

Factsheet Programma Krachtige basiszorg Amsterdam

Achtergrondinformatie

Het bieden van huisartsenzorg ziet er anders uit in praktijken met veel (>30%) achterstandspatiënten. Daarom werken zorg- en welzijnsprofessionals in aandachtswijken anders; ze gebruiken andere tools en er wordt extra geïnvesteerd in het assistententeam. Ook wordt er meer samengewerkt in de wijk, waardoor meer inzicht in complexe problematiek ontstaat.

De Amsterdamse Huisartsenalliantie (AHA) heeft als ambitie het verbeteren van de (integrale) zorg voor kwetsbare patiënten in praktijken met de meeste achterstandspatiënten. Om dit te bereiken zet zij in op het implementeren van het programma Krachtige basiszorg waarbij het toepassen van het 4Domeinen model, inzet van een POH-Kb en intensieve samenwerking met het sociaal domein kernelementen zijn.

Wat zijn de randvoorwaarden om mee te doen?

Huisartsenpraktijken die deelnemen aan Krachtige basiszorg hebben >30% achterstandspatiënten. Bij instroom van nieuwe praktijken wordt eerst gekeken naar de praktijken met de meeste achterstandspatiënten. Om te kunnen meedoen is het nodig om lid zijn van een AHA-zorggroep en verwachten we dat deelnemers kunnen voldoen aan onderstaand kader.

Afbouwregeling

Als een praktijk onder de 30% achterstandspatiënten komt, moeten de Kb-middelen worden afgebouwd. Om te voorkomen dat de Kb-praktijk daardoor in financiële problemen komt is een afbouwregeling van kracht. In het eerste jaar ontvangt de praktijk nog 100%, het tweede jaar tweede jaar 50% en daarna geen Kb middelen meer.

De kaders voor deelname bestaan uit vier pijlers:

1. Scholing, training, teambuilding

Alle (nieuwe) medewerkers zijn getraind in het 4D-model of een vergelijkbare methodiek. Alle Kb-praktijken doen jaarlijks aan teambuilding: een (begeleide) doorlichting van de verschillende rollen en taken binnen het team om het hele team goed te betrekken bij (de methodiek van) Krachtige basiszorg.

Nieuwe praktijken volgen de eerste drie jaar jaarlijks een training over een kwetsbare patiëntengroep en maken een verbeterplan voor deze kwetsbare groep. Zo'n gezamenlijke training dient tegelijk als teambuilding.

Na drie jaar staat het de praktijk vrij om desgewenst een andere Kb-gerelateerde activiteit te agenderen dan een training rond een specifieke doelgroep. Ook zo'n andere activiteit kan fungeren als teambuilding, indien die activiteit de benodigde elementen van teambuilding bevat.

Daarnaast wordt van zowel POH-Kb's in startende praktijken als van nieuwe POH-Kb's die in een praktijk komen werken die Krachtige basiszorg doet verwacht dat zij de opleiding POH-Krachtige basiszorg volgen. Deze opleiding kan worden gefinancierd vanuit de Krachtige basiszorg-middelen, start jaarlijks en bestaat uit acht lesdagen bij Inholland Academy.

2. Leren van elkaar

De Kb-praktijk neemt deel aan een periodiek overleg met andere Kb-praktijken in hetzelfde stadsdeel, dat minstens 4 keer per jaar plaatsvindt. Hier worden ervaringen en meer of minder succesvolle interventies gedeeld. Er is een aanwezigheidsplicht van 75% voor tenminste 2 vaste

praktijkmedewerkers per Kb-praktijk, onder wie in ieder geval de POH-Kb en bij voorkeur een huisarts. Data van bijeenkomsten, deelnemers en besproken thema's komen terug in de verantwoording over het voorgaande jaar.

3. Een POH-Krachtige basiszorg (ook wel POH welzijn of POH generalistisch)

De Kb-praktijk zet per 100 achterstandspatiënten minimaal 1 uur per week in voor POH-Kb-taken. Deze POH-Kb-taken kunnen ook gedaan worden door een POH-S, POH-O, POH-GGZ of praktijkverpleegkundige met extra uren, zolang deze uren maar specifiek voor POH-Kb-taken gelabeld zijn (contacten onderhouden met (wijk) partners, hometeams organiseren, voeren van 4D-gesprekken etc.). Een overeenkomst hiervan moet beschikbaar zijn.

Bij een tijdelijke vacature houd je aanspraak op Kb, conform je populatie en vacatureruimte. Als de praktijk langdurig geen POH-Kb heeft of minder dan minimaal gevraagd, dan gaat de Kb vergoeding omlaag.

Een POH-Kb werkt minimaal 4 uur per week bij dezelfde praktijk (zodat de POH goed ingebed raakt in praktijk en wijk) en is minimaal 16 uur per week in totaal werkzaam als POH-Kb (conform de eisen van de POH-O). Het volgen van scholingen wordt meegeteld in deze uren.

De POH-Kb wordt betaald uit de Krachtige basiszorg middelen van de praktijk. De consulten van een POH-Kb zijn daarom niet declarabel. Als een POH-Kb ook werkt als POH-GGZ dient daarvoor goed onderscheid gemaakt te worden tussen de consulten als POH-GGZ en POH-Kb.

4. Samenwerking met het sociaal domein en andere wijkpartners

De Kb-praktijk neemt minstens 4 keer per jaar deel aan een hometeam, bestaande uit wijkpartners met expertise op het gebied van kwetsbare patiënten. Buurpraktijken kunnen dit overleg combineren, dat heeft zelfs de voorkeur. Het hometeam bestaat naast de POH-Kb uit minimaal één andere medewerker van de Kb-praktijk (dat hoeft niet per se een huisarts te zijn, denk bijv. aan de POH-O) en uit vertegenwoordigers van het Buurteam, Ouder- en Kindteam, Sociale Basis en Wijkverpleging. Bij voorkeur zijn ook GGZ, MEE en HVO Querido of vergelijkbare organisaties vertegenwoordigd.

Een hometeam heeft als doel elkaar te (leren) kennen en samenwerkingsafspraken te maken/ bij te stellen/onderhouden.

NB Krachtige basiszorg vereist langere consulten. We verwachten dat alle deelnemende praktijken de Meer Tijd Voor de Patiënt-middelen inzetten om 15 minuten consulttijd te implementeren. Voor de meeste Kb praktijken zal gelden dat een deel van de middelen wordt ingezet voor nog meer uitbreiding van spreekuurtijden dan de MTVP middelen mogelijk maken.

Verantwoording

De praktijk stelt vóór 1 januari, volgens een eenvoudig format, een plan op voor het Kb-programma van het komende jaar en evalueert kort het plan van het voorgaande jaar: voortgang en resultaten. Jaarlijks, tegelijk met de eindverantwoording, levert de praktijk aan de programmacoördinator (Elaa) de gegevens over deelname aan scholing, overleggen met hometeams en andere Kb praktijken

- ✓ Alle (nieuwe) medewerkers scholen zich in gebruik van het 4D-model en volgen ten minste eens per jaar een scholing over specifieke kwetsbare patiëntengroepen (LVB, complexe gezinnen, demente migranten, vluchtelingen etc.).
- ✓ De Kb-praktijk is aangesloten bij een periodiek overleg van Kb-praktijken (in hetzelfde stadsdeel) die tenminste 4 keer per jaar bij elkaar komen. Er is een aanwezigheidsplicht van 75% door tenminste 2 vaste praktijkmedewerkers onder wie de POH-Kb. Data van

bijeenkomsten, deelnemers en besproken thema's komen terug in de verantwoording over het voorgaande jaar.

- ✓ Per 100 achterstandspatiënten zet de Kb-praktijk tenminste 1 uur POH-Kb per week in. Dat mag ook een POH-S, POH-O, POH-GGZ of praktijkverpleegkundige zijn met contractuitbreiding, als die extra uren maar geormerkt zijn voor de taken van een POH-Kb (contacten onderhouden met partners in de wijk, hometeams organiseren, voeren van 4D-gesprekken etc.). Een overeenkomst hiervan moet getoond kunnen worden.
- ✓ Tenminste 4 keer per jaar neemt de Kb-praktijk deel aan een hometeam: partners in de wijk met relevante expertise op kwetsbaarheden van de patiëntenpopulatie. Buurtpraktijken kunnen dit hometeamoverleg combineren. In het hometeam zitten naast de POH-Kb en ≥ 1 andere medewerker van de Kb-praktijk tenminste vertegenwoordigers uit de betreffende buurt/ wijk van Buurtteam, Ouder en Kindteam, Sociale Basis, Wijkverpleging en bij voorkeur (inspanningsverplichting) ook GGZ en HVO Querido of vergelijkbaar.
- ✓ Eens per jaar, tegelijk met de eindverantwoording van dat jaar, worden bewijzen van deelname van medewerkers aan scholing, onderling overleggen met andere Krachtige basiszorg praktijken, hometeam overleggen en de overeenkomst met de POH-Kb aangeleverd aan de programmacoördinator (Elaa).