhuis.

d. Wat gebeurt er bij crisis of escalaties in de zorg rondom cliënten?

Als een patiënt bijvoorbeeld in de avonduren dermate benauwd wordt, dan wordt 112 gebeld. Er is 24 uur lang iemand te bereiken, na kantooruren is er een achterwacht bereikbaar van de cardio care unit van het ziekenhuis. En de back-up dat een patiënt weer opgenomen kan worden in het ziekenhuis.

e. Hoe reageren de patiënten op de taakherschikking?

f. Heeft de taakherschikking invloed gehad op de kwaliteit van zorg en zo ja, wat voor invloed?

Hopelijk heeft het de kwaliteit verbeterd in het feit dat bepaalde complicaties bij patiënten worden voorkomen

en dat mensen gewoon gelukkiger zijn tijdens de behandeling. Het idee is dat we dezelfde zorg geven, maar dan thuis. Dat doen we heel voorzichtig, met stapjes en daarom hebben we criteria opgesteld (die best strak zijn) m.b.t. wie we wel of niet thuis behandelen.

Criteria zijn bijvoorbeeld, dat de patiënt zelfstandig naar toilet kan gaan, het zelf kunnen alarmeren of een partner of mantelzorger die heel adequaat is, dat is wat ons betreft ook wel acceptabel. En qua medicatie dat de patiënt of de mantelzorger voldoende weet over de medicatie in tabletvorm. Wij doen de inschatting of iemand een adequate mantelzorger is. Als blijkt dat we het hebben onderschat, dan gaat de patiënt weer terug naar het ziekenhuis.

Een stabiele nierfunctie is wat ons betreft ook een van de voorwaarden om de thuisbehandeling te doen.

SUCCESFACTOREN

10) Wat zijn volgens jullie de succesfactoren van jullie samenwerking?

We doen regelmatig evaluaties en ik zit dus echt in de uitvoerende tak, dus ik zit bij de mensen thuis en ik heb echt aan alle kant het idee dat er naar mij geluisterd wordt. In het ziekenhuis nemen ze me serieus en bij de Zorgcirkel nemen ze me serieus. Dus als ik aangeef dat iets niet lekker loopt, dan wordt daar naar geluisterd en dan wordt er wat mee gedaan. Dus ik voel me veilig in die thuissituatie en ik denk dat ik dat daardoor ook kan uitstralen naar de patiënt.

Ik heb ook echt wel het idee dat we altijd met z'n allen hetzelfde doel voor ogen hebben, namelijk die patiënt. Dus vandaar dat we ook verder kunnen ontwikkelen naar elkaar. Het ging om de IV-behandeling, maar merk nu dat het eigenlijk voor de deur al wat heeft kunnen betekenen,

dus laten we daar dan eens verder naar kijken.

11) Wat waren de grootste hobbels die jullie zijn tegengekomen in het project?

De hoeveelheid patiënten. We houden goed bij waarom hebben we iemand afgewezen? En een van de dingen is bijvoorbeeld woonplaats, daar keken we ook naar, we moeten de zorg wel kunnen bieden. We hebben de regio inmiddels uitgebreid en we blijven zoeken naar criteria waar we iets aan kunnen doen om de patiëntenstroom te vergroten.

De behandeling in het ziekenhuis of thuis, dat zijn twee hele verschillende paden die worden bewandeld. Hierbij heb je te maken met financiële stromingen die het e.e.a. wel ingewikkelder der maken. Voor de vergoeding van de zorgverzekeraar is het een puzzel om uit te vinden en bewust te zijn van welke zorg wel en niet mag worden gegeven ten einde het wel vergoed te krijgen.

12) Welke adviezen hebben jullie voor andere projecten die hetzelfde willen bereiken?

Ik denk dat hetgeen waar ik dus heel veel baat bij heb is dat iedereen de patiënt centraal houdt. En dat het doel, dat dat nog steeds het doel blijft. Verder is het blijven nadenken en blijven zoeken naar de mogelijkheden.

13) Willen jullie je inzetten als ambassadeur om andere projecten verder te helpen? Dit houdt in dat zij bij andere projecten hun kennis en ervaring kunnen delen. En zo hun trots kunnen delen.

Ja dat zou ik best wel willen, tegelijkertijd kost het project wel heel veel van mijn tijd. De wil is er in ieder geval om anderen te helpen.

Interview

INITIATIEVEN TAAKHERSCHIKKING EN SAMENWERKING

Naam geïnterviewde en functie:

MARJA KARELS
VERPLEEGKUNDIG
SPECIALIST (VS)

LYDIA VAN DE KAMP
(VERPLEEGKUNDIGE
IN OPLEIDING TOT
SPECIALIST VOIOS)

Aantal jaren werkzaam bij:

**VANAF DE START NU
2 JAAR WERKZAAM
BIJ STICHTING HET
MAX PLAZIER HUIS**

ALGEMEEN

1) Voor welke zorgvragen en/of patiëntencategorie hebben jullie deze taakherschikking vormgegeven?

Mensen met dementie en een zorgzwaartepakket van 4 of 5 zonder behandeling. De locatie is een beschermde woonomgeving, iedereen kan naar binnen en naar buiten (ondanks dat het terrein wordt omheind door een hek dat op slot is). Per bewoner wordt er wel gekeken of hij/zij van het terrein af kan. Indien een bewoner de behoefte blijft houden om van het terrein te gaan en dit niet verantwoord is dan resulteert dat in een overplaatsing.

2) Welke professionals werkten samen in deze taakherschikking?

De huisarts(en), huisartsenpost, psycholoog, verpleegkundig specialist, verpleegkundigen niveau 4 en 5 zijn allemaal onderdeel van de taakherschikking.

3) Over hoeveel cliënten/patiënten ging de samenwerking?

48 bewoners.

4) Wanneer is de samenwerking begonnen en wat was de aanleiding tot taakherschikking/welke problemen wilden jullie oplossen?

Juli 2020, dus we draaien nu 2 jaar. Op basis van onze ervaringen wilden wij de medische zorg anders insteken en dit voor de start al goed inrichten. Wij hadden de ervaring in ons vorige werk met meerdere huisartsen, wat niet efficiënt /kwalitatief goed was. Wij waren van mening dat het efficiënter, makkelijker en kwalitatief beter zou moeten kunnen. Dit is de reden waarom we hiermee zijn gestart.

Goed voorbeeld is een eerdere organisatie waar ik heb gewerkt. Hier was 1 gang met 33 mensen, na een pedicure behandeling hadden veel bewoners last van wondjes. De bewoners hadden verschillende huisartsen en zij kregen dan ook allemaal verschillende adviezen m.b.t.

de verzorging van de wondjes. De verzorgende konden niet bijhouden wie welke verzorging nodig had. En toen dachten wij dat klopt niet, hier liepen wij tegenaan.

5) Wat wilden jullie bereiken? En binnen hoeveel tijd?

Een huis, een organisatie waar je als je zelf dementie zou hebben, graag zou willen wonen. Waar de medische zorg en de psychologische zorg aanwezig is en waar personeel graag wil (blijven) werken. En het samendoen is voor ons heel belangrijk. Wij vinden de bewoners belangrijk, maar het personeel net zo belangrijk.

We zijn zo'n drie kwart jaar voor de start gaan praten met de huisarts. Het was voor ons duidelijk dat we niet zouden kunnen starten als de medische zorg niet geregeld was. Daar valt of staat het mee. We lopen bij huisartsenposten wel tegen problemen op. Onkunde, ze vinden niet dat het bij hun werk hoort, dat doet de verpleeghuisarts maar, of ze zeggen 'bel de crisisdienst'. Onbekendheid helpt niet mee. Een 24-uurs constructie met specialist ouderengeneeskunde hebben we overwogen, maar daar hebben we (nog) niet voor gekozen.

Overdag wordt de triage door de verpleegkundig specialist gedaan en krijgt de huisarts alle informatie (in hapklare brokken). Buiten kantoortijden hebben we te maken met een huisartsenpost en verloopt het e.e.a. niet vlekkeloos.

6) Hoe zag jullie plan van aanpak eruit?

Organiseren van de medische zorg en apotheken.

Vervolgens is de bouw gestart.

Per bewoner werden er door de VS, samen met de huisarts een intake/aanmeld formulieren opgesteld en aangeleverd t.b.v. de huisarts, zodat de huisartsenpraktijk ondanks dat zij er 48 nieuwe patiënten bij kregen, er niet een enorme workload bij zouden krijgen. Zowel de persoonsgegevens als vorige huisartsen/apotheek, medicijngebruik etc. werden door de VS nagevraagd, ingevuld en aangeleverd aan de huisarts.

In principe wordt er tegen nieuwe bewoners gezegd dat we samenwerken met 1 huisarts, ook wordt er uitgelegd waarom we hiervoor gekozen hebben. Het staat bewoners wel vrij om hun eigen huisarts aan te houden. 1 x is het voorgekomen dat de familie 'eigen' huisarts wilde behouden. Doch na half jaar gaf de familie zelf aan toch te willen overstappen naar onze vaste huisarts. Ze hoorde van het zorgteam hoe prettig en efficiënt de samenwerking met de vaste huisarts verliep. Dit lukte bij de andere huisarts niet zo goed.

7) Hoeveel geld heeft het gekost?

Alleen de inzet van de uren van medewerkers voor de start. In het begin waren dit vooral afspraken, maar toen de eerste bewoners zich aanmeldde was dit zo'n 2 uur voor opname (per bewoner). Vanaf het moment dat bewoners bij ons binnenkwamen werd er gewerkt met code H335. Deze H335 – code bevat afspraken met het zorgkantoor, maximaal 30 minuten per bewoner per week voor de inzet van een VS of (onder supervisie van VS) psycholoog. Wij maken de uren inzichtelijk in het zorgleefplan, zodat bewoners en familie dit kunnen inzien. Ook kan, bij eventuele materiële controle, de ingezette uren ingezien worden. Belangrijk aspect is dat de inzet van de H335 niet in de WLZ indicatie valt.

De WLZ indicatie kan volledig ingezet worden voor de zorg/begeleiding waar een bewoner recht op heeft vanuit de indicatie.

8) Is taakherschikking de goede oplossing geweest of is er daarnaast ook gekozen voor taakdelegatie?

Bepaalde handelingen worden door de VS aan verpleegkundigen geleerd en gedelegeerd. Denk bijvoorbeeld aan bewoners met verminderd gehoor (te veel oorsmeer). Voorheen checkte de verpleegkundig specialist of huisarts de oren, maar nu doen de verpleegkundigen het zelf, er wordt door VS en huisarts nagekeken of het medisch verantwoord is dat oren druppelen en uitspuiten medisch verantwoord is, en kunnen de verpleegkundige, bij toestemming zelf de oren uitspuiten.

Advance care planning, ook hierbij betrek ik de verpleegkundigen al aan het begin. Ik wil ernaar toe dat verpleegkundigen de advance care planning en gesprekken met de familie gaan doen. De advance care planning is voor het medisch beleid heel belangrijk, het geeft richting aan ons handelen (of juist niet handelen). Alle afspraken over dit onderwerp worden achteraf ook gedeeld met de huisarts Psychofarmaca is ook een onderdeel waar wij de verpleegkundigen meer in willen laten doen. De verpleegkundigen behandelen niet, maar ze krijgen wel een grotere rol. Met name bij de vraag voor evt. inzet psychofarmaca. Samen met psycholoog en team wordt er eerst gekeken naar niet-medicamenteuze interventies en indien er wel gestart wordt met psychofarmaca, gelijk het plan bespreken van de eventuele afbouw hiervan.



INHOUD EN VORMGEVING

9) Wat zijn de belangrijkste kenmerken van jullie samenwerking?

a. Zijn er protocollen of schriftelijke afspraken?

Nee, nog niet, daar zijn we nu mee bezig. Een zzp-er die zorgorganisaties audit helpt ons om alle protocollen op te stellen en lijnen uit te zetten. Tot nu toe is dat een beetje een ondergeschoven kindje, dit is een stap voor de doorontwikkeling.

b. Wat is jullie werkwijze?

De huisarts is 24/7 achterwacht bij spoed, de huisarts komt 1x in de week, de verpleegkundige heeft de taak om de triage te doen van de vragen voor de huisarts d.m.v. ALTIS methode en dat komt vervolgens bij ons (de VS). De VS en verpleegkundige (ook het zorgteam) nemen met elkaar de ALTIS formulieren door en maken afspraken welke hulpvragen met de huisarts besproken worden. Vaak kan de VS 50 % van de vragen zelf oplossen.

c. Hoe gaan jullie om met veranderingen in de personele bezetting?

De verpleegkundige belt de huisarts bij afwezigheid in de VS. Geriant (Specialist Ouderengeneeskunde) wordt betrokken op het moment dat een casus dermate ingewikkeld is en wij weten dat een huisarts het ook te ingewikkeld vindt. In de afgelopen 2 jaar is dit 5 x voorgekomen. 1x is de Specialist Ouderengeneeskunde fysiek langs geweest, overige keren waren het telefonisch consulten

d. We doen 1x per jaar een MDO met het team, verpleegkundige, de familie, de VS en/of psycholoog.

En 1x per jaar een zorgleefplangesprek met het team, de verpleegkundige en

de familie. In het MDO neemt de VS eigenlijk de plaats van de huisarts in en doet vervolgens een terugkoppeling naar de huisarts. 1x per jaar is er een medicatie review met de huisarts, apotheek, verpleegkundigen, het team en de VS. De verpleegkundige en team bereiden dit voor aan de hand van een formulier dat is opgesteld door VS (samen met Apotheker en huisarts). Het medicatie review kost nu 5 minuten per bewoner. (totaal 2 x 2 uur per jaar in).

e. Wat gebeurt er bij crisis of escalaties in de zorg rondom bewoners?

In principe wordt de manager gebeld die achterwacht heeft, maar ik word zelf ook wel eens gebeld als ik thuis ben en er een crisis is. Idealiter zou er een samenwerking zijn tussen huisartsen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen zodat er altijd (24/7) een achterwacht.

f. Hoe reageren de bewoners op de taakherschikking?

De bewoners hebben door hun dementie weinig notie van de taakherschikking. Bij de familie is dat natuurlijk een ander verhaal. In het begin dachten ze 'waar is de dokter', maar mensen die ons kennen, die spreken mij inmiddels aan. De advance care gesprekken helpen bij het opbouwen van vertrouwen en ik ben laagdrempelig bereikbaar. Mensen moeten in het begin even wennen, maar ze zien de laagdrempeligheid en de kennis en betrokkenheid van de VS, waardoor ze vertrouwen krijgen. Valkuil is dat de VS de rol van de huisarts te veel overneemt, terwijl de huisarts regiebehandelaar is. Er is goed afgesproken waar ieders verantwoordelijkheid ligt en er is een dermate vertrouwen met de huisarts dat dat goed loopt en er weinig ruis kan ontstaan. Het is heel belangrijk dat de huisarts wekelijks op locatie komt en dat je elkaar kent en spreekt en een vertrouwensband opbouwt. Ik heb de huisarts ook meegenomen in het

inrichten van het digitale medicatiesysteem Medimo en inmiddels schrijf ik als VS bepaalde medicijnen voor en doe de afbouw van psychofarmaca in dit systeem. Uiteraard in overleg met de huisarts, waarbij we vooraf gecheckt hebben of de huisarts in eigen systeem (HIS) dit inzichtelijk kreeg. Op deze manier ontlast ik de huisarts. Op dit onderdeel is er dus eigenlijk wel sprake van taakdelegatie om het e.e.a. zo snel mogelijk te regelen voor de bewoners.

g. Heeft de taakherschikking invloed gehad op de kwaliteit van zorg en zo ja, wat voor invloed?

Zeer zeker. Alleen al kijkend naar de medicatie; als ik in het systeem zie dat er bepaalde medicatie niet is of niet goed staat, wat wel al eerder afgesproken is met de huisarts, dan verander ik dat gelijk. Gevolg is dat bewoners sneller de juiste behandeling krijgen. Rust, er zijn veel minder communicatiefouten. Heel efficiënt voor de zorg. Tijdwinst de bewoner hoeft niet meer te wachten op de medicatiereviews. We bespreken medicatie regelmatig met huisarts, noodzakelijke gerichte controles zijn al gedaan en bouwen ontzettend veel medicatie bij bewoners af, vooral vlak na opname. Je kunt in een heel vroeg stadium vooruitgang en

achteruitgang zien en daarop handelen. De huisarts zit te veel op afstand en kan soms de juiste inschatting niet maken. Doordat de VS de 'taal' spreekt van de huisarts, kun je soms snel schakelen en over gaan tot gewenste zorg en behandeling.



De huisarts heeft 48 bewoners, maar is hier door de taakherschikking gemiddeld per week maar 1,5 uur mee bezig. Wij willen dan ook niet dat de verzorgende, bij afwezigheid VS rechtstreeks de huisarts belt, maar dat het altijd via de VS of verpleegkundige gaat (eerst goede triage, zijn alle controles gedaan, is het spoed of kan het wachten, is de zo nodig medicatie al ingezet....) om zodoende de huisarts te ontlasten.

SUCCEFACTOREN

10) Wat zijn volgens jullie de succesfactoren van jullie samenwerking?

We zijn met een klein team waarbij wij zelf dingen snel kunnen organiseren. Denk bijvoorbeeld aan het vaccineren van de bewoners, wij doen dat hele traject zelf i.p.v. dat de huisarts daarvoor hier heen moet komen. Wel spreken we met de huisarts af wanneer we vaccineren en hoe we dit organiseren.

Voordeel dat wij op deze manier de medische zorg konden organiseren/starten is dat we hiermee aan het begin zijn gestart en niet een bestaande organisatie hebben moeten veranderen.

11) Wat waren de grootste hobbels die jullie zijn tegengekomen in het project?

Samenwerking met de huisartsenposten. Verder alleen een win-win situatie.

12) Welke adviezen hebben jullie voor andere projecten die hetzelfde willen bereiken?

Begin met het saneren van het aantal huisartsen. Een verpleegkundig specialist kan ongeveer 60 tot 70 cliënten hebben, zonder de achtervang van een huisarts als regiebehandelaar. Als de voorwacht goed is, dan kan het aantal huisartsen worden geminimaliseerd. Investeer in relatie en vertrouwen. Heb geduld en begrip dat het voor een huisarts ook wennen/spannend kan zijn.

Zorg dat de VS de medicijnen triage kan doen en daadwerkelijk kan voorschrijven in niet complexe situatie. Zet in op de advance care planning bij alle bewoners, zodat iedereen weet wat er moet gebeuren bij medische calamiteiten.

Verpleegkundige 24/7 aanwezig en/of bereikbaar. Investeer in deskundigheidsbevordering gericht op triage door de verpleegkundige.

Streef naar 24/7 medische achterwacht door SO/VS. Bewoners op hoge leeftijd en een dementie geven vaak complexe zorgvragen in acute situaties. Voor een basisarts of beginnende huisarts die dienst hebben op de huisartsenpost, kan dit soms te ingewikkeld zijn. Waardoor de bewoner niet de medische behandeling krijgt die nodig is.

13) Willen jullie je inzetten als ambassadeur om andere projecten verder te helpen? Dit houdt in dat zij bij andere projecten hun kennis en ervaring kunnen delen. En zo hun trots kunnen delen.

Ja – 2x



Interview

INITIATIEVEN TAAKHERSCHIKKING EN SAMENWERKING



Naam geïnterviewde:
MIRIAM BLOM

Functie:
**VERPLEEGKUNDIG
SPECIALIST**

Aantal jaren werkzaam bij:
**AANTAL JAREN
WERKZAAM
GEWEEST BIJ
WILGAERDEN
7 JAAR**

ALGEMEEN

1) Voor welke zorgvragen en/of patiëntencategorie hebben jullie deze taakherschikking vormgegeven?

Voor alle bewoners, zowel mensen met somatische problematiek als met PG problematiek. Voor bewoners zonder behandeling.

2) Welke professionals werkten samen in deze taakherschikking?

Op de locaties zonder behandeling zijn dat een huisarts, een psycholoog, een kwaliteitsverpleegkundige en ik als verpleegkundig specialist.

3) Over hoeveel cliënten/patiënten ging de samenwerking?

Het ging om 36 mensen waarvan ongeveer 2/3 PG en 1/3 somatiek.

4) Wanneer is de samenwerking begonnen en wat was de aanleiding tot taakherschikking/welke problemen wilden jullie oplossen?

Zeven jaar geleden toen ik kwam en de 'dorps' huisarts (welke ook de huisarts van de bewoners was) zag al snel in dat de VS een meerwaarde levert. Dat is niet bij alle huisartsen het geval, daar kan het wat langer duren, omdat ze niet precies weten wat je kunt. Maar in dit geval had hij al snel vertrouwen in mij en werkten we veel samen met bijvoorbeeld de visites. Wilgaerden is begonnen met één verpleegkundig specialist en dat werd al snel uitgebreid naar twee VS-en en die twee hebben samen een soort pilot gedaan in meerdere locaties. De aanleiding voor de taakherschikking was de vooruitziende blik van de verpleegkundig specialisten dat de medische zorg steeds complexer zou worden. De bestuurder zag dit ook en had een duidelijke visie op het werken met verpleegkundig specialisten. Met een VS haal je meer expertise in huis en creëer je een functie tussen de huisarts en de zorgteams teneinde meer kwaliteit te bieden. De VS is de verbindende factor.

5) Wat wilden jullie bereiken? En binnen hoeveel tijd?

Eerlijk gezegd is de inzet van de VS nooit goed geïntroduceerd. We zijn "gewoon" begonnen en we zijn dit met elkaar gaan vormgeven. In mijn regio ben ik een structuur gaan neerzetten waarin ik als VS een hele duidelijk taak had. Ik had mijzelf voorgenomen om dit binnen 5 jaar neer te zetten.

6) Hoe zag jullie plan van aanpak eruit?

Ik ben eerst heel erg op de relaties gaan zitten met zowel de zorgteams als de huisartsen. Het was mijn uitdaging om te zorgen dat iedereen kon blijven wonen waar hij/zij woonde i.p.v. dat ze naar een verpleeghuis zouden moeten vanwege de complexiteit. Ik zette alles op een rijtje m.b.t. wie moet wat doen (arts, VS, zorgteam, paramedici). Vanaf het begin ben ik gaan optrekken met de huisarts bij zijn/haar visite, wat er ook gebeurde, ik zorgde dat ik altijd bij de visite van de huisarts aanwezig was.

7) Hoeveel geld heeft het gekost?

De organisatie en het zorgkantoor hebben afspraken gemaakt over financiële vergoeding voor onder andere de verpleegkundig specialisten. Dit was nodig omdat de organisatie zorg "zonder behandeling" bood, waardoor er op die manier geen geld binnen kwam voor behandelingen. De afspraak gold voor 3 jaar. Ik heb voor het eind van deze drie jaar de organisatie verlaten, dus ik weet niet hoe het verder gegaan is.

8) Is taakherschikking de goede oplossing geweest of is er daarnaast ook gekozen voor taakdelegatie?

De taakdelegatie was van huisarts naar verpleegkundige en dan moet je denken aan voorbehouden handelingen, wondzorg, zwachtelen, dat soort dingen. En de taakherschikking was vooral naar de VS.

INHOUD EN VORMGEVING

9) Wat zijn de belangrijkste kenmerken van jullie samenwerking?

a. Zijn er protocollen of schriftelijke afspraken?

Er is niets schriftelijk vastgelegd tussen huisarts en organisatie (VS). De samenwerking was gebaseerd op vertrouwen in elkaars expertise.

b. Wat is jullie werkwijze?

Je zorgt ervoor dat je de cliënt geheel in kaart hebt. En dan heb ik het over welke medische voorgeschiedenis is er? Welke medicatie gebruikt iemand? Hoe functioneert iemand op lichamelijk gebied, op psychisch gebied, op functioneel gebied, op sociaal gebied en dus echt in zijn totaliteit. En dan op basis van alle gegevens van de cliënt gaan kijken welke problemen spelen er? En zo werd duidelijk dat er heel veel gedaan kan worden zonder een huisarts. Dat je heel veel zelf kan oplossen en proberen om problemen te voorkomen. Omdat je als VS geen eindbehandelaar bent, heb je geen medisch dossier, maar kreeg ik de relevante voorgeschiedenis van de huisarts en ik had de medicatie lijst. Bij inhuizing van de bewoner bracht ik alle informatie samen en vervolgens ging ik de cliënt zien, onderzoeken en spreken en zo nodig de familie spreken. Een analyse van wat goed ging en van de problemen die er lagen volgde. Natuurlijk was er daarna ook weer een terugkoppeling naar de huisarts. Kortom, de VS houdt de regie over alle lopende zaken en bij een acute situatie is de VS in eerste instantie ook het eerste aanspreekpunt (als je op locatie aanwezig bent). In het geval van een hele acute situatie dan wordt de huisarts erbij geroepen.

c. Hoe gaan jullie om met veranderingen in de personele bezetting? Wat gebeurt er als teams veranderen qua samenstelling?

In de vakantie weet het zorgteam en de huisarts welke VS

ze kunnen bellen. In praktijk zie je wel dat het zorgteam en de huisarts het vooral samen oppakken, dan komt de huisarts gewoon wat vaker.

d. Wat gebeurt er bij crisis of escalaties in de zorg rondom cliënten?

Er wordt gebeld met de VS en als die niet bereikbaar is, dan wordt de huisarts gebeld. Natuurlijk kan er ook direct 112 gebeld worden bij mensen met een actief behandelbeleid.

e. Hoe reageren de patiënten op de taakherschikking?

Heel goed en dat zat 'm met name in het feit dat ik meer tijd voor ze had en ook vaker eventjes langsliep om te vragen hoe het met ze ging. Ik zag de cliënten dus vaker dan de huisarts en dat gaf hen een gevoel van vertrouwen.

f. Heeft de taakherschikking invloed gehad op de kwaliteit van zorg en zo ja, wat voor invloed?

Ja, dat denk ik zeker. Een groot deel van wat wij deden en wat ik nu nog steeds doe is dat we eigenlijk vanaf dag één al in gesprek gingen met cliënten en familie over wat ze wilden qua behandelbeleid. We voeren zogenaamde behandelwensengesprekken. Tegenwoordig ook wel advance care planning genoemd. Dus we voerden heel veel gesprekken over wat belangrijk is in het leven van de bewoner, wat de kwaliteit van leven vergroot, wat te doen in acute situaties. Je wordt hierdoor namelijk meestal overvallen en dan belanden de meeste mensen in het ziekenhuis. Maar je hebt daar een keuze in, gaan we voor kwaliteit van leven of trekken we alles uit de kast? En ik denk dat we daarmee heel veel onnodige zorgen voorkomen hebben, maar ook veel meer gehandeld hebben naar de wensen van de cliënt. En ik vind dat echt een grote meerwaarde.

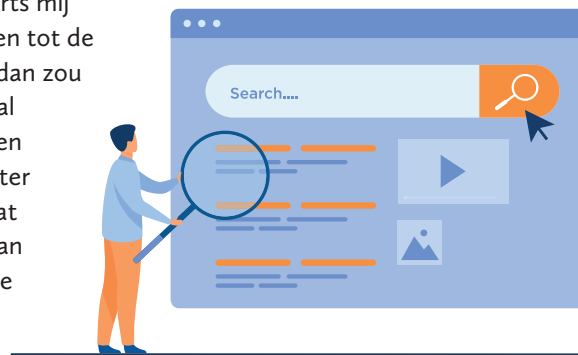
SUCCEFACTOREN

10) Wat zijn volgens jullie de succesfactoren van jullie samenwerking?

Dat we wekelijks samen de visite delen, de huisarts hoeft eigenlijk maar 1x in de week langs te komen om de cliënten door te spreken en daarna kwam hij/zij niet meer (tenzij het heel acuut was). Het delen van alle gegevens, zowel mondeling als op papier. Het vertrouwen van de huisarts in mij, de VS. Meestal nam de huisarts mijn voorstellen m.b.t. een behandeling over. Het vertrouwen hebben in elkaars advies en ideeën en de vrijheid om een behandeling op te volgen als de huisarts weer is vertrokken. Samengevat, de basis is het vertrouwen wat je hebt in elkaar en het aannemen van elkaars advies en ideeën. Het wekelijks bij elkaar komen waardoor je een hele korte lijn hebt en meteen ook heel praktisch alle gegevens bij de hand hebt en meteen kunnen doorpakken met betrekking tot wat je afsprekt. En dat je inzicht hebt in waar elkaars expertise ligt en daarin kunnen de VS en de huisarts elkaar goed aanvullen en elkaars expertise gebruiken.

11) Wat waren de grootste hobbels die jullie zijn tegengekomen in het project?

Het zou fijn zijn geweest als we het medische dossier hadden kunnen delen. In het systeem van de huisarts was het niet mogelijk om alleen bepaalde dossiers in te zien. Als de huisarts mij toegang zou verlenen tot de medische dossiers, dan zou ik de gegevens van al zijn patiënten kunnen inzien. Het was echter niet de bedoeling dat ik ook de dossiers van alle patiënten van de huisarts in kon zien.



Helaas was het niet anders, maar we hebben onze weg hierin gevonden aangezien we elkaar wekelijks spraken. Wij hadden allebei eigenlijk een medisch dossier, de huisarts had zijn medische deel. En de VS had in het zorgleefplan, ook een medisch stuk. Eigenlijk dubbelop. De huisarts kon helaas ook niet in mijn medische dossier, dat zou ook prettig zijn geweest. In dat geval had ik medicatie zelf kunnen voorschrijven en niet de huisarts er mee lastig hoeven vallen.

12) Welke adviezen hebben jullie voor andere projecten die hetzelfde willen bereiken?

Als de VS niet goed gepositioneerd is in de organisatie, dan is het heel moeilijk om daarna stappen te zetten. Het advies is dan ook om ervoor te zorgen dat je laagdrempelig te benaderen bent, dat je aanvullend werkt op zowel verpleegkundigen/verzorgenden én de huisartsen. Zorg dat je vanaf dag 1 bent aangehaakt bij de behandelend arts en win zijn/haar vertrouwen. Aanvullend: leg contact met de huisarts met wie je wil samenwerken en leg uit wat je functie inhoudt: dat je wettelijk gezien als zelfstandig behandelaar mag werken en dat dit niet onder supervisie hoeft. Er is namelijk nog veel onbekendheid met de functie bij huisartsen.

13) Willen jullie je inzetten als ambassadeur om andere projecten verder te helpen? Dit houdt in dat zij bij andere projecten hun kennis en ervaring kunnen delen. En zo hun trots kunnen delen.

Ja, dat ben ik eigenlijk al. Ik zit in het bestuur van een netwerk voor VS-en, ik ben betrokken bij de opleidingscarroussel in de regio en op vraag vertel ik aan andere organisaties hoe het zou kunnen werken en laat ze de meerwaarde van de functie van VS zien.



Interview

INITIATIEVEN TAAKHERSCHIKKING EN SAMENWERKING

Naam geïnterviewde en functie:

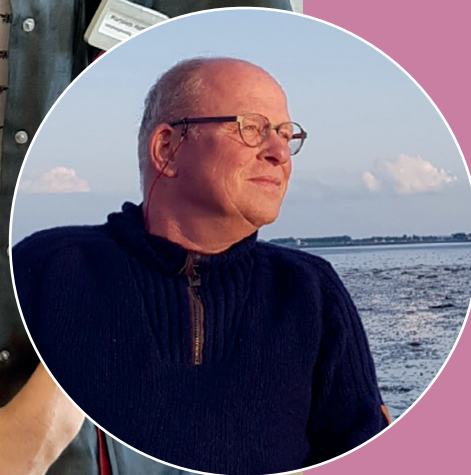
MARJOLEIN HATTINK
VERPLEEGKUNDIG
SPECIALIST

GERARD POEL
VERPLEEGKUNDIG
SPECIALIST

Aantal jaren werkzaam bij:

SINDS 3,5 JAAR
WERKZAAM BIJ
MAGENTAZORG

SINDS 22 JAAR
WERKZAAM BIJ
MAGENTAZORG



ALGEMEEN

1) **Voor welke zorgvragen en/of patiëntencategorie hebben jullie deze taakherschikking vormgegeven?**

We hebben de taakherschikking vormgegeven voor alle bewoners en revalidanten binnen onze organisatie. We hebben mensen met langdurige zorg, dus we hebben woonlocaties. En dat zijn mensen, met o.a. een dementie of met een somatische achtergrond. En we hebben nog een andere tak, de geriatrie revalidatie. Eigenlijk zijn we regiebehandelaar en op de revalidatie heb ik mijn eigen revalidanten onder mijn hoede, waar ik alle zorg voor doe. In het geval dat ik denk dat ik niet voldoende kennis of expertise heb, dan kan ik een SO vragen om mee te kijken. Ook zijn we hoofd-regiebehandelaar op de WLZ locaties. We hebben eigen bewoners onder de hoede. Van opname tot sterven, ook WZD etc. Er is een SO beschikbaar voor overleg en indien nodig medebehandeling of heel soms overnemen van de behandeling.

2) **Welke professionals werkten samen in deze taakherschikking?**

Dit is vormgegeven samen met de specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten en sinds kort hebben we hier een vakgroep voor binnen onze organisatie. Natuurlijk zijn er ook verpleegkundigen op de afdelingen bij betrokken en behandelaars zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten en psychologen (die hebben ook te maken met de WLZ). Wij als VS zijn de spin in het web.

3) **Over hoeveel cliënten/patiënten ging de samenwerking?**

Een fulltime werkende VS heeft ongeveer 60 a 80 bewoners op de woonlocaties onder haar hoede, maar

dit is afhankelijk van de doelgroep, hoeveel contracturen een VS heeft en welke extra taken er zijn. Op onze revalidatie locatie hebben wij momenteel 70 revalidanten. De VS staat aan het hoofd van het behandelteam en er is een SO als achterwacht om mee te sparren als het over complexere zaken gaat. Dit geldt voor alle locaties en zo'n 800 cliënten.

We hebben eigenlijk binnen het team een mix van specialisten ouderengeneeskunde, arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en basisartsen. Er zijn 2 locaties waar een huisarts betrokken is, maar daar zijn wij als VS niet dagelijks bij betrokken.

4) **Wanneer is de samenwerking begonnen en wat was de aanleiding tot taakherschikking/welke problemen wilden jullie oplossen?**

De aanleiding was in 2003 het tekort aan verpleeghuisartsen. 2 Avond/Nacht/Weekend (ANW) verpleegkundigen met ambitie (mijn collega en ik) gingen deel uitmaken van de medische dienst om – in eerste instantie – te zorgen voor triage, dossiers op orde etc. In 2004 zijn we de opleiding tot nurse practitioner gaan volgen na vele gesprekken met management van de organisatie (toen nog een klein, niet gefuseerd verpleeghuis). Er was in het begin dus echt sprake van taakdelegatie. Na het voltooien van de opleiding en de aanvullende opleiding farmacologie te hebben voltooid (2006) kregen wij schoorvoetend onze eigen patiënten, aanvankelijk samen met de verpleeghuisarts (nu: SO).



INHOUD EN VORMGEVING

5) Wat wilden jullie bereiken? En binnen hoeveel tijd?

Wij (de VS) wilden bereiken dat wij onze eigen afdeling(en) zouden krijgen en ook verantwoordelijk zijn voor onze bewoners/patiënten. Ook besteedden wij aandacht aan het feit dat wij verpleegkundige zijn en geen dokter. Dat aspect sneeuwt toch wel vaak onder. Natuurlijk verlies je niet je basis en verpleegkundig hart, maar het werk is toch wel voor > 90% medisch. Ik vind dat niet erg en vind mijn weg hier wel in.

6) Hoe zag jullie plan van aanpak eruit?

Er was geen sprake van een plan van aanpak. Natuurlijk wel in die zin dat we ervoor moesten zorgen gediplomeerd te raken. Let wel, we spreken over de jaren 2004 – 2006. De implementatie van de functie is ad hoc gebeurd. Ook de salarisonderhandelingen hadden wel wat voeten in de aarde maar dat is uiteindelijk door het bestuur van de -inmiddels gefuseerde organisatie- netjes en ruim marktconform opgelost.

7) Hoeveel geld heeft het gekost?

Er was sprake van subsidie voor de opleiding, daarna salaris.

8) Is taakherschikking de goede oplossing geweest of is er daarnaast ook gekozen voor taakdelegatie?

Zie boven. Het is van – taakdelegatie naar – taakherschikking gegaan op een vloeiende manier. Er is nauwelijks iets over vastgelegd behalve dan een taakfunctieomschrijving (TFO). Die is een aantal keer aangepast, wij hebben als VS daar in het begin zelf hard aan gewerkt. Dit uiteraard ook om een goede inschaling te bereiken, maar ook om de werkzaamheden vastgelegd te hebben. NB dit is uitsluitend in een FTO vastgelegd.

9) Wat zijn de belangrijkste kenmerken van jullie samenwerking?

a. Zijn er protocollen of schriftelijke afspraken?

We werken niet met protocollen of schriftelijke afspraken. Wel hebben we een functiebeschrijving. Afhankelijk van de casus schakel ik een collega in die een bepaalde expertise heeft. Bijvoorbeeld een collega die Parkinson verpleegkundige is; deze schakel ik in bij Parkinsonpatiënten om te vragen wat ik het beste kan doen. We hebben natuurlijk wel de standaard protocollen die we binnen de organisatie hebben.

b. Wat is jullie werkwijze?

De VS is de regiebehandelaar en als VS schakel ik alle behandelaren en verpleging in. Ik zorg voor het hele proces. Dus op de revalidatie doen we de MDO's, doen we de familiegesprekken en uitplaatsing ergens anders naartoe. Er is geen structureel overleg met de SO, echt alleen als achterwacht bij een specifieke casus. Andersom vraagt een SO ons ook wel eens om mee te denken bij een casus. Bij een opname doen we direct de advance care planning gesprekken, we begeleiden het hele proces hieromtrent. Palliatieve sedatie is een heel belangrijk onderdeel van ons werk, dat blijven wij doen en daarbij wijken wij van richtlijnen af (in overleg met onze directie). Binnen de vakgroep bespreken wij alle ontwikkelingen en bepaalde problemen. Vanuit de vakgroep geven we een advies aan het bestuur. Neem als voorbeeld de richtlijn voor de palliatieve sedatie; dit bespreken we in de vakgroep en namens de vakgroep sturen we een reactie naar de directie en geven we in dit geval aan dat we ons niet aan deze richtlijn zullen houden. In onze reactie geven we duidelijk aan waarom we van de richtlijn afwijken. V&VN is ook bezig met een richtlijn te ontwikkelen, dit wachten we af en daarna kijken we verder.

c. Hoe gaan jullie om met veranderingen in de personele bezetting? Wat gebeurt er als teams veranderen qua samenstelling?

We hebben een vakgroep bestaande uit specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten. In deze vakgroep hebben we portefeuilles o.a. de portefeuille HR en degene die deze portefeuille heeft, is verantwoordelijk voor de personele bezetting en koppelt dit terug naar de vakgroep. Tijdens ziekte en vakantie nemen we voor elkaar waar, dit kan ook worden gedaan door een SO. Als de SO afwezig is door bijvoorbeeld vakantie, dan neemt de VS voor hem/haar waar. Binnen onze organisatie is dit zo goed geregeld, dit gaat bijna vanzelf. Wel is er binnen de organisatie altijd een SO aanwezig voor overleg.

d. Wat gebeurt er bij crisis of escalaties in de zorg rondom cliënten?

Afhankelijk van hoe groot de crisis is, gaan we als team met elkaar in gesprek. Als VS beoordeel ik de situatie van mijn revalidant als eerste en bij een complexe situatie gaan we met het team zitten en lossen we het met elkaar op. Op de momenten dat mensen niet goed gaan, bij de complexe casuïstiek, kijkt de SO mee. De VS heeft bij onze organisatie heel veel verantwoordelijkheid en doet het meeste zelf, zoals bijvoorbeeld cliënten naar het ziekenhuis sturen of het inschakelen van een psychiater als een client al bij hem/haar bekend is.

e. Hoe reageren de patiënten op de taakherschikking?

Marjolein: Ik leg elke keer uit dat ik verpleegkundig specialist ben en bij onze doelgroep revalidanten komt dat niet altijd even goed binnen. We doen ons best om aan te geven voor welke vragen iemand bij ons terecht kan. Soms wil een cliënt echt een dokter zien, dan doen we dat om escalatie te voorkomen. Over het algemeen wordt het gewoon geaccepteerd. Gerard: Ik werk in de WLZ met voornamelijk PG bewoners. Voor hen ben ik de “dokter”, zo zien zij mij. Familie en naasten weten uiteraard hoe het zit. Ook heb ik visitekaartjes waar mijn functie duidelijk op staat.

f. Heeft de taakherschikking invloed gehad op de kwaliteit van zorg en zo ja, wat voor invloed?

Ik denk vooral dat wij voor een heel stuk stabiliteit zorgen. We zitten vaak langer op een locatie, basisartsen wisselen bijvoorbeeld heel vaak. Doordat wij langer op een locatie zitten, kennen we het team goed, je bent op elkaar ingespeeld en doordat je er langer zit, kun je als VS een heel stuk kwaliteitsverbetering doen. Het geeft de locatie rust als er een VS zit. Ik denk dat je als VS (verpleegkundige) echt in het zorgteam kan staan. Je bent laagdrempelig, hoewel ik vind dat de meeste SO's dat ook zijn.



SUCCESFACTOREN

10) Wat zijn volgens jullie de succesfactoren van jullie samenwerking?

Vertrouwen in elkaar hebben en dat je goed grenzen weet aan te geven, zeker als je net start dan heb je veel meer supervisie momenten. Als je wat ervarener bent, dan word je meer losgelaten. Belangrijkste is het vertrouwen in elkaar hebben dat iemand aan de bel trekt op moment dat hij/zij hulp nodig heeft. Er is altijd een collega waar je op terug kunt vallen, dat is heel belangrijk.

Wat ik ook heel mooi vind bij ons is dat we nu de vakgroep hebben. De medische vakgroep is verantwoordelijk voor het reilen en zeilen binnen de organisatie. Hierin is geen onderscheid tussen VS-en en SO's, we zijn allemaal verantwoordelijk voor bepaalde portefeuilles zoals Parkinson, Wet Zorg en Dwang en Wetenschap, hier wordt geen onderscheid in functie gemaakt en dat is heel fijn. Op deze manier kun je je goed positioneren als verpleegkundig specialist binnen de organisatie. Het feit dat het door het bestuur gedragen wordt is voor ons heel belangrijk.

11) Wat waren de grootste hobbels die jullie zijn tegengekomen in het project?

Een grote hobbel was een reorganisatie een jaar of 8 geleden waarbij het doel was een behandelteam samen te stellen met louter SO's en GZ psychologen. Dit betekende dat alle VS, de basisartsen en huisartsen die in dienst waren, alsmede de masterpsychologen boventallig (zouden) worden verklaard. Uiteindelijk is die reorganisatie maar ten dele geëffectueerd, vooral vanwege leegloop binnen de medische dienst en wellicht veranderd inzicht. Inmiddels waait de wind van uit een totaal andere richting.

12) Welke adviezen hebben jullie voor andere projecten die hetzelfde willen bereiken?

Ga vooral kijken hoe het bij andere organisaties georganiseerd is. Ga niet zelf het wiel uitvinden, dat is zonde, want er zijn al organisaties waar het al heel goed loopt. En zorg dat de SO's in de visie geloven, maar ook management en directie, en dat iedereen achter deze manier van werken staat.

13) Willen jullie je inzetten als ambassadeur om andere projecten verder te helpen? Dit houdt in dat zij bij andere projecten hun kennis en ervaring kunnen delen. En zo hun trots kunnen delen.

Ja



Met dank aan de verpleegkundig specialisten die hun bijdrage verleend hebben aan dit boekje met succesverhalen over taakherschikking in de medische zorg als onderdeel van het programma: behandeldeskundigheid/duurzame medische zorg in Noord-Holland Noord.



Voor meer informatie kan er contact worden opgenomen met Jan-Luuk de Groot (Programmamanager Behandeldeskundigheid Noord-Holland Noord), Jan-Luuk@degrootzorgadvies.nl