



Beleidsplan 2017 – 2018

BELEIDSPLAN 2017-2018

Woord vooraf

Bestuur en directie van de Stichting Levensidekliniek presenteren u het Beleidsplan 2017-2018.

Het beleidsplan is het uitgangspunt voor het vaststellen van de begroting. Hierdoor vormen deze één geheel. De begroting wordt uitsluitend voor 2017 opgesteld.

Dit beleidsplan wordt vastgesteld in de bestuursvergadering van 15 december 2016. Het is besproken met de Adviesraad van de Stichting Levensidekliniek. Het Beleidsplan is een openbaar document en wordt voor het publiek ter beschikking gesteld via de website van de Levensidekliniek¹.

Het bestuur van de Stichting Levensidekliniek:

J.N. Schreuder
Voorzitter

A.A.J. Streppel
Penningmeester

M.S.C. Mous
Bestuurslid

E. Pans,
Bestuurslid

D.J.B. Ringoir,
Bestuurslid

De directeur van de Levensidekliniek:

S. Pleiter

¹ www.levensidekliniek.nl

Inhoudsopgave

- Inleiding	6
Ons werk	
- Doelstelling	7
- Wettelijk kader	7
- De positie van de Levensindekliniek in de Nederlandse maatschappij	8
- Samenwerking	8
- Zorginstelling	10
Onze zorg	
- Toename aantal hulpvragen	11
- Positionering Levensindekliniek	12
- Hulpvragen van psychiatrisch patiënten	13
- Werkwijze Arts-zorgmanager	14
- Werkwijze Triage	14
- Werkwijze Ambulante teams	15
- Werkwijze Multidisciplinair overleg	15
- Werkwijze Aanmeldingen	16
- Werkwijze Uitvoering van euthanasie	16
- Werkwijze Afwijzing	16
- Wetenschappelijk onderzoek afgewezen hulpvragen	17
- Werkwijze Wachtenden	17
- Werkwijze Psychiatrie	18
- Werkwijze Spoed	18
- Werkwijze Euthanatica	19
- Werkwijze Hulpvragen uit het buitenland	20
Onze expertise	
- De Levensindekliniek als expertisecentrum	21
- Consulent euthanasie	21
- Scholing	22
- Website expertisecentrum	23
- Co-schappen	23
Onze Vrienden	
- Stichting Vrienden van de Levensindekliniek	24
Onze bedrijfsvoering	
- Governance	25
- Besturingsconcept en stijl van leidinggeven	25
- Structuur en formatie	25
- Zorgmanagement wordt medisch management	26
- Formatie ambulante teams	26
- Onderzoek naar workload per medewerker in de ambulante teams	27
- Formatie Bureau Den Haag	27
- Medewerkers	28
- Vakmanschap	28
- Pensioenvoorziening	29

- Medewerkersonderzoek	29
- Overleg en communicatiestructuur	29
- Medewerkersgids	30
- Medewerkersvertegenwoordiging	30
- Planning & control cyclus	31
- Financiering	31
- Financiering van taken	31
- Kostendekkend primair proces	32
- Kostendekkende tarieven	32
- Weerstandsvermogen	33
- Op weg naar een gezonde financiering voor de Levensindekliniek	34
- Fondsenwerving	35
- Financiële planning	35
- Continuïteit	35
- Accountantscontrole	35
- Geen winstoogmerk	35
- Beheer van middelen	35
- Besteding van middelen	36
- Rechtsvorm & inschrijving	36
- Adviesraad	36
- Kwaliteitsmanagementsysteem	37
- Prestatie indicatoren	37
- Klachtenregeling	37
- Privacyregeling	37
- ICT systemen	38
Tenslotte	39
Aktieplan 2016	40
Aktieplan 2017	42

Inleiding

In Nederland worden jaarlijks zo'n 13.000² concrete verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding³ gedaan. In 2015 werden 5516⁴ verzoeken gehonoreerd en dertig procent van de mensen die een verzoek doet, overlijdt voordat het verzoek tot levensbeëindiging tot inwilliging kon komen. De overige verzoeken worden niet ingewilligd omdat de arts meent dat niet aan de zorgvuldigheids-criteria van de wet is voldaan, of omdat de arts om principiële of andere redenen de levensbeëindiging niet uit wil voeren. Aangezien er geen wettelijke verwijsplicht is voor artsen die een euthanasieverzoek niet kunnen of willen honoreren, blijft het verzoek van een groep mensen dus onbeantwoord. Dit geldt niet alleen voor mensen met een of meerdere lichamelijke aandoening(en), maar ook voor chronisch psychiatrische patiënten met een doodswens en mensen met dementie.

De Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE) heeft daarom een organisatie opgericht die deze groep mensen kan helpen. Dit is de Levenseindekliniek, die op 1 maart 2012 van start ging. Het aantal aanmeldingen bedraagt op het moment van schrijven gemiddeld 140 per maand. Dit toont aan dat er behoefte is aan een alternatief voor de patiënt wiens arts aangeeft niet in staat te zijn om een euthanasieverzoek te honoreren.

Feiten

In 2015 overleden in Nederland 147.134⁵ mensen, waarvan 5.516 mensen (3,75%) door euthanasie en hulp bij zelfdoding (HBZ) (zoals bedoeld in de Wtl). Het percentage overledenen als gevolg van euthanasie en HBZ is sinds 2009 ruim verdubbeld, terwijl het aantal overledenen met net geen 10% toenam.

Van het totaal meldingen in 2015 kreeg 96% euthanasie (de dodelijke middelen worden door de arts per injectie toegediend) en 4% hulp bij zelfdoding (de arts overhandigt een drankje met dodelijke middelen, dat de patiënt zelf opdrinkt).

Net zoals ook in voorgaande jaren waren het vooral patiënten met kanker die euthanasie kregen. De Regionale Toetsingscommissies euthanasie melden de volgende verdeling (op aandoening) in 2015:

<i>Kanker</i>	<i>4.000</i>	<i>72,5%</i>
<i>Aandoeningen van het zenuwstelsel</i>	<i>311</i>	<i>5,6%</i>
<i>Hart- en vaataandoeningen</i>	<i>233</i>	<i>4,2%</i>
<i>Longaandoeningen</i>	<i>207</i>	<i>3,8%</i>
<i>Stapeling van ouderdomsklachten</i>	<i>183</i>	<i>3,3%</i>
<i>Dementie</i>	<i>109</i>	<i>2,0%</i>
<i>Psychiatrie</i>	<i>56</i>	<i>1,0%</i>
<i>Overige somatische aandoeningen</i>	<i>417</i>	<i>7,6%</i>

² Sterfgevallen onderzoek 2010 – ZonMW / Website www.nvve.nl

³ Voor de leesbaarheid van het document spreken wij meestal alleen over euthanasie, terwijl daarmee tevens de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding bedoeld wordt.

⁴ Jaarverslag 2015 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie

⁵ Centraal Bureau voor de Statistiek: Bevolking en bevolkingsontwikkeling; per maand, kwartaal en jaar

ONS WERK

Doelstelling

Het doel van de Levenseindekliniek is om mensen te helpen met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding, dat aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria voldoet, maar door de behandelend arts niet wordt gehonoreerd.

De hulp die de Levenseindekliniek biedt moet gezien worden als een 'vangnet', en is niet bedoeld als structurele oplossing. De Levenseindekliniek hanteert het principe dat het euthanasieverzoek eigenlijk thuis hoort in de relatie tussen patiënt en diens behandelend arts. In een optimale wereld wordt ieder verzoek van een patiënt serieus onderzocht, hetzij door de eigen behandelend arts, hetzij door een collega uit de praktijk, waarneemgroep of regio.

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTI of euthanasiewet) biedt de mogelijkheid om een arts te vragen om hulp bij een vrijwillige beëindiging van het leven als er sprake is van ondraaglijk lijden. Het verzoek wordt gedaan bij de eigen behandelaar (meestal de huisarts). De beroepsgroep (KNMG / LHV) stelt dan dat de arts een morele plicht heeft om zijn patiënt naar een andere arts te verwijzen, als hij religieuze, morele of andere redenen heeft om niet op het verzoek van zijn patiënt in te gaan. Ook als een arts er aan twijfelt of aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria wordt voldaan, kan een beroep op de Levenseindekliniek gedaan worden.

De Levenseindekliniek doet een vooronderzoek gebaseerd op medische informatie van de hulpvrager. Vervolgens kan een ambulante team van een arts en een verpleegkundige worden ingezet dat de hulpvraag onderzoekt en, als aan de zorgvuldigheidscriteria wordt voldaan, euthanasie of hulp bij zelfdoding verleent.

De Levenseindekliniek moet laagdrempelig toegankelijk zijn voor hulpvragers, dus zonder verwijzing. Zolang er bij euthanasiehulpvragen geen verwijsplicht bestaat moet er immers een instelling zijn waar je zonder verwijzing van de (huis)arts terecht kunt.

De Levenseindekliniek biedt hulp die in principe uit de zorgverzekeringswet (ZVW) gefinancierd wordt, en aangevuld wordt met fondsen verkregen uit giften, schenkingen, legaten en subsidies.

Wettelijk kader

De Levenseindekliniek werkt strikt binnen de kaders van de euthanasiewet. Toetsing van iedere uitgevoerde en gemelde euthanasie vindt plaats volgens de eveneens in deze wet vastgelegde procedure en binnen de voor de beroepsgroep bestaande richtlijnen.

De door de Regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE) in het voorjaar van 2015 gepubliceerde Code of Practice is ook voor de Levenseindekliniek een goede leidraad voor de interpretatie van de wet. Het beschrijft de overwegingen die de RTE's maken bij het beoordelen van een euthanasiemelding.

De positie van de Levenseindekliniek in de Nederlandse maatschappij

De Levenseindekliniek staat in het middelpunt van de medisch-ethische discussie over normen en waarden met betrekking tot het zelfgekozen levenseinde en actieve levensbeëindiging. Het debat over de (on)mogelijkheden van de euthanasiewet krijgt steeds nieuwe voeding door de complexe casuïstiek waarmee de Levenseindekliniek geconfronteerd wordt. Dit vraagt van ons een uiterst nauwkeurige en zorgvuldige werkwijze. Het ethische en maatschappelijke vergrootglas vraagt om nauwgezette toetsing wat tot intensieve procedures leidt.

Wij beogen op een transparante en toetsbare wijze deze taak in te vullen. De kwaliteit van de te leveren zorg moet, gezien de aard van de organisatie, op een hoog niveau staan. Deze mag niet betwijfeld worden, zelfs niet als er over individuele casus discussie ontstaat. Het vraagt om nauwkeurige en integere berichtgeving, met respect voor de verschillende opvattingen in de maatschappij.

Wij fungeren als vangnet voor euthanasieverzoeken die elders niet gehonoreerd kunnen worden. Onze zorg beperkt zich tot een grondig en deskundig onderzoek van het euthanasieverzoek en de uitvoering daarvan. Als uit onderzoek blijkt dat andere, bijvoorbeeld palliatieve, opties gekozen moeten worden, dan verwijst de Levenseindekliniek naar de hoofdbehandelaar. Hoewel wij ons onderdeel voelen van de palliatieve zorg, is alleen het euthanasieverzoek en de uitvoering daarvan onze expertise.

Het onderzoek dat de teams van de Levenseindekliniek doen moet nauwkeurig, zorgvuldig en compleet zijn. Vragen over leven en dood eisen de uiterste inzet om deze vragen volledig te beantwoorden. Daarom kan de Levenseindekliniek geen concessie doen aan de degelijkheid van haar onderzoek. Hoewel doelmatigheid als vanzelfsprekend voor iedere zorginstelling een streven dient te zijn, kan dit in het geval van de Levenseindekliniek niet tot concessies met betrekking tot de kwaliteit van de zorg leiden.

Samenwerking

De Levenseindekliniek stelt zich nadrukkelijk ten doel om een zo goed mogelijke samenwerking met de behandelaars van haar patiënten op te bouwen. De perceptie die behandelaars van de Levenseindekliniek hebben moet die van specialisten op het gebied van euthanasie zijn. Niet die van concurrent of betweter. Het streven naar samenwerking wordt daarom al direct na ontvangst van een aanmelding geconcretiseerd door contact van één van de arts-zorgmanagers met de behandelaar van de hulpvrager. Gedurende het gehele onderzoek wordt gestreefd naar een optimale communicatie met de behandelaar. De behandelaar wordt uitgenodigd om 'samen op' te werken.

Onze maatschappelijke positie vraagt om goed contact met belanghebbenden (stakeholders). Wij investeren daarom in goede relaties met betrokkenen op alle relevante gebieden, en streven naar een open communicatie. Vanzelfsprekend zonder daarbij in te gaan op casuïstiek of het medisch geheim te schenden. De volgende opsomming van belanghebbenden is niet compleet en geeft een indicatie van instanties waarmee wij een relatie willen onderhouden:

- Beroepsgroep:
 - KNMG
 - NHG
 - LHV
 - Verenso
 - NVvP
 - NVMO
 - SCEN
 - KNMP
 - FMS
 - V&VN
- Overheid, politiek en toezicht:
 - Woordvoerders Commissie Volksgezondheid van de Tweede Kamer
 - Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
 - Ministerie VWS
 - Inspectie voor de Gezondheidszorg
 - Openbaar Ministerie
- Patiënten:
 - Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE)
 - Nederlandse Patiënten en consumenten Federatie (NPCF)
 - Nederlandse Patiëntenvereniging
- Wetenschap
 - Huisartsenopleidingen
 - Onderzoekers
- Financiering:
 - Zorgverzekeraars
 - Zorgverzekeraars Nederland
 - (vermogens)Fondsen
 - Vrienden c.q. particuliere donoren

Zorginstelling

De Levensidekliniek fungeert als een zorginstelling. In de afgelopen vijf jaar is gebleken dat wij, gezien het karakter van onze organisatie, niet in 'bestaande hokjes' passen. Als organisatie die fungeert als een vangnet, streef je naar een structurele oplossing voor de groep mensen waarvoor wij werken. Daarbij past geen streven naar continuïteit of institutionaliseren van onze organisatie.

Bovendien kenmerkt ons werk en ons onderzoek zich door een beperkt aantal, maar intensieve gesprekken. De huisarts kan een euthanasieverzoek vaak onderzoeken in meer frequente en kortere contacten. Dit leidt voor de Levensidekliniek tot andere kosten dan voor een gemiddeld traject van een huisarts.

De Levensidekliniek ontwikkelt zich tot een expertisecentrum op het gebied van euthanasieonderzoek, met name bij complexe euthanasieverzoeken.

In 2015 namen wij ons voor⁶ om een toelating als zorginstelling⁷ te vragen. In 2016 hebben wij ons beleid heroverwogen en geconcludeerd dat hoewel wij ons zullen gedragen als een zorginstelling, wij een feitelijke toelating, vooralsnog, niet zullen aanvragen.

Dit betekent in de praktijk dat wij gaan voldoen aan de voorwaarden die de WTZi aan zorginstellingen stelt, zoals, bijvoorbeeld:

- Het wijzigen in een Raad van Toezicht – Raad van Bestuur bestuursmodel
- Instellen van een cliëntenraad;
- Formaliseren van de Adviesraad

Ongewijzigd blijft dat de Levensidekliniek een instelling is zonder winstoogmerk met als belangrijkste doel om mensen te helpen die hun indringende euthanasieverzoek niet door de behandelend arts ingewilligd zien. Deze status is door de Belastingdienst bevestigd door de erkenning als Algemeen Nut Beogende Instelling (ANBI)⁸

⁶ Stichting Levensidekliniek Beleidsplan 2016-2017

⁷ Volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

⁸ Met ingang van 2 november 2011, brief Belastingdienst 3 juli 2012

ONZE ZORG

Toename aantal hulpvragen

De Levenseindekliniek groeit snel. Hoewel er geen activiteiten verricht worden gericht op het werven van patiënten, weten zowel hulpvragers als artsen de Levenseindekliniek in toenemende mate te vinden. Wij zien dit als een bevestiging van onze zorgvuldige werkwijze én als een bevestiging van de noodzaak van een instelling die expertise ontwikkelt op het gebied van complexe euthanasie.

Maatschappelijke ontwikkelingen, zoals het vergrijzen van de samenleving en een duidelijker mening over de laatste levensfase wijzen in de richting van verdere toename van deze zorg.

De ontwikkeling van, de omvang van, de zorg zoals de Levenseindekliniek die biedt is als volgt:

Jaar	Aanmeldingen	Gehonoreerde verzoeken	Opmerkingen
2012	603	32	2012 = 10 maanden: 1-mrt / 31-dec
2013	749	133	
2014	1.035	231	
2015	1.234	365	
2016	1.600	500	prognose op grond van aantallen per 31-aug-16
2017	2.000	650	prognose op grond van aantallen, en ontwikkelingen per 31 aug-16

De verwachte verdere toename van onze zorg in 2017, beschouwen wij als een realiteit, en tegelijkertijd als een zorg. Het toont aan dat er een grote behoefte is aan goede levenseindezorg. Tegelijkertijd laat het zien dat een euthanasieverzoek van complexe aard, ingewikkeld is binnen de huisartspraktijk.

- Het toenemen van het aantal hulpvragen is (zeker voor de komende jaren) een gegeven, waarop de Levenseindekliniek reageert door ervoor te zorgen dat er voldoende capaciteit is om deze hulpvragen te behandelen;
- De snelle groei in het recente verleden en de te verwachten voortzetting daarvan in de nabije toekomst impliceert veranderingen in de organisatie. Behoud van kwaliteit en waar mogelijk verbetering daarvan vormen de belangrijkste uitdagingen voor de komende jaren.

Positionering Levensindekliniek

De Levensindekliniek vindt het haar primaire taak om te fungeren als expertisecentrum op het gebied van complexe euthanasieverzoeken. Doordat de medewerkers van de Levensindekliniek deze frequent onderzoeken wordt expertise ontwikkeld die hen in staat stelt om deze verzoeken op een verantwoorde wijze te onderzoeken en uit te voeren.

Dit impliceert dat de Levensindekliniek voor verzoeken die niet van complexe aard zijn, niet de beste oplossing is.

Dit geldt eveneens voor de hulpvragen die in een dusdanig stadium aangemeld worden dat deze een spoedeisend karakter krijgen. Euthanasie is planbare zorg, en zou nooit spoedeisend moeten worden. Het is oneigenlijk dat deze verzoeken bij de Levensindekliniek terecht komen.

De Levensindekliniek acht het van strategisch belang om de functie van expertisecentrum ook verder te ontwikkelen in de zin van het bieden van begeleiding van artsen en het ontwikkelen van lesmateriaal.⁹

- De Levensindekliniek gaat in gesprek met de beroepsgroep in het algemeen, en de KNMG en de NVMO¹⁰ in het bijzonder, om te spreken over betere oplossingen voor de euthanasieverzoeken die niet complex van aard zijn;
- De Levensindekliniek ondersteunt het (KNMG) beleid om aan te dringen op het door behandelaars tijdig spreken over het levenseinde;
- De Levensindekliniek versnelt de ontwikkeling van het Expertisecentrum, in de functie van het begeleiden van artsen en ontwikkelen van scholingsmodules.

⁹ Zie voor deze functie van het expertisecentrum hoofdstuk 'Onze expertise' op pagina 21

¹⁰ Nederlandse Vereniging voor Medisch Oncologie

Hulpvragen van psychiatrisch patiënten

Door de jaren heen ligt het aantal aanvragen van psychiatrische patiënten op ongeveer een derde van het totaal (2012: 36%, langzaam dalend naar 31% in 2016). Deze groep patiënten meldt zich met een per definitie complexe hulpvraag. Euthanasiemeldingen van patiënten met een psychiatrische aandoening komen nog maar enkele jaren voor in de rapportages van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Er is dus veel onontgonnen terrein op dit gebied.

Ondanks het gestaag toenemende aantal psychiaters, en de waardering die wij opbrengen voor die psychiaters die hun nek op dit gebied willen uitsteken, hebben wij te maken met onacceptabele wachttijden. Iedere hulpvraag wordt door de Levenseindekliniek direct na ontvangst van de (complete) aanmelding in behandeling genomen. Hulpvragen van deze aard vragen vaak om de inzet van een psychiater voor het onderzoek. Daarnaast is er een groot aantal van deze hulpvragen. Hierdoor ontstaat er te veel wachttijd tussen het moment dat het onderzoek zou kunnen starten en het moment dat daarvoor een psychiater beschikbaar is.

- De Levenseindekliniek zet alle denkbare creativiteit in om met zoveel mogelijk psychiaters in gesprek te komen, en daarmee het aantal voor de Levenseindekliniek beschikbare psychiaters uit te breiden.

Werkwijze | Arts-zorgmanager

Van een klein groepje pionierende mensen in 2012 is de Levensindekliniek uitgegroeid tot een grote professionele organisatie. In 2014 is daarom de stap gezet om een arts in de functie van arts-zorgmanager aan te stellen. Deze functie wordt als duobaan ingevuld. In deze functie nemen de twee artsen-zorgmanagers de verantwoordelijkheid voor ons primaire proces, en sturen de ambulante teams aan.

De artsen-zorgmanagers stellen procedures op en zijn vraagbaak van en ondersteuning voor de triagisten en administratieve medewerkers op het kantoor in Den Haag. Ze zijn daarnaast aanspreekbaar voor (huis)artsen die bellen om advies en voor de ambulante teams.

Wij hechten er aan dat bij iedere nieuwe hulpvraag door de arts-zorgmanager direct contact met de behandelend arts wordt opgenomen. Dit gesprek gaat over de visie van de eigen behandelaar op het euthanasieverzoek, de klinische toestand van patiënt, de mate waarin hij betrokken wenst te zijn bij het onderzoek en om gegevens uit het medisch dossier op te vragen. Uit deze gesprekken komt belangrijke informatie naar boven. Soms is het mogelijk om het verzoek weer terug bij de eigen behandelaar te leggen, in goed overleg met de hulpvrager. In andere gevallen is het mogelijk om een consulent euthanasie¹¹ in te zetten, die samen met de behandelaar de hulpvraag onderzoekt.

Werkwijze | Triage

De toename van het aantal hulpvragen zorgt ook voor een grote inzet van triagisten en de medische administratie. In het reguliere overleg van arts-zorgmanager met triage worden de moeilijke casus en de in deze fase afgewezen patiënten besproken.

Het triageproces is opnieuw bepaald met een duidelijke taakverdeling tussen triage en administratie. Elke triagist heeft een eigen 'case-load', is verantwoordelijk voor de eerste beoordeling van het medische dossier, het toewijzen aan teams en is gedurende het gehele onderzoekstraject door een ambulant team aanspreekpunt voor zowel het team als de patiënt. Het doel van onze werkwijze is om voor ieder gedurende het gehele traject helderheid te verschaffen.

Met enige regelmaat is uit het medisch dossier niet duidelijk op te maken wat de basis van het euthanasieverzoek is, of zijn er andere onduidelijkheden die afronding van het vooronderzoek onmogelijk maken. Dan wordt een verkennend gesprek, bij de patiënt thuis, gepland door een verpleegkundige, arts of psychiater. Deze laatste houdt een spreekuur op diverse locaties in het land of legt een huisbezoek af bij patiënten die niet naar een locatie kunnen komen.

Uit dit gesprek komt een advies richting triagist voor het vervolgtraject. Op die manier proberen wij zo zorgvuldig mogelijk met de hulpvragen om te gaan. Wij proberen te vermijden dat wij alleen op grond van een 'papieren' dossier het verzoek moeten afwijzen. Alleen als de patiënt geen machtiging afgeeft voor overleg met zijn behandelaar is verdere behandeling van het verzoek onmogelijk.

¹¹ Meer over de consulent-euthanasie in het hoofdstuk over onze rol als expertisecentrum, op pagina 21

Werkwijze | Ambulante teams

Het aantal ambulante teams zal begin 2017 ruim 50 bedragen. Iedere nieuwe medewerker van een team krijgt een driedaagse training. Sinds 2015 is daar een terugkomdag aan toegevoegd, zes maanden na afloop van de initiële training. Deze extra dag voorziet nadrukkelijk in een behoefte. Iedere nieuwe collega krijgt een buddy toegewezen als begeleiding bij zijn start. Nieuwe medewerkers worden bij de eerste casus altijd gekoppeld aan een ervaren arts/verpleegkundige. Na een eerste euthanasie-uitvoering zal een nieuwe arts of verpleegkundige ook gebeld worden door de arts-zorgmanager om te informeren hoe de uitvoering verlopen én ervaren is.

Werkwijze | Multi Disciplinair Overleg (MDO)

Het multidisciplinaire overleg (MDO) is een kwaliteitsinstrument dat door de Levenseindekliniek van strategisch belang geacht wordt, als cruciaal onderdeel in ons streven naar 100% zorgvuldige beoordeling van euthanasiemeldingen van de Levenseindekliniek. Het MDO vindt plaats als het team na de onderzoeksfase concludeert dat het euthanasieverzoek voldoet aan de zorgvuldigheidscriteria. Dan heeft de SCEN-arts de patiënt gezien en daarover gerapporteerd, en zijn beoordeling is onderdeel van het gesprek in een MDO.

Het MDO is een telefonische conferentie door een aantal teams waarvan de patiënt zich in de fase vóór uitvoering van euthanasie bevindt. Elke deelnemer neemt kennis van de problematiek en heeft de mogelijkheid om vragen te stellen, opmerkingen te maken of suggesties te doen. Ook de melding voor de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie is dan in het dossier aanwezig. Zowel de discussie als de bespreking van het meldingsformulier dragen bij aan een zo zorgvuldig mogelijke beoordeling van het euthanasieverzoek en de zorgvuldigheidscriteria.

MDO's worden in principe drie maal per week gehouden. Eenmaal per week is een MDO voor de complexe casuïstiek gereserveerd. Daaraan doen extra collegae met specifieke kennis (in casu psychiatrische problematiek of dementiële syndromen) mee. Wanneer hierom gevraagd wordt door de teams worden ad-hoc MDO's georganiseerd. Naast de bespreking van een casus in het stadium kort voor honorering van het verzoek, kan een MDO gevraagd worden als een team behoefte heeft aan ruggespraak, als een casus vastloopt, of er vragen zijn over het vervolg.

Werkwijze | Aanmeldingen

Zoals al hiervoor werd beschreven neemt het aantal aanmeldingen continu toe. Wij verwachten in 2017 gemiddeld 165 hulpvragen per maand te ontvangen. De verdeling mannen en vrouwen is sinds de start van de SLK ongeveer gelijk: 40% mannen en 60% vrouwen.

De aandoeningen waarop het verzoek is gebaseerd, schatten wij voor 2017 in als :

Aandoening	%	Opmerkingen
Psychiatrie	30%	Percentage daalt licht door de jaren heen
Kanker	18%	neemt jaar op jaar toe
Dementie	8%	Stabiel
Stapeling ouderdomsklachten	8%	(*)
Overige somatische aandoeningen	36%	daalt licht door de jaren heen

(*) In voorgaande jaren noteerden wij een groep hulpvragers met de aanduiding “geen duidelijke medische diagnose”. Door een betere beoordeling van de ontvangen hulpvraag is deze groep verdwenen en deels vervangen door de groep met een stapeling van ouderdomsklachten.

Werkwijze | Uitvoering van euthanasie

Het aantal uitgevoerde euthanasieverzoeken neemt jaar op jaar toe. Er is een direct verband met het toenemend aantal ambulante teams. In de onderstaande tabel is de ontwikkeling hiervan in de afgelopen jaren te zien:

Jaar	Aantal verzoeken gehonoreerd	Aantal teams
2012	32	13
2013	133	30
2014	231	39
2015	365	43
2016	500	53

De getallen voor 2016 zijn een prognose die is gebaseerd op actuele gegevens per 31 augustus 2016

Op grond van deze aantallen verwachten wij in 2017 650 euthanasieverzoeken te honoreren.

Werkwijze | Afwijzing:

De redenen voor afwijzing zijn:

- De aanmelder neemt zijn verzoek terug;
- Patiënt weigert een machtiging af te geven voor overleg huisarts en/of opvragen medisch dossier;
- Patiënt voldoet niet aan de zorgvuldigheidscriteria na eerste onderzoek triage;
- Patiënt voldoet niet aan de zorgvuldigheidscriteria na onderzoek team.

Wetenschappelijk onderzoek afgewezen hulpvragen

Sinds de oprichting van de Levenseindekliniek hebben wij 4.735¹² hulpvragen ontvangen en zijn wij in staat geweest om 1.055 verzoeken te honoreren. Van nog eens 153 verzoeken weten wij dat het verzoek alsnog door de behandelaar gehonoreerd kon worden. 1.050 verzoeken werden afgewezen, omdat vastgesteld werd dat niet aan de zorgvuldigheidscriteria werd voldaan¹³.

Rekening houdend met de gedachte dat de Levenseindekliniek als het ware een 'last resort' is, stellen wij vast dat toch een aanzienlijk deel van de verzoeken afgewezen moet worden. Van deze patiënten is niet bekend hoe het hen verder vergaat en wat de afwijzing voor hen betekende. Dat is de reden om in samenwerking met prof. dr. S. van de Vathorst¹⁴ een wetenschappelijk onderzoek te starten naar de vraag hoe het met hulpvragers vergaat, die hun euthanasieverzoek door de Levenseindekliniek afgewezen zagen worden. Daarbij zullen de volgende vragen in detail worden uitgewerkt:

- Hoe tevreden zijn hulpvragers wier verzoek niet is gehonoreerd over het contact met en het proces bij de Levenseindekliniek?
- Verandert de doodswens van de hulpvrager gedurende een jaar na afwijzing van het verzoek om euthanasie?
- Zijn de hulpvragers tot een jaar na afwijzing van het verzoek om euthanasie door de Levenseindekliniek nog in leven?

Het onderzoek is in het laatste kwartaal van 2016 gestart en zal 24 maanden in beslag nemen.

Werkwijze | Wachtenden

De wachttijd na een aanmelding wordt bepaald door de tijd die nodig is voor:

- Het verzamelen van het medisch dossier.
- Triage.
- Het wachten op de uitkomsten van een verkennend gesprek.
- Het wachten op de toewijzing aan een team.

Wij zijn in staat geweest om de tijd tot het completeren van het medisch dossier door het snelle contact van de arts-zorgmanager met de behandelend arts te minimaliseren. Wij zien nog vertraging door vakanties van de behandelaars en bij de psychiatrische patiënten. Bij deze laatsten wil een behandelend psychiater of psycholoog de informatie vaak eerst afstemmen met de patiënt.

Het toewijzen van een verkennend gesprek leidt nauwelijks tot wachttijd. Ook de wachttijd voor het psychiatrisch spreekuur is afgenomen tot ongeveer drie à vier weken. Er zijn meer psychiaters die spreekuur houden en wij plannen het op diverse locaties.

¹² Gegevens per 31 augustus 2016

¹³ 15,5% van de hulpvragers overleed voordat de SLK een onderzoek kon afronden en 18,7 % van de hulpvragen werd teruggetrokken of om andere redenen afgesloten.

¹⁴ Prof. Dr. S. van de Vathorst, bijzonder hoogleraar Kwaliteit van de laatste levensfase en van sterven aan de Universiteit van Amsterdam (AMC).

De periode van het vooronderzoek en aansluitend toewijzing aan een team, is voor een somatische casus drie à vier weken. Het beleid is er nu op gericht om de workload te normaliseren (35 uur per maand), en per team minder casus te behandelen. De verdere uitbreiding van teams is gekoppeld aan het doel om de workload te normaliseren. Dit heeft tot gevolg dat zeer gerichte selectie van nieuwe medewerkers plaats dient te vinden.

Bovendien is de Levenseindekliniek principieel van mening dat een oneindige groei van het aantal teams ongewenst is. Een deel van de medewerkers is bereid een grotere case-load op zich te nemen. Daarom wordt voor hen de maximale werkbelasting per week verhoogd van 8 naar 16 uren per week.

Werkwijze | Psychiatrie

Het aantal hulpvragen met psychiatrisch lijden is onveranderd hoog: 30% van de hulpvragers is een psychiatrisch patiënt. Na een moeizame start, als gevolg van een beperkt aantal psychiaters in de eerste twee jaar, is er een grote ontwikkeling geweest in het aantal in detail onderzochte psychiatriehulpvragen.

Een verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrisch patiënt is een ingewikkeld verzoek, vooral als er (nog) geen relatie bestaat tussen de patiënt en de zorgverlener (namens de Levenseindekliniek). Het is daarmee arbeidsintensief en een onderzoek neemt maanden in beslag. Meestal vergt het psychiatrische expertise om deze verzoeken goed te kunnen onderzoeken en beoordelen.

Het beleid blijft onveranderd om specifiek psychiatrische expertise (psychiater + psychiatrisch verpleegkundigen) te werven. Dat vergt een serieuze inspanning omdat het verzoek om levensbeëindiging juist in deze groep patiënten nog moeilijk bespreekbaar is in de geestelijke gezondheidszorg.

Het verder uitbreiden van het aantal psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen moet er toe leiden dat de wachttijd in deze categorie verder teruggedrongen wordt.

Werkwijze | Spoed

Wij vinden dat de woorden spoed en euthanasie niet verenigbaar zijn. Feit is echter dat het aantal spoedaanmeldingen in 2016 opnieuw is toegenomen. Dit zijn vooral de patiënten met een terminale, oncologische aandoening. Wij vinden dat de vraag van deze categorie patiënten tot de casuïstiek behoort die eigenlijk door de eigen huisarts, of een collega in zijn directe omgeving hoort te worden opgelost. Het legt een oneigenlijke druk op iedereen die voor de Levenseindekliniek werkzaam is. Wij zijn per definitie niet ingericht om urgente zorg te leveren. Vergelijk onze 50 teams met de 10.000 in Nederland actieve huisartsen.

Ook als er sprake is van urgentie is het nodig om een euthanasieverzoek volledig en zorgvuldig te doen. Dat betekent dat meerdere bezoeken in korte tijd moeten worden afgelegd. De zorgvuldigheid mag tegelijkertijd niet in het gedrang komen.

De oplossing is eenvoudig, namelijk een tijdige aanmelding van het euthanasieverzoek bij de Levenseindekliniek.

Wij nemen verschillende initiatieven om het aantal spoed-aanmeldingen te verminderen. Wij spreken hierover met de beroepsgroep (KNMG-LHV), en streven naar een communicatie naar de volledige beroepsgroep om aandacht te vragen voor de tijdige aanmelding van een euthanasievraag. Waar nodig zoeken wij de publiciteit om dit punt op de agenda te houden. Wij weten ons verzekerd van de steun van belangen- en patiëntenorganisaties om dit punt goed op te lossen.

Werkwijze | Euthanatica

De uitvoering van euthanasie gaat volgens de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding¹⁵.

Wij stimuleren dat artsen een 'bevriende' apotheker zoeken voor de levering van de euthanatica. Arts en apotheker leren elkaar kennen en de apotheker leert vertrouwen dat elke casus van de Levenseindekliniek zorgvuldig wordt onderzocht. Hierdoor hoeft de arts zichzelf niet iedere keer voor te stellen en een mogelijke huivering van de apotheker te overwinnen. Niet in alle gevallen is dit mogelijk. Sommige apothekers willen een relatie met een arts niet alleen laten bestaan uit de levering van euthanatica. Dat respecteren wij vanzelfsprekend, net als apothekers die om specifieke redenen überhaupt geen euthanatica afleveren.

Ons streven naar een voor iedere medewerker van de Levenseindekliniek functionerende oplossing plus het streven naar structurele vergoeding van euthanatica heeft geleid tot een onderzoek naar een landelijk dekkende oplossing qua levering (en vergoeding) van euthanatica. De realisatie hiervan vergt meerdere jaren. Het streven is om in 2017 een landelijke dekkende oplossing met vergoeding van, om te beginnen, één zorgverzekeraar tot stand te brengen.

¹⁵ KNMG/KNMP Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, augustus 2012.

Werkwijze | Hulpvragen uit het buitenland

Hoewel de Levensidekliniek bepaald niet een beleid hanteert om hulpvragen uit het buitenland te genereren komt er gemiddeld eenmaal per week een hulpvraag van een niet in Nederland woonachtige patiënt.

Wij hanteren strikte regels bij deze hulpvragen. De patiënt moet:

- goed Nederlands of Engels spreken.
De gesprekken die wij voeren zijn emotioneel en beladen. Het gaat vaak om nuances. Dit is alleen mogelijk als beide partijen elkaar goed begrijpen.;
- zelf beschikken over relevante medische informatie, en deze aan de SLK ter beschikking stellen;
- naar Nederland verhuizen en over een locatie in Nederland beschikken waar gesprekken gevoerd kunnen worden. Dit betekent in praktische zin dat hulpvrager een ingezetene van Nederland moet zijn;
- zelf huisvesting, medische zorg en eventueel visum regelen. De SLK bemiddelt hierin niet;
- zelf de zorg van de SLK kunnen betalen, tenzij hij/zij beschikt over een Nederlandse zorgverzekering;
- begrijpen dat een aanmelding geen garantie biedt op het uitvoeren van het verzoek;
- de zorgmanagers bieden de hulpvrager als extra service aan om het dossier van te voren zorgvuldig te beoordelen op de zorgvuldigheidscriteria zodat een ‘onnodige’ verhuizing naar Nederland voorkomen wordt.

Feit is dat ondanks frequente verzoeken via de website het zelden tot een daadwerkelijke aanmelding en onderzoek komt. Een mogelijke verklaring voor de toename van vragen van inwoners uit Duitsland is het feit dat de Dignitas vestiging aldaar gesloten is.

- Het beantwoorden van de vraag of het bieden van deze zorg voor individuele zorgverleners nadelige juridische consequenties kan hebben zodra zij reizen naar het land van herkomst van de patiënt die via de Levensidekliniek euthanasie kreeg.

ONZE EXPERTISE

De Levensindekliniek als expertisecentrum

Vroeg of laat krijgt iedere (huis)arts te maken met een euthanasieverzoek. Euthanasie is een belangrijk en beladen onderwerp. Iemand die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt kan zijn arts vragen om zijn leven en daarmee zijn lijdensweg te beëindigen.

Euthanasie moet zeer zorgvuldig toegepast worden. Kennis van euthanasie is daarbij essentieel.

De arts heeft vaak een langdurige en persoonlijke relatie met zijn patiënt. Dat maakt euthanasie voor een professional in sommige gevallen ook nog eens emotioneel. Het is toch belangrijk dat zoveel mogelijk patiënten hiervoor terecht kunnen bij hun eigen arts. Die kent hen, en het is voor de patiënt veel prettiger als deze dat laatste eindje niet plotseling met een nieuwe arts moet doormaken.

Vanuit kwalitatief oogpunt hoort euthanasie dus thuis binnen de relatie tussen patiënt en (huis)arts. De projecten onder de titel 'expertisecentrum' zijn erop gericht om de door ons opgebouwde expertise in te zetten om artsen die onvoldoende ervaring, kennis en kunde hebben verder te helpen. Opdat euthanasie onderdeel blijft binnen de vaste arts – patiënt relatie.

Consulent euthanasie

Bij terminaal zieken met kanker is het euthanasieverzoek inmiddels algemeen geaccepteerd. De vraag om begeleiding van artsen bij niet-complexe euthanasieverzoeken, zoals bij kanker, komt voort uit onervarenheid en onzekerheid. Zij staan open voor het euthanasieverzoek, maar hebben nog nooit te maken gehad met euthanasie.

Het euthanasieverzoek wordt complexer als het komt van een patiënt met een ander ziektebeeld, zoals een psychiatrische aandoening, dementie of een opeenstapeling van ouderdomsklachten. Dan ontbreekt de noodzakelijke ervaring of is onbekend waar precies de grenzen van de euthanasiewet liggen. In deze laatste gevallen bestaat de begeleiding van de behandelaars uit het aanbieden van expertise in deze specifieke complexe verzoeken. Na 5 jaar Levensindekliniek is er aanzienlijke expertise opgebouwd. Deze wordt ingezet in de vorm van 'raad en daad' hulp diebijzonder gewaardeerd wordt.

In 2015 zijn wij gestart met een pilot met de consulenten euthanasie. In de vele tientallen gevallen die inmiddels zijn afgehandeld blijkt dat deze hulp aansluit bij een behoefte. Het gaat om artsen die zelf bereid zijn om het verzoek te honoreren, maar in specifieke gevallen niet verder komen zonder advies en begeleiding.

Voor het werk van de consulent euthanasie beschikken wij over zowel verpleegkundigen als artsen. De pilot werd in 2016 afgesloten. Omdat de Levensindekliniek deze taak van strategisch belang acht wordt deze dienstverlening voortgezet. In 2017 wordt structurele financiering hiervoor gezocht, voor de jaren na 2017. Deze hulpverlening wordt in 2017 mogelijk gemaakt door bijdragen van de Stichting Vrienden van de Levensindekliniek, en deze zorgverlening is daarom als project opgenomen in onze begroting.

De rol van de consulent euthanasie overlapt met die van de SCEN-arts (Steun en consultatie bij euthanasie in Nederland). Onze steun gaat echter veel verder. Mede doordat de SCEN-arts die steun verleent hiervoor geen honorering ontvangt beperkt de S van SCEN zich meestal tot één telefonisch advies.

Bovendien wordt in 2017 een plan afgerond voor de communicatie over de consulent euthanasie om er zodoende voor te zorgen dat de (naams)bekendheid hiervan verder wordt vergroot.

Het streven is meer consulenten euthanasie in te zetten, en de behandelaar te helpen om het euthanasieverzoek zelf af te handelen. Dat houdt tevens in dat er daardoor, naar verhouding, minder casus door ambulante teams afgehandeld worden.

Tenslotte is het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de door de consulenten geleverde zorg het laatste aandachtspunt voor 2017.

- In 2017 zoeken naar structurele financiering voor de functie van consulent euthanasie, die artsen met raad en daad bijstaat bij euthanasiehulpvragen;
- 'Marketing' plan schrijven voor de consulenten euthanasie;
- Meer casus met begeleiding van consulenten euthanasie;
- Inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg door de consulenten.

Scholing

Toen bleek dat artsen ook terughoudend reageren op een (complex) euthanasieverzoek omdat zij zich onvoldoende bekwaam achten, besloot de Levensindekliniek om een bijdrage te gaan leveren in de (na)scholing van artsen op dit specifieke gebied.

In 2015 en 2016 heeft de Levensindekliniek haar weg gevonden in de realisatie van modules voor dit doel. Tevens zijn de eerste testen gedaan met het verzorgen van lessen met gebruikmaking van dit materiaal.

In 2017 zal de verdere ontwikkeling van modules versneld uitgevoerd worden. De modules die de Levensindekliniek wil afronden zijn:

- 'Help, een euthanasieverzoek'
Module voor een niet complex euthanasieverzoek, bedoeld voor die artsen die zelf geen praktische ervaring met euthanasie hebben;
- Dementie
Behandeling van een dementiecasus in opbouwende complexiteit;
- Psychiatrie
Behandeling van een psychiatriecasus, met aandacht voor de voor psychiatrie specifieke (extra) eisen;

- Stapeling van ouderdomsklachten
Behandeling van een casus van een euthanasieverzoek van een oudere patiënt zonder eenduidig somatisch lijden, maar wel met een aantal ouderdomskwalen.

Er wordt samengewerkt met de NHG met als doel om de kwaliteit van de modules op het gewenste niveau te krijgen, en om deze modules ook via het NHG-curriculum aan te bieden.

Website expertisecentrum

Tijdens de ontwikkeling van de scholingsmodules ontstond de behoefte aan een website, ter ondersteuning daarvan. Ondersteunend materiaal voor een scholing is immers beter aan te bieden door middel van een website dan in gedrukte vorm. Deze website wordt steeds meer een centrale plek waar een zorgverlener (met name artsen) alle informatie inzake euthanasie, op één plek, kan vinden.

De website zal rond de jaarwisseling van 2016-2017 beschikbaar komen, en zal voor iedereen vrij toegankelijk zijn. De website is dan te bereiken via www.expertisecentrum euthanasie.nl.

- Publiceren van de website www.expertisecentrum euthanasie.nl rondom de jaarwisseling 2016-2017.

Co-schappen

In 2016 is er enkele keren een concrete vraag gesteld voor het volgen van een co-schap bij de Levensindekliniek. Omdat deze vorm van scholing past in het kader van het expertisecentrum is onderzocht op welke wijze dit te realiseren is. De conclusie is dat dit een facultatief co-schap van 8 weken zou moeten worden. Dit is door de Levensindekliniek niet zelfstandig te realiseren, en er zou dus aansluiting bij andere instanties werkzaam in de levensindezorg gezocht moeten worden.

Gezien de andere prioriteiten wordt voor 2017 afgezien van verdere initiatieven op dit vlak.

Wel biedt de Levensindekliniek mini-stages aan artsen aan. Dit betreft een bezoek aan de Levensindekliniek, met uitleg door een van de zorgmanagers en een 'blik op triage'.

ONZE VRIENDEN



Stichting Vrienden van de LevensEindekliniek

In 2015 besloot de LevensEindekliniek de rol van haar Vrienden te waarderen door hiervoor een separate Stichting op te richten: de Stichting Vrienden van de LevensEindekliniek.

In 2016 is deze Stichting bezig geweest om haar plek te vinden en te nemen. Er is een bestuur gevormd en er vindt ondersteuning aan de Vriendenstichting plaats door het bureau van de LevensEindekliniek.

In goed overleg tussen beide besturen en de directie is besloten dat de Stichting Vrienden van de LevensEindekliniek zelfstandig rapporteert, en ook haar eigen beleidsplan schrijft. Meer informatie over de Vrienden van de LevensEindekliniek is te vinden op: www.vriendenlevenseindekliniek.nl.

Onder de Vrienden zijn er personen die beschikken over ruime en specifieke kennis. Wij streven ernaar om op een gerichte wijze uit de groep Vrienden een aantal mensen te werven die hun expertise voor de LevensEindekliniek inzetten. Wij beschouwen hen als volwaardige medewerkers met een nul-euro contract. Bij zo'n contract hoort een functieomschrijving en in het contract worden afspraken gemaakt over inzet, functioneren enzovoort.

ONZE BEDRIJFSVOERING

ORGANISATIE & MENSEN

Governance

Onze bedrijfsvoering staat geheel in het teken van goed bestuur (governance) met als aspecten sturen/beheersen, verantwoorden en toezicht houden. De Zorgbrede Governancecode 2010¹⁶ is leidend voor ons.

Besturingsconcept en stijl van leidinggeven

Vakmanschap, vertrouwen, verbinding, samenwerking en inspiratie vormen de pijlers van ons besturingsconcept. De planning & control functie inclusief financiën en kwaliteitsmanagementsysteem zorgen voor een verantwoorde bedrijfsvoering. Wij zijn samen verantwoordelijk voor het hele reilen en zeilen van de Levenseindekliniek en individueel verantwoordelijk voor (eigen) onderdelen. De directie geeft richting op basis van een zorgvuldige afweging van sturen en vrijlaten.

Structuur en formatie

De Levenseindekliniek heeft zich ontwikkeld van een projectorganisatie naar een organisatie van honderd professionals. Tenminste eenmaal per jaar, bij de vaststelling van de begroting voor het komende jaar, wordt nagegaan of de structuur en formatie adequaat zijn.

In de beginjaren was het bestuur van de Stichting Levenseindekliniek als het ware een werkbestuur. De directeur werd de door het bestuur benoemde professional die dagelijkse uitvoering geeft aan het bestuursbeleid. Door verdere ontwikkeling kwam het bestuur steeds meer in de rol van toezichthouder, en minder als bestuurder. Daarom werden in 2016 voorbereidingen getroffen om het bestuursmodel te wijzigen in het voor zorginstellingen gebruikelijke Raad van Toezicht(RvT) en Raad van Bestuur(RvB) model. Het huidige bestuur zal dan RvT worden en de directie zal RvB worden.

Wij hechten er aan om de Adviesraad een soortgelijke maar verder geformaliseerde positie te geven als het nieuwe bestuursmodel gerealiseerd wordt. Dan zal ook, zoals de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet cliëntenrecht zorg (Wcz) dit voorschrijven een cliëntenraad ingesteld worden.

Bij de verdere professionalisering van de Levenseindekliniek organisatie hoort een verdere ontwikkeling van de ondersteunende organisatie. Alles in het kader van de waarborging dat de organisatie de beoogde kwaliteit levert, terwijl de noodzakelijke transparantie mogelijk blijft.

¹⁶ De Zorgbrede Governancecode 2017 is in ontwikkeling, en wordt t.z.t. leidend

Zorgmanagement wordt medisch management

In onze praktijk is gebleken dat de term zorgmanager verwarring scheidt. Het is, bijvoorbeeld, niet altijd duidelijk dat deze functie ingevuld wordt door een arts. Daarom zal de naam gewijzigd worden in die van 'medisch-manager'. Tegelijkertijd zal een onderscheid gemaakt worden in drie werkgebieden: patiëntenzorg, zorg voor de medewerkers / het personeel en de zorg voor de ontwikkeling van de strategie en de organisatie.

In 2017 worden de volgende nieuwe functie voorzien:

- Een personeel & organisatie adviseur.
De groeiende organisatie bestaat uit zeer goed opgeleide professionals. Complicerende factor is dat een groot aantal medewerkers parttime en relatief weinig uren voor de Levensidekliniek werkt. Om de hiermee gepaard gaande personeel- en organisatievraagstukken in goede banen te leiden is een daarvoor opgeleide, ervaren P&O adviseur nodig. Deze functie wordt ingeschat op 24 uur per week, en het streven is om deze zo spoedig mogelijk in te vullen.

Formatie ambulante teams

Als gevolg van de toename van ambulante teams van de Levensidekliniek kan de aandacht bij de formatie hiervan verschuiven:

- van de benodigde capaciteit naar de benodigde expertise (psychiaters);
- naar de gewenste verdeling van de medewerkers per regio van het land;
- en naar de juiste workload per medewerker.

Het resultaat hiervan moet zijn dat er meer normalisering van de werkzaamheden plaatsvindt, waardoor er minder extra beroep op individuele medewerkers gedaan wordt.

De formatie van de ambulante teams wordt vier maal per jaar opnieuw geanalyseerd en beoordeeld, met als resultaat een plan voor de komende periode. Dit plan maakt duidelijk of, en zo ja, waar er uitbreiding (of vervanging) van ambulante medewerkers gewenst is.

Op het moment van schrijven bestaan de teams uit

- Artsen, 50 personen, 11,1 FTE, 400 uren/week
- Verpleegkundigen, 37 personen, 8,22 FTE, 296 uren/week

Onderzoek naar workload per medewerker in de ambulante teams.

Bij een toenemend aantal hulpvragen en het uitgangspunt dat iedere medewerker in een ambulante team in principe 8 uur per week / 35 uur per maand ingezet kan worden, groeit het aantal teams sterk. Het is de vraag of dit gewenst is. Daarom zal er onderzoek gedaan worden naar de vraag in welke mate medewerkers meer dan 8 uur per week ingezet kunnen worden. Op die manier kan er meer zorg geboden worden door een gelijk aantal medewerkers.

Formatie Bureau Den Haag

De formatie van het bureau Den Haag volgt de ontwikkelingen met betrekking tot de omvang van de zorg. Hieronder wordt de formatie weergegeven per 1 januari 2017, met vermelding van de beoogde uitbreiding gedurende 2017.

Het volgen van de ontwikkelingen qua hulpvragen geldt eerst en vooral voor de functies die direct betrokken zijn bij het primaire proces:

Functie	Personen	FTE	Uren/week
Medisch management	2	1,11	40
Arts aanmelding	7	0,56	20
2017: Medisch management uitbreiding	1	0,56	20
Triage	4	2,44	88
2017: Triage	1	0,67	24
Medische administratie	2	1,78	64
2017: Medische administratie	1	0,89	32
TOTAAL	18	8,01	288

De formatie medisch management wordt in 2017 anders ingevuld:

- Medisch management, met nadruk op managementtaken (organisatie en personeel) 40 uur / week;
 - Hiervoor wordt in 2017 nog een uitbereiding voorzien van 20 uur / week;
- Arts aanmelding, met de nadruk op patiëntenzorg, en in het bijzonder het contact direct na aanmelding, met de behandelaar van de hulpvrager, 20 uur / week.

Voor 2017 ziet de formatie van de andere ondersteunende functies er als volgt uit:

Functie	Personen	FTE	Uren/week
Directeur	1	1	36
Management assistent & office manager	1	0,67	24
Manager financiën, planning & control	1	0,89	32
Financiële administratie	1	0,67	24
Persvoorlichting, woordvoering & communicatie advies	1	0,67	24
Projectmanager Expertisecentrum	1	0,44	16
Projectmanager financiering & zorgverzekeraars	1	0,1	Oproep
2017: Adviseur personeel & organisatie	1	0,67	24
TOTAAL	8	5,11	180

Medewerkers

Wij verstaan onder ‘medewerkers’ alle functionarissen die werk voor de Levenseindekliniek verrichten. Dat zijn medewerkers met een arbeidsovereenkomst, zelfstandigen (met een overeenkomst van opdracht) of een nul-euro overeenkomst. Vanuit het perspectief van de Levenseindekliniek zijn deze medewerkers allen gelijkwaardig, daarom streven wij naar een 100% gelijkwaardige behandeling.

Vakmanschap

Om het vakmanschap en de deskundigheid van de medewerkers in de ambulante teams op niveau te brengen en te houden wordt gebruik gemaakt van de volgende instrumenten:

- Starttraining:
Driedaagse training gevolgd door een terugkomdag na zes maanden actieve dienst;
- nascholing c.q. studiedagen:
Waar één of enkele onderwerpen uitgediept en besproken worden. Twee maal per jaar gedurende één dag;
- Intervisie bijeenkomsten:
Voor de ambulante teams worden deze vier maal per jaar in vijf regio’s georganiseerd. Iedere bijeenkomst duurt vier uur;
- Multi Disciplinair Overleg (MDO).
Deze is beschreven in het hoofdstuk ‘Onze hulpverlening’.

Voor de ontwikkeling, voorbereiding en uitvoering van de starttraining, nascholing en studiedagen is de werkgroep training geïnstalleerd.

Het onderhouden van het vakmanschap op het vakgebied van de Levenseindekliniek is in den lande zeer beperkt beschikbaar. Voor de medewerkers van de Levenseindekliniek is het daarom van belang om de activiteiten van de Levenseindekliniek daadwerkelijk te volgen. Om dit te bewaken zal een puntensysteem geïntroduceerd worden, waarbij iedere medewerker per kalenderjaar te horen krijgt welk aantal punten gerealiseerd moet worden.

Naast de genoemde activiteiten zal ook een eventueel door de Levenseindekliniek georganiseerd congres onderdeel van het puntensysteem uitmaken.

In de jaargesprekken moet onderwerp van gesprek zijn of en in welke mate de zorgverlener zijn algemene deskundigheid op peil houdt.

Pensioenvoorziening

Onderzoek onder de medewerkers van bureau Den Haag heeft geleerd dat er door deze medewerkers slechts in beperkte mate invulling is gegeven aan de eigen rol om een oudedagsvoorziening te treffen. In 2013 is gekozen om de medewerkers zelf deze verantwoordelijkheid te geven. In de salariering is een eindejaarsuitkering opgenomen die als werkgeversbijdrage hierin bedoeld is.

De Levenseindekliniek vindt dat zij haar verantwoordelijkheid als werkgever op dit punt moet oppakken en start (in het vierde kwartaal van 2016) een onderzoek naar de mogelijkheden om hierin te voorzien. In de begroting is een voorziening voor het werkgeversdeel van een pensioenregeling opgenomen.

Medewerkersonderzoek

Tenminste eenmaal per 24 maanden wordt een medewerkersonderzoek gehouden. De uitkomsten van dit onderzoek vormen input voor het beleidsplan. Voor 2017 wordt het tweejaarlijkse onderzoek opnieuw gepland. Planning dient dusdanig te zijn dat de uitkomsten binnen een redelijke termijn tijdens een intervisiebijeenkomst gedeeld kunnen worden.

Overleg- en communicatiestructuur

Naast de bestaande overleg- en communicatiestructuren voor bestuur, adviesraad en directie kennen wij de volgende overleg- en communicatievormen:

- Werkoverleg voor directie en management;
- Zes maal per jaar een management- en stafoverleg;
- Ieder kwartaal een overleg voor de medewerkers van het Bureau Den Haag;
- Ieder kwartaal een intervisiebijeenkomst voor de medewerkers van de ambulante teams (verdeeld in vijf regio's), onder begeleiding van een onafhankelijke professional;
- Regulier overleg voor de werkgroep training (minimaal eenmaal per jaar);
- Een jaarlijkse bijeenkomst voor vrijwilligers;
- Voor alle betrokkenen bij de Levenseindekliniek een nieuwjaarsbijeenkomst + een 'nazomerborrel';
- "Hier-Den-Haag" nieuwsberichten die aan alle betrokkenen verzonden worden;
- Via het intranet worden nieuws en actualiteiten gecommuniceerd.

Medewerkersgids

In 2016 werd een medewerkersgids geïntroduceerd waarin onder andere de volgende onderwerpen beschreven worden:

- Functies en functieprofielen;
- Werving en selectie;
- Arbeidsvoorwaardenbeleid;
- Personeelsdossier;
- Functionerings- en evolutiegesprekken;
- Disfunctioneren en ontslag

Vanuit de personeel & organisatiefunctie wordt de medewerkersgids onderhouden en waar nodig uitgebreid.

Medewerkersvertegenwoordiging

Door de verder groei van de Levenseindekliniek organisatie is de behoefte ontstaan om een klankbord van de medewerkers ter beschikking te hebben. Omdat het aantal medewerkers in dienstverband nog niet zodanig is dat een ondernemingsraad¹⁷ vereist is, kiest de Levenseindekliniek ervoor om een personeelsvertegenwoordiging op te richten. Omdat de Levenseindekliniek streeft naar gelijke behandeling van alle medewerkers (in dienstverband en freelancers/zelfstandigen) wordt ervoor gekozen om dit een medewerkersvertegenwoordiging te noemen.

Het doel van de medewerkersvertegenwoordiging is:

- het fungeren als klankbord voor het bestuur en de directie (RvT en RvB) van de Levenseindekliniek;
- hierdoor wordt verdere professionalisering nagestreefd.

Samenstelling medewerkersvertegenwoordiging:

- De medewerkersvertegenwoordiging bestaat uit 6 leden:
 - 5 leden uit de ambulante teams
 - Eén lid namens iedere intervisieregio;
 - 1 lid namens de medewerkers van het bureau Den Haag
- De samenstelling moet zodanig zijn dat een zo goed mogelijke verdeling naar specialisme, arbeidsrelatie en geslacht tot stand komt.

De medewerkersvertegenwoordiging vergadert zo vaak zij zelf nodig achten, en minimaal tweemaal per jaar met de directie + eenmaal per jaar met het bestuur en de directie.

¹⁷ Wet op de ondernemingsraden

In de intervisiebijeenkomsten in november-december 2016 is de medewerkersvertegenwoordiging aangekondigd, en is het verzoek gedaan om leden voor te dragen.

Het is de doelstelling van de Levenseindekliniek om haar medewerkersvertegenwoordiging uiterlijk per 1 april 2017 te installeren.

Planning & control cyclus

In het eerste jaar van ons bestaan was de Levenseindekliniek een projectgestuurde organisatie. Gedurende de volgende drie jaren groeide de Levenseindekliniek en ontwikkelde zich naar een professionele zorginstelling waarvan de zorgverlening moet voldoen aan de eisen die de samenleving stelt. Dit vergt een degelijke financiële onderbouwing en een goed functionerend kwaliteitsmanagement systeem.

Met het oog op planning van taken, middelen en mensen stelt de Levenseindekliniek de volgende documenten op, die met elkaar verbonden zijn:

- Beleidsplan (meerjarig, op dit moment voor twee jaar);
- Begroting (per jaar);
- Formatieplan (per jaar);
- Prognose omvang zorg (aantallen patiënten en verrichtingen)

Financiering

Het vermogen van de Stichting Levenseindekliniek wordt gevormd door:

- Vergoedingen voor verrichtingen door zorgverzekeraars;
- Donaties van particulieren;
- Schenkingen;
- Erfelingen en legaten;¹⁸
- (Al dan niet projectgebonden) subsidies van de Stichting Vrienden van de Levenseindekliniek en van vermogensfondsen.

Financiering van taken

Het werk van de Levenseindekliniek kan gesplitst worden in twee hoofdtaken:

- Het verlenen van euthanasiezorg (primaire taak);
- Het inzetten van expertise om de kennis over euthanasie in het algemeen, en over meer complexe euthanasieverzoeken in het bijzonder, binnen de (eerstelijns) gezondheidszorg te verbeteren.

De kosten van deze beide taken worden afzonderlijk gerapporteerd en -gefinancierd.

¹⁸ Donaties, schenkingen en erfelingen van particulieren komen in principe ten gunste van de Stichting Vrienden van de Levenseindekliniek

Kostendekkend primair proces

Het is de strategie dat de kosten van het primaire proces¹⁹ van de Levensindekliniek, volledig gedekt worden door vergoedingen van de zorgverzekeraars. Slechts een minimaal deel van deze kosten, dit betreft hulpvragers die niet of onvoldoende verzekerd zijn, wordt aangevuld uit bijdragen van de Vrienden van de Levensindekliniek.

De Levensindekliniek richt haar organisatie doelmatig in en zorgt voor een verantwoord beheer van middelen. Het zorgproces van de Levensindekliniek vergt per definitie een gedegen aanpak en staat geen concessies aan de kwaliteit van de zorgverlening toe. Het beheersen van de noodzakelijke zorgvuldigheid en doelmatigheid is een kwetsbaar proces, en vergt continu aandacht. De Levensindekliniek stuurt haar organisatie op de kwaliteit en zorgvuldigheid van de zorgverlening. De reële kosten van het primaire proces zouden volledig vergoed moeten worden via vergoedingen van verrichtingen.

Kostendekkende tarieven

Kort na de start van de Levensindekliniek is het thema kostendekkende tarieven vast op de agenda komen te staan. Voor de bepaling van deze tarieven is een kostprijsonderzoek gedaan waarin alle activiteiten beschreven zijn die in de drie fases van de behandeling uitgevoerd worden. Ook is er hierbij onderscheid gemaakt tussen “urgente zorg”, “minder complexe zorg” en “meer complexe zorg”. Samen leidt dit tot een matrix van 9 cellen.

		Zwaarte hulpvraag		
		Urgent	Minder complex	Meer complex
verrichting	Vooronderzoek	VU	VM	VC
	Onderzoek door team	OU	OM	OC
	Euthanasie	EU	EM	EC

Bijvoorbeeld:
VU = Vooronderzoek & urgent

Dit model wordt periodiek geijkt, om zodoende te zorgen voor een zo actueel mogelijk inzicht in de kosten van de te leveren zorg.

Met verzekeraars worden gemiddelde tarieven afgesproken. Dit doen wij op twee manieren:

1. Bij een deel van de zorgverzekeraars factureren wij een all-in tarief per aanmelding. Dus ongeacht het aantal uren dat er gependeed is, wordt er een vast bedrag gedeclareerd.
2. Bij de andere zorgverzekeraars wordt er gedifferentieerd naar uitkomst van onze behandeling. Bij afsluiting van een dossier wordt gekeken in welke fase de behandeling van de patiënt beëindigd wordt. Zo wordt er volgens een tarief voor een “vooronderzoek”, “onderzoek team” of een “euthanasie” gedeclareerd.

¹⁹ Primaire proces: de zorgverlening aan hulpvragers met een concreet euthanasieverzoek

Bij deze beide methoden wordt er geen rekening gehouden met de complexiteit van de behandeling. Dit terwijl uit het kostprijzenonderzoek blijkt dat de kostprijzen van de meer complexe zorg ruim twee keer hoger liggen dan de urgente (en korter durende) zorg. Meer complexe hulpvragen vergen immers meer onderzoek en zijn daardoor kostbaarder.

De Levenseindekliniek vindt dat zij gepositioneerd moet worden als instelling voor complexe euthanasieverzoeken. De inzet om dit doel te bereiken blijkt bijvoorbeeld uit de consulent euthanasie- en (na)scholings initiatieven.

Als wij succesvol zijn in deze initiatieven brengt dit nu, financieel gezien, onbedoeld een risico met zich mee. De Levenseindekliniek gaat meer complexe euthanasieverzoeken doen terwijl hier, zoals zojuist beschreven, een hogere kostprijs tegenover staat.

- Bij de afspraken die met de zorgverzekeraars gemaakt worden moet er nadrukkelijk rekening mee gehouden worden, dat de kostprijzen toenemen bij toename van de complexiteit van de hulpvragen.

Om de gesprekken met de zorgverzekeraars met adequate informatie te onderbouwen is er informatie op een ander detailniveau noodzakelijk:

- Gemiddelde kosten (per cel in het 9-vakjes model)
- Gemiddelde besteedde uren (per cel in het 9-vakjes model)
- Gemiddelde opbrengsten (per cel in het 9-vakjes model)
- Classificatie in het 9-vakjes model per patiënt

Weerstandsvermogen

Naast de liquiditeit die aangeeft in hoeverre de Levenseindekliniek op korte termijn aan haar verplichtingen kan voldoen is het weerstandsvermogen een belangrijk kengetal. Deze geeft aan in hoeverre de organisatie op lange termijn aan haar verplichtingen kan voldoen. Normaal gesproken is dit kengetal van belang voor verstrekkers van leningen. Banken stellen bijvoorbeeld bij het verstrekken van leningen eisen aan het weerstandsvermogen. Normaal gesproken ligt deze tussen de 20% en 25% van de bedrijfsopbrengsten.

De Levenseindekliniek heeft geen leningen. Toch is het weerstandsvermogen een goede graadmeter voor de gezondheid van de organisatie.

Dit kengetal wordt berekend door het Eigen Vermogen te delen door de bedrijfsopbrengsten. In de jaarrekening van 2015 bedroeg het weerstandsvermogen van de Levenseindekliniek (inclusief de Vrienden) 23%. Het doel is om dit te verhogen tot 33%.

Op weg naar een gezonde financiering voor de Levenseindekliniek

De Levenseindekliniek stelt zich ten doel om via overeenkomsten met alle zorgverzekeraars de gemaakte afspraken over vergoedingen vast te leggen. Met de meeste zorgverzekeraars zijn de afspraken omtrent vergoedingen in overeenkomsten vastgelegd.

In 2016 zijn grote vorderingen gemaakt in het streven naar kostendekkende overeenkomsten met zorgverzekeraars. Er is breed draagvlak voor het principe dat de zorg van de Levenseindekliniek kostendekkend gefinancierd moet worden. In de Commissie Eerstelijns van Zorgverzekeraars Nederland is hiervoor steun uitgesproken. De fase om tot implementatie hiervan te komen is ingezet. Bij het schrijven van dit document wordt de fase gestart van het zoeken naar de juiste werkwijze om tot wederzijds acceptabele en kostendekkende tarieven te komen.

Bij de besprekingen over de tarieven 2017, wordt als uitgangspunt genomen dat er draagvlak is om tot kostendekkende tarieven te komen. Dit draagvlak zal geëffectueerd moeten worden door het afspreken van tarieven die de Levenseindekliniek in staat stellen om een sluitende begroting voor 2017 te realiseren. In 2017 moeten de volgende stappen gezet worden om tot een gezonde financiering te komen (inclusief de opbouw van een gezonde algemene reserve).

De zorgverzekeraars waarmee de Levenseindekliniek haar afspraken in overeenkomsten heeft vastgelegd zijn:

- Achmea (inclusief de merken Zilveren Kruis, OZF, Interpolis, FBTO, Avéro en AGIS);
- Coöperatie VGZ (inclusief de merken VGZ, Univé, IZA en IZZ);
- Menzis (inclusief de merken AnderZorg en Azivo);
- ONVZ (inclusief de merken PNOZorg en VVAA);
- Zorg en Zekerheid;
- ASR (inclusief de merken De Amersfoortse, Ditzo en BeterDichtbij);
- ENO (inclusief de merken Salland verzekeringen, HollandZorg, Energiek en Salland ZorgDirect);
- DSW (inclusief Stad Holland);
- De Friesland.

De Levenseindekliniek heeft geen overeenkomst met CZ (inclusief de merken Delta Lloyd en OHRA), maar wel afspraken over de vergoedingen.

Fondsenwerving

De Stichting Levenseindekliniek heeft een strategie voor fondsenwerving met het doel om aanvullende financiering via subsidies mogelijk te maken, relaties met vermogensfondsen op te bouwen en een structuur voor particuliere schenkingen en donaties in te richten.

Financiële planning

Jaarlijks stelt het bestuur van de Stichting een financieel plan op, met een begroting voor het eerstvolgende jaar, ondergebracht in een planning & controle cyclus. De begroting voor 2016 is beschikbaar in een separaat document.

De realisatie van de begroting wordt in iedere bestuursvergadering besproken, en waar nodig bijgesteld.

Continuïteit

In het streven naar voldoende solvabiliteit streeft de Levenseindekliniek naar een algemene reserve van 33% van de bedrijfsopbrengsten.

Accountantscontrole

De jaarrekening wordt gecontroleerd en goedgekeurd door een onafhankelijke accountant²⁰

Geen winstoogmerk

De Stichting Levenseindekliniek heeft geen winstoogmerk, en is door de Belastingdienst erkend als ANBI (Algemeen Nut Beogende Instelling), per 2 november 2011²¹. Dat de Levenseindekliniek geen winstoogmerk heeft is ook een reden waarom doelmatigheid een vereiste is, en er voortdurend aandacht is voor het beheersen van de kosten.

Beheer van middelen

De eigen middelen van de Stichting Levenseindekliniek worden door de Stichting zelf beheerd, waarbij grote voorzichtigheid wordt betracht. Door de Stichting Levenseindekliniek zijn bankrekeningen geopend bij de ING bank. In beginsel zullen de middelen alleen op rentedragende bankrekeningen dan wel deposito's worden ondergebracht.

Alle opbrengsten en kosten van Stichting Levenseindekliniek worden in beginsel verantwoord in de periode waarop zij betrekking hebben. Alle opbrengsten (schenkingen) worden als opbrengst verantwoord in het boekjaar waarin zij door de Stichting Levenseindekliniek worden ontvangen. De indirecte kosten zijn minimaal en hebben met name betrekking op uitgaven als bankadministratie- en overboekingskosten, inschrijving Kamer van Koophandel en overige onkostendeclaraties.

²⁰ 2012 t/m 2015: CROP Registeraccountants

²¹ Brief Belastingdienst, 24 juli 2012

Besteden van middelen

De Stichting Levensidekliniek zal haar vermogen voornamelijk aanwenden voor het financieren van de eigen werkzaamheden. Jaarlijks bespreekt het bestuur van de Stichting Levensidekliniek dit beleidsplan tenminste in twee bestuursvergaderingen. Dan worden de actuele en toekomstige werkzaamheden van de stichting besproken. In deze vergadering wordt de voortgang van acties voortkomend uit het beleidsplan besproken, herzien en opnieuw vastgesteld. Van alle bestuursvergaderingen worden notulen gemaakt. Voor zover de Stichting Levensidekliniek haar vermogen niet direct aanwendt ter nastreving van haar doelstelling, zal zij dit vermogen beleggen in defensieve fondsen.

De bestuurders ontvangen geen vergoeding anders dan voor gemaakte onkosten.

Rechtsvorm, inschrijving

De Stichting Levensidekliniek is een stichting en is ingeschreven in de Kamer van Koophandel te Amsterdam onder nummer 53895819, vestigingsadres Eisenhowerlaan 104, 2517 KL Den Haag.

Het bestuur bestaat uit vijf bestuurders:

- Het voorzitterschap is in handen van de heer Bas (dr. J.N.) Schreuder [2015 – 2019];
- Penningmeester is de heer Ton (Drs. A.A.J.) Streppel [2013 – 2017];
- Leden zijn:
- Mevrouw Marijke (M.S.C.) Mous [2013 – 2017];
- Mevrouw Esther (mr.dr. E.) Pans [2015 – 2019];
- De heer Jan (dr.D.J.B.) Ringoir [2016 - 2017]²².
Tussen [haakjes] zijn vermeld het jaar van aantreden en einde van de huidige benoemingsperiode.

Directeur is de heer S. Pleiter.

Adviesraad

Het bestuur van de Stichting Levensidekliniek krijgt gevraagd en ongevraagd advies van een Adviesraad die hiertoe tenminste tweemaal per jaar vergadert. De Adviesraad bestaat per 31 december 2016 uit:

- Mevrouw drs. A. Baars;
- De heer L. Bohlmeijer;
- Mevrouw L. van Dalen;
- Mevrouw S.M.J.G. Gesthuizen;
- De heer prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman;
- Mevrouw prof. dr. M.A. Verkerk;
- De heer prof. mr. F. van Wijmen.

²² Na het overlijden van mevrouw drs. A.H.B.M. van den Wildenberg is de heer Ringoir interim bestuurslid geworden.

Kwaliteitsmanagementsysteem

Voor de Levensidekliniek is het verlenen van zorg, op een zodanige wijze dat dit tegemoet komt aan de verwachtingen van patiënt en maatschappij, van strategisch belang. Het kwaliteitssysteem bewaakt, beheerst en verbetert de kwaliteit van zorg en de organisatie. Het beoogt gelijke behandeling. Het organiseert de zorgvuldigheid van werken. Via het kwaliteitsmanagementsysteem beoogt de Levensidekliniek een samenhangend geheel van regels, voorschriften, afspraken en gebruiken te bouwen.

Kwaliteitszorg gaat iedere medewerker aan. Het dient een levend systeem te zijn.

De Levensidekliniek hanteert een actieplan waarin de acties met betrekking tot het kwaliteitsmanagementsysteem voor een periode zijn vastgelegd en dat het uitgangspunt vormt voor verdere ontwikkeling van het systeem.

Prestatie indicatoren

De Levensidekliniek kent op het moment van schrijven de volgende prestatie indicatoren:

- 100% zorgvuldige beoordeling van euthanasiemeldingen door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie;
- Wachtijd²³ bij hulpvragen:
 - Hulpvragen met een spoedeisend karakter – wachttijd < 36 uren;
 - Hulpvragen zonder spoedeisend karakter – wachttijd < 4 weken.

Voor 2017 stelt de Levensidekliniek zich ten doel om prestatie-indicatoren te ontwikkelen voor:

- Tevredenheid van hulpvragers en naasten met betrekking tot geleverde zorg (zowel zorg die leidt tot euthanasie als afgewezen hulpvragen);
- Tevredenheid van medewerkers van de Levensidekliniek.

Klachtenregeling

In 2016 is de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg van kracht geworden. Gedurende 2016 heeft de Levensidekliniek stappen ondernomen om zich aan te passen aan de nieuwe wetgeving. Deze aanpassing loopt door in 2017 en moet in het eerste halfjaar afgerond worden.

De Levensidekliniek heeft een klachtenregeling, die gepubliceerd is op de website en de afhandeling van klachten regelt. Het aantal klachten wordt gerapporteerd in het Jaarverslag van de Levensidekliniek.

Privacyregeling

De privacyregeling van de Levensidekliniek is gepubliceerd op de website²⁴.

²³ Wachttijd is de tijd die verstrijkt tussen ontvangst van een complete aanmelding en de toewijzing van een team dat het detailonderzoek start naar de euthanasievraag.

²⁴ <http://www.levensidekliniek.nl/informatie/>

ICT systemen

In 2016 werd duidelijk dat het door de Levensidekliniek gebruikte elektronisch patiëntendossier (EPD), Promedico-ASP, niet in staat is om de werkwijze van de Levensidekliniek adequaat te ondersteunen. Hoewel de functie als EPD op zichzelf wel voldoet, is het onvoldoende in staat om de bedrijfsprocessen, managementinformatie en de planning van ons werk te ondersteunen.

Als gevolg hiervan is de Levensidekliniek meerdere en onvoldoende geïntegreerde systemen gaan gebruiken. Gedurende 2016 is vast komen te staan dat enerzijds Promedico niet in staat is om de noodzakelijke integratie te bieden, en anderzijds de problematiek ons in toenemende mate opbreekt.

De Levensidekliniek zal daarom in 2017 een onderzoek starten naar een betere inrichting van de ICT systemen (applicaties) om de werkwijze en de integratie van systemen (en informatie) te verbeteren. Het onderzoek moet oplossingsrichtingen, de impact van een systeemwijziging en het draagvlak hiervoor onderzoeken. De uitvoering van dit onderzoek zal uitbesteed worden aan een nader te bepalen ICT dienstverlener, met adequate kennis op ons werkgebied. Met de uitkomst van dit onderzoek zullen directie en bestuur (RvT en RvB) besluiten of en zo ja welke oplossing geïmplementeerd zal worden.

Tenslotte

Het tot stand brengen van het Beleidsplan heeft als doel om het beleid vast te leggen, en het plan wordt als referentie gebruikt. Het plan zal op grond van voortschrijdend inzicht jaarlijks herzien worden, ook al wordt het beleid voor meerdere jaren vastgesteld.

Alle betrokkenen moeten zich bewust zijn van het beleid van de Levensidekliniek. Voor bestuur, adviesraad en directie is dit geregeld via de periodieke bespreking van de voortgang van het beleid in haar vergaderingen. Voor het management is het bespreken van het actieplan, voortkomend uit het beleidsplan onderwerp van gesprek tijdens regulier werkoverleg.

Voor de medewerkers in de teams, in het bureau Den Haag en de vrijwilligers wordt hiervoor het volgende vastgesteld:

Ambulante teams:

- Tijdens intervisiebijeenkomsten wordt per kwartaal een onderwerp behandeld.

Medewerkers Bureau Den Haag:

- Per kwartaal wordt een medewerkeroverleg georganiseerd waar naast werkoverleg tevens aandacht besteed wordt aan het beleid, analoog aan de intervisiebijeenkomsten van de ambulante teams.

Vrijwilligers:

- De vrijwilligers worden als volgt geïnformeerd:
 - Werkgroep training: tijdens regulier overleg van deze werkgroep
 - Overige vrijwilligers: worden tenminste twee keer uitgenodigd voor het overleg dat voor de medewerkers van het bureau Den Haag georganiseerd wordt.

Daarnaast zal het management ook via de frequente 'Hier Den Haag' nieuwsberichten communiceren over het beleidsplan.

ACTIEPLAN 2016

U vindt hier een samenvatting van het actieplan 2016 en de mate waarin dit gerealiseerd is.

Ons werk

Het aantal ambulante teams is in 2016 onderhouden en verder gegroeid naar de in 2016 mogelijke formatie. In 2016 heeft er driemaal een training voor een groep nieuwe medewerkers plaatsgevonden. 16 artsen + 13 verpleegkundigen hebben aan deze trainingen deelgenomen.

Het Multidisciplinair overleg is in 2016 geëvalueerd en is waar nodig aangepast.

De psychiatrisch patiënten baren, ondanks de vier in 2016 geworven psychiaters, nog steeds zorg in die zin dat er wachttijden gelden die langer zijn dan wij wenselijk achten. De inspanningen om meer psychiatrische expertise in 2017 te werven moeten derhalve onveranderd gecontinueerd worden.

In 2016 is er op meerdere plekken duidelijk gemaakt dat spoed en euthanasie niet samen gaan. De beoogde 'mind-switch' heeft nog niet plaatsgevonden. Daarom moeten de activiteiten op dit punt gecontinueerd worden.

In 2016 is als gevolg van een vruchtbare samenwerking met Menzis een gesprek op gang gekomen met een landelijke keten van apothekers om tot een landelijke voorziening van euthanatica te komen. Daarbij wordt tegelijkertijd de financiering geregeld. Bij het schrijven van dit beleidsplan is dit traject wel goed gevorderd, maar niet afgerond. Het krijgt in 2017 zijn beslag.

Het wetenschappelijk onderzoek naar door de Levensindekliniek afgewezen hulpvragen is in 2016 gestart.

Onze expertise

De inzet van consultants euthanasie, zowel verpleegkundigen als artsen, is in 2016 succesvol geweest. Dit is een uitstekende wijze om artsen te begeleiden en te steunen bij het onderzoek van de euthanasievraag van hun patiënt. Hoewel het project beëindigd wordt, wordt de dienstverlening in 2017 gecontinueerd.

De ontwikkeling van het materiaal voor (na)scholing is gevorderd. Twee modules werden afgerond en twee andere werden gestart. Het overleg met de NHG is gecontinueerd, en leidt naar verwachting tot adoptie door de NHG van de SLK modules. Tenslotte is er een regeling gevonden voor accreditatie hiervan.

Onze Vrienden

De splitsing van de stichtingen Levensindekliniek en de Vrienden van de Levensindekliniek is in organisatorisch vlak afgerond. Er zijn nog een aantal praktische zaken die afgerond moeten worden. In 2016 verkreeg de Stichting Vrienden van de Levensindekliniek de benodigde ANBI status.

Onze bedrijfsvoering

Er is in 2016 belangrijke voortgang geboekt bij de totstandbrenging van vergoedingen door zorgverzekeraars die kostendekkend zullen zijn. Nadat er draagvlak is gevonden bij de verzekeraars is de procedure gestart om een wederzijds acceptabele werkwijze te vinden. Deze zal in 2017 zijn beslag krijgen.

De manager Financiën, planning & control is gestart op 1 augustus 2016.

In 2016 werd via het intranet een medewerkersgids gepubliceerd.

De wijze waarop de Levensindekliniek haar medewerkersvertegenwoordiging wil inrichten is met de medewerkers van de ambulante teams besproken tijdens de vierde serie van intervisiebijeenkomsten.

Het jaarverslag 2015 is tijdig gepubliceerd.

De vacatures in de Adviesraad werden ingevuld.

De voortgang op het gebied van prestatie indicatoren is nog niet zoals deze beoogd was. Daarom wordt dit punt in 2017 gecontinueerd.

ACTIEPLAN 2017

Dit actieplan is een samenvatting van de acties die door het document heen genoemd worden. In dit actieplan wordt tevens aangegeven wie hiervoor verantwoordelijk is, en welke termijn er aan gesteld wordt. Gezien dit laatste vormt het actieplan geen onderdeel van de te publiceren versie van het Beleidsplan

ONZE ZORG

- In gesprek met de beroepsgroep, zoals KNMG en NVMO, op zoek naar oplossingen voor niet complexe hulpvragen
- In samenspraak met de KNMG aandringen op het ‘tijdig spreken over het levenseinde’ om een spoedeisend karakter van hulpvragen te vermijden
- Alle denkbare creativiteit inzetten om het aantal voor de Levensindekliniek beschikbare psychiaters uit te breiden
- Afronden van de intake van patiënten in het wetenschappelijk onderzoek naar hulpvragen die door de Levensindekliniek afgewezen worden
- Het onder controle krijgen van de wachttijden voor psychiatrisch patiënten
- Het afronden en implementeren van een landelijk dekkende oplossing voor de verstrekking van euthanatica, inclusief de financiering hiervan
- Het beantwoorden van de vraag of het bieden van deze zorg voor individuele zorgverleners nadelige juridische consequenties kan hebben zodra zij reizen naar het land van herkomst van de patiënt die via de Levensindekliniek euthanasie kreeg.

ONZE EXPERTISE

- Het versnellen van de ontwikkeling van het expertisecentrum in het algemeen.
- Het zoeken van structurele financiering voor de functie van consulent euthanasie
- Het schrijven en uitvoeren van een marketingplan voor het verder implementeren van de consulent euthanasie
- Via het uitbreiden van het aantal trajecten voor consulenten euthanasie, de verhouding van consulenten : ambulante teams verbeteren ten gunste van de consulenten
- Inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg door de consulenten
- Afronding van de modules 'psychiatrie' en 'stapeling van ouderdomsklachten'
- Verkrijgen van acceptatie van de NHG van de SLK lesmodules
- Het publiceren van de website www.expertisecentrum euthanasie.nl

ONZE BEDRIJFSVOERING

- Werving en selectie van een adviseur personeel & organisatie
- Werving en selectie van een medisch manager | patiëntenzorg, personeel en organisatie
- Werving en selectie van een medisch manager | strategie, personeel en organisatie
- Het op een juist peil houden van de formatie van de ambulante teams en het bureau Den Haag
- Implementatie voor een 'intern SLK accreditatiesysteem' voor de SLK medewerkers m.b.t. het onderhoud van hun vakmanschap
- Uitvoering van het medewerkersonderzoek 2017
- Het tot stand brengen van de structuur voor het instellen en onderhouden van kostendekkende tarieven
- Het volledig implementeren van de vereisten als gevolg van de Wet Kwaliteit en klachten in de Gezondheidszorg (Wkkgz)
- Vaststellen en implementeren van de gewenste prestatie indicatoren.

Levenseinde^{KLINIEK}

Stichting Levenseindekliniek

Eisenhowerlaan 104
2517 KL Den Haag

Postbus 1348,
2501 EL Den Haag

070 352 4141
KVK: 5389 581

www.levenseindekliniek.nl