

Populatiegebonden aanpak ouderenzorg

Aan: Stakeholders Verbonden in Zorg (ViZ)

datum: 7 juli 2016

Van Petit Comité Verbonden in Zorg

bijlage: Samenwerking Zorg in West-Brabant, 7 juli 2016

Jan Frans Musaerts (Zorggroep Het Huisartsenteam, voorzitter), Martin den Hartog (Avoord Zorg & wonen), Olof Suttorp en Karin Jansen (Amphia Ziekenhuis), Daan Rooijmans (CZ), Cock Vermolen (Zorgbelang Brabant), Marc Bruijnzeels (Jan van Es Instituut/adviseur), Dominiek Rutters (Programmamanager)¹

Betreft

Krachten bundelen: multidisciplinaire samenwerking, passende bekostigingsstructuur

Vraagstelling:

Thuiszorgorganisaties

Aan de 7 thuiszorgorganisaties die betrokken zijn bij ViZ (Thebe, Surplus, St. Elisabeth, Avoord, TWB Thuiszorg met Aandacht, St. Groenhuysen en Tante Louise Vivensis) leggen we de volgende vragen voor:

- Kunt u zich vinden in het voorstel om tot een populatiegebonden aanpak ouderenzorg te komen zoals in het onderhavige plan geschetst?
- Bent u bereid om uit uw midden ca. 2 personen (bestuurlijk niveau) aan te dragen voor zowel de delegatie van het bekostigingsmodel als voor de delegatie van het multidisciplinaire samenwerkingsverband^{2,3}?

Zorggroepen

We nodigen Zorggroep West-Brabant en Zorroo uit om te reflecteren op het onderhavige plan en om op een nader af te stemmen wijze te participeren of kennis te nemen van de beoogde resultaten.

Huisartsen Zorggroep Breda en Het Huisartsenteam hebben zich reeds achter het plan geschaard: in beide delegaties zullen bestuurders actief participeren.

Overige organisaties

Alle overige organisaties vragen we in eerste instantie kennis te nemen van en te reflecteren op het onderhavige plan. We vragen uw begrip voor de aanvliegroete die we kiezen (zie pagina 2 + 3) en uw vertrouwen dat u tijdens en na de verkenningen adequaat betrokken en geïnformeerd zult worden.

Kern van dit plan: krachten bundelen

In een regio met meerdere thuiszorgorganisaties, meerdere huisartsenzorggroepen, meerdere gemeenten en ziekenhuizen, die in de basis allemaal hetzelfde willen, ligt er een uitdaging om krachten te bundelen. Met dit plan doen we een beroep op stakeholders van ViZ om gezamenlijk een verantwoordelijkheid te nemen voor de toegankelijkheid, de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg aan een duidelijk af te bakenen patiëntenpopulatie: kwetsbare ouderen. Gezonde burgers met een goede kwaliteit van leven, met minder maar betere zorg, dat is waar we naar streven. Zinnige en zuinige zorg, op maat en dichtbij de oudere burger, waarbij deze zoveel

¹ Programmamanager vanaf 15 mei 2016. De aanzet van deze projectaanpak is verzorgd door ROS Robuust, Sandra Adami.

² Dat hoeven niet dezelfde personen te zijn.

³ Hiermee doen we een beroep op bestuurders om over de organisatiebelangen heen te kijken naar het gemeenschappelijk belang. We rekenen erop dat delegatieleden de verantwoordelijkheid nemen om tussentijds de andere – niet direct in de delegatie opgenomen – organisaties te informeren en te raadplegen over de voortgang van de verkenningen.

mogelijk zelf regie heeft. Dit vraagt om een nauwe samenwerking tussen zorgverleners, zorgfinanciers en patiënten, een meer populatiegebonden aanpak en alternatief bekostigingsmodel.

De vele ouderenzorgteams die in de twee subregio's van West-Brabant al functioneren⁴ – ondanks het gefragmenteerde zorgaanbod met haar verschillende financieringsstromen, beleid & organisatie en ICT oplossingen – bieden een uitstekende basis om door te ontwikkelen en toe te gaan werken naar een meer integrale, populatiegerichte benadering van de ouderenzorg. Het doel is meer samenhang te creëren in het huidige gefragmenteerde gezondheidszorgsysteem met haar aanbodgerichte, ziekte-specifieke en vaak nog monodisciplinaire aanpak.

Om operationele activiteiten en interventies goed te kunnen positioneren is een multidisciplinaire organisatorische infrastructuur en een passend populatiegebonden bekostigingsmodel een voorwaarde.

Een samenwerkingsverband faciliteert de zorgorganisaties in hun gedeelde verantwoordelijkheid door de zorg als een ruim – maar op hoofdlijnen wel uniform – kader af te spreken: inhoud, organisatie en bekostiging; met heldere en meetbare vereisten aan het proces, de informatie-uitwisseling en de ervaren kwaliteit van zorg en leven voor de oudere burger. In plaats van allemaal afzonderlijk – en met respect voor lokale verschillen en afwijkingen op detailniveau – maken partijen gezamenlijk afspraken met als 3-ledig doel:

1. Het drukken van de stijgende zorgkosten – Betaalbaarheid
2. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg en welzijn – Kwaliteit
3. Het organiseren van de zorg dichtbij mensen – Toegankelijkheid

Dit vereist naar onze mening een uiteindelijke gemandateerde partij met een brede visie en adequate governance.

Het gedeelde belang van betrokken partijen ligt in:

1. Het versnellen van de inrichting van goed functionerende ouderenzorg teams.
2. Het stroomlijnen van de zorgprocessen tot een samenhangende keten (overdracht van de oudere tussen thuissituatie, huisarts, wijkteam en ziekenhuis).
3. Het verbeteren van de informatie-uitwisseling in de keten (ICT) en
4. Last but not least: een heldere passende bekostigingsstructuur.

Aanpak: via twee verkennende delegaties

De route om tot een populatiegebonden aanpak en bekostiging te komen laten we in eerste instantie verlopen via twee lijnen.

1. **Delegatie verkenning populatiegebonden bekostigingsmodel ouderenzorg.** Omdat een passende bekostiging voor de gewenste populatiegebonden aanpak een randvoorwaarde is voor het doorbreken van het gefragmenteerde ouderenzorgsysteem, beginnen we met een dialoog over een passend bekostigingsmodel. We doen dit nadrukkelijk mét de zorgverzekeraar(s)⁵.

Ten behoeve van de snelheid van het proces streven we naar een kleine delegatie die bestaat uit personen op bestuurlijk niveau uit de geledingen van de zorgverzekeraar (zowel inkoop huisartsenzorg als

⁴ Dankzij diverse zeer gedreven professionele initiatieven; teams met allemaal minimaal huisartsen, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen als zorgverleners, met specialisten ouderenzorg, apothekers, geriateren en contactpersonen uit het sociale domein in een schil daaromheen.

⁵ Verzekeraar CZ heeft zich al bereid verklaard in de delegatie van het bekostigingsmodel een actieve rol te willen vervullen. Met VGZ zullen de wegen verkend gaan worden en onderzocht worden waar zij ruimte en mogelijkheden zien voor oplossing van de knelpunten in de ouderenzorg.

inkoopwijkverpleging) en de zorgverleners (de primaire 'kernpartijen': huisartsenzorggroepen en thuiszorgorganisaties). Het verzoek aan de (nog samen te stellen) delegatie is de mogelijke scenario's in kaart te brengen voor een populatiegebonden bekostigingsmodel.

2. **Delegatie verkenning multidisciplinair samenwerkingsverband.** Voor de verkenning naar de inrichting van een adequate multidisciplinaire organisatorische infrastructuur – zoals hierboven geschetst – willen we ook hier slagvaardig aan de slag met in beginsel een kleine delegatie van de zorggroepen en de VVT-organisaties. Na de verkenning zal vanuit het op te zetten samenwerkingsverband⁶ worden toegewerkt worden naar een totaal 'pakket' aan inhoudelijke afspraken, zoals: het opstellen van werkbare kaders voor inrichting van de ouderenzorg teams, samenwerkingsafspraken met alle ketenpartners (medische domein + sociale domein), uitwerking van zorgpaden, informatie-uitwisseling met ondersteuning van ICT, centraal beleid voor scholing, kwaliteit en – last but not least – innovatie.

Terugkoppeling vanuit delegaties

Vanuit de twee delegaties zorgen we ervoor de niet primair in de delegatie opgenomen organisaties tussentijds te informeren en te raadplegen over de voortgang van de verkenningen. Het resultaat van beide verkenningen zullen we op gewezen momenten op een adequate wijze aan iedereen terugkoppelen.

Inhoudsopgave Populatiegebonden Aanpak Ouderenzorg

1.	Inleiding	4
1.1	Uit het verleden: Manifest en Programma Ouderenzorg West-Brabant	4
1.2	Knelpunt: gefragmenteerd gezondheidszorgsysteem	4
1.3	Onze ambitie: meer samenspel	5
2.	Zorg voor kwetsbare ouderen	5
2.1	Uitgangspunten	5
3.	Organisatie en financiering van zorg voor kwetsbare ouderen	6
3.1	Van een gefragmenteerde organisatie	6
3.2	Naar een multidisciplinaire organisatorische infrastructuur	6
4.	Doelgroep	6
4.1	Patiënten	6
4.2	Zorgverleners in Ouderenteams (huisartsen zorggroepen en thuiszorgorganisaties)	7
4.3	Overige ketenpartners	7
5.	Doelstellingen	7
5.1	Hoofddoelstelling	7
5.2	Subdoelstelling 1: populatiegebonden bekostigingsmodel ouderenzorg	8
5.3	Subdoelstelling 2: Samenwerkingsafspraken, zorgpaden en KIS binnen de keten	8
5.4	Subdoelstelling 3: Centraal kwaliteitsbeleid gecoördineerd vanuit het samenwerkingsverband	8
5.5	Subdoelstelling 4: Centraal Innovatiebeleid gecoördineerd vanuit zorggroepen in de regio	9
6.	Beoogde resultaten en producten	9
6.1	Resultaten op bestuurlijk niveau	9
6.2	Resultaten voor huisartsenpraktijken en thuiszorgorganisaties	9
6.3	Producten	10

⁶ Met een open blik op een lijn naar patiënten, informele zorg, welzijn en gemeenten.

Populatiegebonden aanpak ouderenzorg

1. Inleiding

Om goede, toegankelijke en betaalbare zorg ook op termijn te waarborgen hebben we in West-Brabant de vraag centraal gesteld hoe de doelmatigheid van de zorg kan worden verhoogd⁷. Daarom werken vanuit Verbonden in Zorg zorgverleners uit de 1e en 2e lijn en de caresector samen met gemeenten en zorgverzekeraars aan het toekomstbestendiger maken van de zorg in West-Brabant. Zie ook de bijlage bij dit plan: het memo 'Samenwerking Zorg in West-Brabant' waarin we de samenwerking tussen de twee natuurlijke subregio's in de regio nader duiden.

1.1 Uit het verleden: Manifest en Programma Ouderenzorg West-Brabant⁸

Eind 2014 is vanuit VIZ het thema Ouderenzorg opgepakt en een manifest opgesteld voor een overkoepelende aanpak. Voor de ouder wordende mens zorgen we met elkaar voor een samenhangend aanbod van zorg- en welzijn. De overkoepelende aanpak beoogt de kwetsbaarheid bij ouderen (75+) te reduceren of te voorkomen en ouderen in staat te stellen langer zelfredzaam te zijn (in de thuissituatie) met een betere kwaliteit van leven. De aanpak borduurt voort op reeds waardevol gebleken initiatieven in de regio en heeft de ambitie de professionaliteit van ouderenzorg in West-Brabant naar een hoger niveau te tillen: de domeinen cure, care en welzijn worden meer met elkaar verbonden.

Samen met het West-Brabantse werkveld, in de vorm van een 'Denktank Ouderenzorg', is een plan opgesteld dat bestaat uit 3 onderdelen:

1. Inrichten Ouderenzorg Teams

Ouderen komen in beeld bij een team van zorg- en hulpverleners die samen zorgen voor casefinding en casemanagement: voor vroegsignalering, zorg en begeleiding. Binnen dit Ouderenzorg Team wordt het medische domein verbonden met het sociale domein en de informele zorgverleners rondom de oudere.

2. Stroomlijnen zorgprocessen tot een samenhangende keten

Het beter stroomlijnen van de zorgprocessen bij de overdracht van de oudere tussen thuissituatie, extramurale zorg, intramurale zorg, ziekenhuis, huisarts en wijkteam. Er is behoefte aan regionale afspraken over o.a. triage, verwijs- en opnamecriteria, mogelijkheden voor (tijdelijke) opname, informatieoverdracht en consultatiemogelijkheden.

3. Verbeteren Informatie-uitwisseling in de keten: 1 A4'tje (de SNA-dataset⁹)

Om een oudere in een crisissituatie of tijdens de overdracht naar een andere zorgverlener optimale zorg te kunnen verlenen is een helder, beknopt maar volledig informatiebeeld, met medische, sociale en functionele informatie onmisbaar: een minimale set aan informatie die nodig is om snel en adequaat te kunnen handelen.

1.2 Knelpunt: gefragmenteerd gezondheidszorgsysteem

Medio 2016 zien we dat er op allerlei locaties en op deelterreinen veel ontwikkeling is, maar gefragmenteerd, met weinig samenhang. Te vaak is sprake van een gefragmenteerd gezondheidszorgsysteem met een

⁷ Zie ook 'Plan Zorg West-Brabant', 6 december 2012 en 'Zinnige en Zuinige Zorg in West-Brabant van 23 oktober 2013, waarin de visie en ambitie van ViZ zijn verwoord.

⁸ Zie 'Manifest Ouderenzorg' en 'Programma Ouderenzorg West-Brabant', november 2014.

⁹ De dataset bevat (1) Sociale parameters, (2) gegevens over het Niveau van functioneren en (3) Afspraken over behandelbeperkingen voor Kwetsbare mensen in de 0e, 1e en 2e lijn: SNA-dataset.

aanbodgerichte, ziekte-specifieke en monodisciplinaire aanpak en met de focus op acute zorg. Een dergelijk systeem sluit onvoldoende aan bij de behoeften van kwetsbare ouderen met (dreigende) functionele problemen op uiteenlopend vlak. Sinds een aantal jaren ligt de focus op het ontwikkelen en optimaliseren van de zorg van chronische ziekten in de vorm van ketens en multidisciplinaire samenwerking.

Juist bij multimorbiditeit wordt de oudere vaak door verschillende specialismen (uit de eerste en/of tweede lijn) gezien, zonder dat er sprake is van een adequate regie. Samenwerking tussen verschillende disciplines betrokken bij de zorg voor kwetsbare ouderen gebeurt veelal ad hoc, waarbij communicatie en overdracht van gegevens stroef verloopt (vaak door gebruik van verschillende ICT-systemen). Het komt regelmatig voor dat bij de oudere patiënt meer dan twee zorgdossiers op tafel liggen, die door een groot aantal hulpverleners in het veld naast elkaar worden bijgehouden. Tegelijkertijd wordt van deze hulpverleners rondom de oudere patiënt verwacht dat er steeds meer nieuwe, effectievere en efficiëntere werkwijzen worden geïmplementeerd

1.3 Onze ambitie: meer samenspel

Door voort te borduren op alle reeds waardevol gebleken initiatieven willen we met het onderhavige plan een versnelling gaan aanbrengen en de organisatie van de zorg voor kwetsbare ouderen naar een hoger professioneel niveau gaan tillen. Als zorgveld kunnen we hierin de regie nemen. Deze regie is *samenspel*, dat kan niemand alleen. Grensoverschrijdend denken is hierbij een randvoorwaarde.

Om ouderenzorg beter te organiseren, hebben we de ambitie dat veldpartijen in goed onderling overleg en samenwerking hun werkwijze verder gaan afstemmen op de patiënt.

We hanteren hierbij de volgende uitgangspunten:

- De populatie wordt als uitgangspunt genomen en niet de zorgverlener of zorgfinancier (zorgverzekeraar of gemeente) met zijn huidige zorg- of dienstverlening.
- Voor ieder thema dat onder de 'samenwerkingsparaplu' gebracht zal worden, worden concrete en meetbare doelen geformuleerd (SMART).
- Per thema zal een plan worden geschreven, resulterend in contractuele afspraken tussen betrokken partijen.

2. Zorg voor kwetsbare ouderen

2.1 Uitgangspunten

De zorg voor kwetsbare ouderen wordt op veel locaties georganiseerd op basis van onderstaande uitgangspunten:

- Regievoering onder verantwoordelijkheid van de huisartsenpraktijk.
- De huisarts is de hoofdbehandelaar, Specialist ouderengeneeskunde (SO) heeft een consulterende rol.
- Casefinding is de manier van inclusie.
- MDO (multidisciplinair overleg), met betrokkenheid van wijkverpleegkundige en SO.
- Integrale vraagverheldering leidend tot integraal leefzorgplan (LZP), opgesteld door huisarts (POH) of wijkverpleegkundige, met afstemming van het niet-medische deel van het LZP met het sociale domein/wijkteam.
- Evaluatie op polyfarmacie.
- Casemanagement dat is afgestemd op de overheersende problematiek.

De organisatiestructuur in de regio West-Brabant kenmerkt zich door ouderenteams die bestaan uit huisarts en praktijkondersteuners, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, soms uitgebreid met apotheker en welzijnsconsulent. Een ouderenteam coördineert de hierboven geschetste zorg voor ouderen.

3. Organisatie en financiering van zorg voor kwetsbare ouderen

3.1 Van een gefragmenteerde organisatie

De huidige organisatie en financiering van ouderenzorg is versnipperd. De functies binnen het ouderenteam worden aangestuurd vanuit verschillende organisaties met ieder een eigen beleid. De betrokken zorgverleners zijn afhankelijk van verschillende financieringsstromen en inkoopvoorwaarden, waar de regio geen invloed op heeft. Deze bottom-up benadering, zoals nu gangbaar bij de ouderenzorg, betekent dat een partij ontbreekt die alle ketenpartners faciliteert om een actieve rol te spelen in de wijkgerichte benadering ten behoeve van afstemming, regie en continuïteit van ouderenzorg. Samenwerkingsafspraken worden minimaal ingekocht. Tegelijkertijd wordt veel gevraagd van samenwerking binnen het ouderenteam en van de doorontwikkeling van de ouderenzorg in de regio. De huidige versnippering van organisatie en financiering maakt een populatiegerichte benadering van de ouderenzorg volgens Triple-Aim uitgangspunten moeilijk, zo niet onmogelijk, te realiseren.

3.2 Naar een multidisciplinaire organisatorische infrastructuur

De weg die we willen verkennen is dat de inkoopende zorgorganisaties zich verenigen en de zorg inkopen bij het ouderenteam als een uniform pakket, met heldere vereisten aan de samenwerkingsafspraken. De inkoper zorgt voor eenduidige financiering, faciliteert, organiseert innovatie en borgt de kwaliteit van het team door goede aansturing op de zorg en samenwerking.

Het doel van het onderhavige plan is om de ouderenteams te versterken en continuïteit te waarborgen.

Zorggroepen en thuiszorgorganisaties slaan de handen in een en verkennen de mogelijkheden om de ouderenzorg in te kopen en zorgverleners te faciliteren. Op dit moment worden huisartsen soms vanuit zorggroepen, soms vanuit thuiszorgorganisaties ondersteund bij het sluiten van de module ouderenzorg, waardoor huisartsen(praktijken) individueel kunnen investeren in de organisatie van zogenaamde multidisciplinaire ouderenteams (MDO's). Voor de chronische zorg hebben zorggroepen een regionaal Keten Informatie Systeem in gezet dat ook dossierdeling van complexe ouderen mogelijk maakt. Net zoals de organisatie van bijvoorbeeld diabeteszorg door huisartsen voor huisartsen heeft geresulteerd in draagvlak voor verandering, kan hoofdaannemerschap vanuit een multidisciplinair samenwerkingsverband ook bij ouderenzorg de regievoering stimuleren. Het multidisciplinaire samenwerkingsverband zorgt voor eenduidige financiering, faciliteert, organiseert innovatie en borgt de kwaliteit van het team door goede aansturing op zorg en samenwerking. De zorg voor het ouderenteam wordt ingekocht als een uniform pakket met heldere vereisten aan de samenwerkingsafspraken.

4. Doelgroep

4.1 Patiënten (onderscheid naar kwetsbare en complexe ouderen)

- 75+ers met meervoudige complexe problemen, gecombineerd met een aantoonbaar problematisch verlies aan regiemogelijkheden waarbij er een noodzaak is voor meerdere zorgaanbieders om af te stemmen over de zorg middels een MDO, vertaald in een individueel zorgleefplan en waarbij behoefte is aan casemanagement.

- Bij complexe ouderen is sprake van 'case complexity' en 'care complexity'.
 - Kwetsbare ouderen zijn die ouderen welke in meerdere chronische zorg programma's zijn opgenomen.
 - Wat betreft het casemanagement worden de complexe ouderen opgevolgd door de wijkverpleegkundige en de kwetsbare ouderen door de POH-s die verder geschoold zal worden in de ouderenzorg.
- Bij deze doelgroep is in feite de onderliggende ziekte of beperking secundair en gaat het uiteindelijk om de gewenste interventies met betrekking tot functioneren en daarmee op behoud van zo veel mogelijk kwaliteit van leven.

4.2 Zorgverleners in Ouderenteams (huisartsen zorggroepen en thuiszorgorganisaties)

Vaak wordt ervoor gekozen om het aantal partners te beperken: het 'kernteam ouderenzorg' wordt meestal gevormd door huisarts, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde.

- Huisartsen en praktijkondersteuners, aangesloten bij Huisartsen Zorggroep Breda, Het Huisartsteam, Zorggroep West-Brabant, Zorggroep Het Huisartsteam en Zorroo.
- Wijkverpleegkundigen en Specialisten Ouderenzorg, werkzaam bij de thuiszorgorganisaties Thebe, Surplus, St. Elisabeth, Avoord, TWB Thuiszorg met Aandacht, Groenhuysen en Tante Louise Vivensis.

4.3 Overige ketenpartners

- Apothekers
- Geriaters
- Informele Zorg
- GGZ
- Huisartsenpost
- Welzijnsafdelingen/ sociale wijkteams gemeenten
- En andere bij de oudere populatie betrokken zorgverleners en -organisaties

5. Doelstellingen

5.1 Hoofddoelstelling

Met dit plan richten we ons op het verduurzamen van de organisatie en financiering van de ouderenteams door centrale facilitering van de ouderenteams door:

- Verkenning scenario's eenduidige financiering en model van samenwerking via hoofdaannemerschap vanuit betrokken zorgorganisaties (zorggroepen en thuiszorgorganisaties).
- Eenduidige werkwijze en implementatie van een KIS voor alle huisartsen en ketenpartners.
- Kwaliteitsproces voor alle ketenpartners.
- Innovatiebeleid rondom relevante thema's.

Met een integrale, multidisciplinaire en populatiegebonden aanpak willen we bereiken dat kwetsbare ouderen zo lang mogelijk en met behoud van kwaliteit van leven op de plek naar hun voorkeur kunnen wonen.

5.2 Subdoelstelling 1: populatiegebonden bekostigingsmodel ouderenzorg

De ouderenteams bieden een zorgarrangement met als uitgangssituatie een populatie met een zorgvraag (in dit geval kwetsbare ouderen). Omdat de ziekte specifieke ketens vanuit de huisartspraktijken geen passend model bieden voor de zorg die kwetsbare ouderen behoeven en niet in samenhang zijn georganiseerd met de andere zorgverleners van het ouderenzorg team, worden met dit plan de mogelijke scenario's verkend om te komen tot een populatiegebonden bekostigingsmodel (bijvoorbeeld in de vorm van één budget per patiënt) ten behoeve van het functioneren van de ouderenteams op basis van de uitgangspunten zoals geschetst onder paragraaf 2 (Zorg voor kwetsbare ouderen).

Hiertoe is in elk geval nodig:

- Inzicht in betrokken/relevante zorgverleners.
- Afbakening patiëntengroep.
- Vaststellen welke financieringsbehoeften het betreft.
- Inzicht in inzet huidige middelen ('verschillende financieringsbronnen'), eventuele knelpunten en op welke manier dit indien gewenst gereorganiseerd kan worden.

5.3 Subdoelstelling 2: Samenwerkingsafspraken, zorgpaden en KIS binnen de keten

- Om de huisarts in staat te stellen zijn/haar regierol zowel organisatorisch als inhoudelijk goed te kunnen uitvoeren, is een passende organisatiestructuur rond dit palet van zorg van groot belang. De bedrijfsvoering bij de samenwerkende organisaties is verschillend, evenals de financiële kaders. In goed overleg met betrokken thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties in de diverse gemeenten en de zorgverzekeraars komen we tot een adequate en toekomstbestendige organisatiestructuur passende bij de inhoudelijke visie rondom de ouderenteams, gefaciliteerd door een samenwerkingsverband in de regio.
- Participerende huisartsenpraktijken krijgen een helder en werkbaar concept aangereikt, zodat elke praktijk volgens dit uniform concept (met de nodige ruimte voor lokaal maatwerk en individuele keuzes) kan werken. Dit omvat samenwerkingsafspraken met alle ketenpartners.
 - ✓ Zo worden regionale schriftelijke afspraken gemaakt over consultatie van de specialist ouderengeneeskunde en de kaderarts ouderenzorg door de huisarts.
 - ✓ Het samenwerkingsverband faciliteert daarnaast aansluiting met Welzijn (WMO-wetgeving) door een toepasbaar concept uit te werken in samenwerking met de gemeenten waarin de zorgprofessionals werken. Daarbij is van belang dat aansluiting met Welzijn pas kan worden gerealiseerd wanneer de structuur voor de uitvoering van de ouderenzorg in de huisartsenpraktijk voldoende duidelijk is en is geïmplementeerd (= randvoorwaardelijk).
- Enkel samenwerkingsafspraken zijn onvoldoende. Het vastleggen van de zorg in zorgpaden is een manier om te komen tot een eenduidige werkwijze en biedt tevens mogelijkheden om de tijdsinvestering per zorgpad te monitoren (met ondersteuning door ICT).
- Het samenwerkingsverband faciliteert de ICT-ondersteuning ten behoeve van de multidisciplinaire ouderenzorg door de implementatie van een Keten Informatie Systeem.

5.4 Subdoelstelling 3: Centraal kwaliteitsbeleid gecoördineerd vanuit het samenwerkingsverband

Monitoring op kwaliteit en de effecten en scholing ketenorganisatie zorg voor kwetsbare ouderen (monitoring op kwaliteit)

- Met de groeiende aandacht voor beloning op basis van gerealiseerde kwaliteit, is het van groot belang dat in multidisciplinaire samenwerking ook gezamenlijke afspraken worden gemaakt over de gerealiseerde kwaliteit van zorg (en onderliggende indicatoren) en de effecten van de zorg op de ervaren kwaliteit van leven en de gezondheidsbeleving van de patiënt.
- Lessen pilot Zuid-Nederland ('Compleet' vanuit DOH/ POZOB) waarbij indicatorenset is ontwikkeld op basis van 'kwaliteit van leven'.

- Bieden van gerichte scholing aan zorgprofessionals.

5.5 Subdoelstelling 4: Centraal Innovatiebeleid gecoördineerd vanuit zorggroepen in de regio

Gedeeld beleid op onderstaande thema's (naar behoefte in de regio):

- Zelfzorgmogelijkheden (e-health domotica)
- geriatrisch zorgprogramma
- dementiezorg
- mantelzorg
- transferzorg
- informatievoorziening bij acute zorg (SEH)
- einde-leven planning en
- palliatieve zorg.

6. Beoogde resultaten en producten

6.1 Resultaten op bestuurlijk niveau

- Uniforme afspraken met zorgpartners: specialisten ouderengeneeskunde, geriaters, wijkverpleegkundigen, GGZ (ouderen), apothekers etc.
 - Zorgafspraken baseren op vigerende zorgstandaarden of richtlijnen die in de gehele regio worden geïmplementeerd.
 - Vastleggen van gewenste samenwerkingsafspraken/ zorgpaden zoals casuïstiek bespreking of gezamenlijke behandeling en deze periodiek evalueren.
 - Waar de multidisciplinaire samenwerking niet voldoende verloopt kunnen centraal met het ouderenteam verbeterafspraken overeengekomen worden.
 - Uniform afspreken en borgen met de vele veldpartijen van verwijsafspraken en terugverwijsafspraken.
- Uniforme afspraken met gemeente over aansluiting van het medische domein aan het sociale domein.

6.2 Resultaten voor huisartsenpraktijken en thuiszorgorganisaties

- Kwaliteitsbeleid opstellen en handhaven;
 - Het bevragen van patiëntervaringen m.b.t. zorg vanuit ouderenteam.
 - Ontwikkelen van spiegelinformatie (mede o.b.v. patiëntervaringen).
 - Het meten van de prestaties van het ouderenteam en het geven van spiegelinformatie inclusief benchmark aan alle ketenpartners.
 - Afspreken en monitoren van verbeteracties (PDCA) om optimale zorguitkomsten te stimuleren.
- Specifieke (basis-)scholing van praktijkondersteuner ouderenzorg, wijkverpleegkundigen en scholing van huisartsen en andere ketenpartners in o.a. onderlinge samenwerking;
- Implementatie en verdere ontwikkeling van de Keten Informatie Systemen.
- Innovatiebeleid naar relevante thema's.
- Huisartsenvoorziening activeert netwerk met belangrijkste ketenpartners (zorg en welzijn):
 - Ketenpartners weten elkaar te vinden.
 - Afspraken over samenwerking in de keten zijn vastgelegd.
- De SO heeft een consult- en coachfunctie voor de huisartsenpraktijk:
 - SO is tenminste één keer aanwezig tijdens een MDO;
 - SO gaat zo nodig op huisbezoek.

- Zorgcoördinatie door praktijkondersteuner ter ondersteuning aan de logistiek in de huisartsenpraktijk en als spin in het web voor de keten.
- Casemanagement door praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige of zorgtrajectbegeleider:
 - Per kwetsbare oudere is een casemanager (centrale zorgverlener) benoemd die het proces en zorgplan bewaakt en handelt als dat nodig is;
 - Casemanager schakelt met de zorgcoördinator (praktijkondersteuner);
- Voor iedere kwetsbare oudere is een individueel, multidisciplinair zorgplan beschikbaar in het KIS, met mogelijkheid tot inzage door patiënt en mantelzorger.

6.3 Producten

Producten
<p>Bekostiging</p> <p>Zorggroepen, thuiszorgorganisaties en verzekeraars hebben met elkaar – via een verkenning van een aantal scenario's – een passend bekostigingsmodel uitgewerkt en afgesproken om tot de gewenste en in dit plan beschreven populatiegebonden aanpak te kunnen komen.</p>
<p>Organisatie</p> <p>Er is een gemandateerd samenwerkingsverband tot stand gekomen van waaruit de zorgprofessionals van de ouderenteams ondersteund worden in hun zorg voor kwetsbare ouderen.</p> <p>Afspraken zijn gemaakt over de inrichting en governance van de samenwerking, de wijze waarop wordt toegezien op aangegane zorginhoudelijke en financiële verplichtingen en op welke wijze uitvoering kan worden gegeven aan beleid: op zorginhoud, datamanagement en –infrastructuur, contractmanagement en (administratieve) afstemming binnen organisaties etc.</p>
<p>Zorg</p> <p>Vanuit het samenwerkingsverband worden zorgprofessionals ondersteund door middel van de volgende producten en diensten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kader en praktische ondersteuning voor organisatie en inrichting van ouderenzorgteams ✓ Stroomlijnen zorgprocessen bij overdracht van de oudere (tussen thuissituatie, extramurale zorg, intramurale zorg, ziekenhuis, huisarts en wijkteam). ✓ Regionale afspraken over o.a. triage, verwijs- en opnamecriteria, mogelijkheden voor (tijdelijke) opname, informatieoverdracht en consultatiemogelijkheden. ✓ Digitaal beschikbare SNA-dataset (het 'A4'tje'): Sociale parameters, gegevens over het Niveau van functioneren en Afspraken over behandelbeperkingen. ✓ Samenwerkingsafspraken met en tussen alle betrokken zorgprofessionals (meetbaar en toetsbaar) ✓ Ontwikkeling zorgpaden en ondersteuning bij implementatie ✓ Geïmplementeerd Keten Informatie Systeem waarin zorgpaden zijn opgenomen ✓ Afgesproken minimale set van kwaliteitsindicatoren, spiegelinformatie voor zorgprofessionals ✓ Beleid en methodiek voor meten 'kwaliteit van leven'/ ervaren gezondheid patiënt ✓ Scholing zorgprofessionals ✓ Innovatiebeleid (zelfzorgmogelijkheden, e-health, domotica) ✓ Beleid, afspraken/ samenhang met dementiezorg, palliatieve zorg, transferzorg, acute zorg, einde-even planning en palliatieve zorg ✓ Afspraken met welzijn/ sociale wijkteams/ gemeenten