

Aan Ministerie van VWS  
Van Mevrouw P.H. van Holst-Wormser  
Auteur Mevrouw M.Y. Redel RA  
Doorkiesnummer (030) 698 83 97  
Ons kenmerk N-16-13996mred1  
Datum 16 december 2016  
Onderwerp Inventarisatie naar aanleiding van BO met Minister Schippers over acute zorg en toestroom ouderen

### **Inleiding**


Naar aanleiding van het informeel bestuurlijk overleg met de Minister op 14 december 2016 is bij zorgverzekeraars een inventarisatie uitgevoerd. In deze notitie treft u de uitkomsten van deze inventarisatie aan voor de SEH en ELV (eerstelijns verblijf)


### **Inventarisatie goede voorbeelden**


Naast onderstaande concrete goede voorbeelden is ook gemeld dat verzekeraars in veel regio's in gesprek over zij over de situatie. Zo kijkt CZ in Parkstad momenteel of er iets van een flexibele afdeling kan worden gecreëerd voor als het ziekenhuis wel vol loopt. Ook in Zoetermeer heeft CZ binnenkort een afspraak om te kijken welke opties er zijn.

1. Ouderenkliniek, Zeeland, CZ
2. Logeershuis ouderen, Parkstad, CZ
3. Aanmeldportaal, Breda, CZ
4. Afstemmen tussen GRZ en MSZ, Deventer, ENO
5. communicatie over ELV naar basiszorg, Deventer, ENO
6. Ouderenprogramma en consulenten ouderenzorg, Deventer, ENO
7. Effectieve crisiszorg in de Achterhoek, Achterhoek, Menzis
8. Zorgprogramma kwetsbare ouderen, Den Haag, Menzis
9. Eerstelijnsverpleegkundige t.b.v. integrale en doelmatige zorg voor kwetsbare ouderen (2016 – 2019), Zoetermeer, Menzis
10. Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet, Veenendaal, Menzis
11. Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet, Velp, Menzis
12. Druk op de spoedbedden: Eerste ervaringen met tactisch en integraal plannen, Nieuwegein, VGZ
13. Éen nummer voor de vervolgzorg, West Brabant, VGZ
14. Samenwerking met gemeenten gericht op samenwerking, valpreventie en gezamenlijke inkoop, Eindhoven, VGZ
15. Samenwerking met gemeenten gericht op samenwerking, positieve gezondheid en valpreventie, Regio Noord Limburg, VGZ
16. Samenwerking met gemeenten gericht op zelfstandig veilig wonen, wijkgerichte zorg, kwetsbare ouderen en valpreventie, Noord Holland, VGZ
17. Wind mee voor de Kop!, Noord Holland Noord, VGZ
18. Kwetsbare ouderen tijdig en apart gescreend, Regio Heereveen, De Friesland

19. Tijdelijk verblijf, duidelijk en passend”, Utrecht, Zilveren Kruis
20. Pilot wijkverpleegkundige OLVG, Amsterdam Oost, Zilveren Kruis
21. Beter Samen in Noord, Amsterdam Noord, Zilveren Kruis
22. Project ‘integrale ouderenzorg in Amsterdam’, Amsterdam, Zilveren Kruis
23. OZOverbindzorg: Digitaal communicatieplatform met en rondom kwetsbare ouderen, regio Zwolle, Zilveren Kruis
24. SamenOud Emmen, Emmen, Zilveren Kruis
25. Transmurale Zorgbrug, Noordwest Utrecht, Zilveren Kruis


<b>Onderwerp/project:</b> Ouderenkliniek
<b>Regio/plaats:</b> Zeeland
<b>Betrokken stakeholders:</b> Zorgsaam, Curamus
<b>Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):</b> In Zeeuws Vlaanderen zijn binnen het verpleeghuis een aantal huisartsenbedden ingericht. Op deze bedden kan de huisarts zelf mensen opnemen als hij bijvoorbeeld de zaak niet vertrouwd. Zo voorkom je ook dat cliënten met onduidelijke klachten “naar een ander eiland” moeten. Het project loopt sinds begin 2016.


<b>Onderwerp/project:</b> Logeerhuis ouderen
<b>Regio/plaats:</b> Parkstad
<b>Betrokken stakeholders:</b> Meander
<b>Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):</b> In Zuid Limburg is door Meander, met steun van CZ, VGZ en de gemeenten een logeerhuis ingericht. In dit logeerhuis kunnen cliënten tijdelijk worden opgenomen ter ontlasting van de mantelzorger, als de mantelzorger bijvoorbeeld tijdelijk in het ziekenhuis ligt, of als de cliënt even niet thuis kan zijn. Door dit systematisch in te richten is het aantal ziekenhuisopnamen verminderd. Project draait.  Hetzelfde project wordt momenteel ontwikkeld voor de regio Helmond (betrokken zijn Savant, De Zorgboog, CZ en de Peelgemeenten). Hier is de business-case gereed. De planning is nog niet geheel duidelijk.


<b>Onderwerp/project:</b> Aanmeldportaal
<b>Regio/plaats:</b> Breda
<b>Betrokken stakeholders:</b> Elisabeth Breda, Surplus, Avoord, Amphia
<b>Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):</b> In de regio Breda is een aanmeldportaal ontwikkeld. Een huisarts kan in een moeilijke situatie met een kwetsbare oudere altijd dit nummer bellen. De betrokken zorgaanbieders bekijken vanuit hun expertise wat er nodig is en wie de zorg kan inzetten. De huisarts hoeft hierdoor niet onnodig te shoppen en voorkomt SHE-opnamen.

<http://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/aanmeldportaal-voorkomt-onnodige-opname-kwetsbare-oudere-ziekenhuis/>



**Onderwerp/project:** Afstemmen tussen GRZ en MSZ

**Regio/plaats:** Deventer

**Betrokken stakeholders:** ziekenhuis, GRZ aanbieders

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Er zijn diverse maatregelen genomen om afstemmen tussen MSZ en GRZ te optimaliseren.

Om de zogenoemde 'transmurale' knip (d.w.z. wisseling van geneesmiddelen bij opname of ontslag) zoveel mogelijk te voorkomen wordt met zowel GRZ instellingen als ziekenhuizen afgesproken dat het voorschrijfbeleid van specialisten ouderengeneeskunde/arts-assistenten afgestemd wordt op extramurale doelmatigheid en extramuraal voorschrijfbeleid. Deze afspraak geldt ook voor de SEH-opnames. Daarnaast worden er diverse maatregelen ziekenhuis-breed afgesproken die (ook) die bij moeten dragen aan de veiligheid van de kwetsbare patiënt, waaronder infectiepreventie, veilig toepassen van medische technologie, medicatieverificatie bij opname en ontslag, en maatregelen rondom klaarmaken en toedienen van high risk medicatie. Voor deze thema's worden de richtlijnen van VMS gevolgd. Tot slot wordt overeengekomen dat het ziekenhuis zich inspant om te voldoen aan de kwaliteitseisen van het Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis. Deventer Ziekenhuis draagt sinds jaren dit keurmerk.

Bij een acute situatie waarbij er mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid zich voordoen, komen we (vanuit inkoop MSZ) met de GRZ-aanbieders overeen dat er een rechtstreeks opname mogelijk is vanuit de SEH (en dus geen ziekenhuisopname). Dit wordt bepaald door een geriatr op de eerste hulp of een spoedconsult op de poli geriatricie.



**Onderwerp/project:**

communicatie over ELV naar basiszorg

**Regio/plaats:** Deventer

**Betrokken stakeholders:** zorgverzekeraar, zorgkantoor; huisartsen, transferbureau ziekenhuis

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Ter voorbereiding op de overgang van de ELV naar de basiszorg is er uitgebreid gecommuniceerd naar de huisartsen. We hebben meerdere nieuwsbrieven gestuurd over inrichting ELV: welke veranderingen en welke rol van de huisarts daarin. Er is een stroomschema opgesteld en gedeeld om duidelijk te maken hoe de zorg ingericht is. Ook zijn de gegevens van

contactpersonen – van instellingen waar ELV geleverd wordt – gedeeld met de huisartsen.

Daarnaast een notitie en stroomschema van Zorgkantoor Midden IJssel, en ook TTCO (= crisiszorg voor Wlz), Transferbureau ziekenhuis en overige zorgaanbieders zijn geïnformeerd.



**Onderwerp/project:**

Module ouderenzorg: Ouderenprogramma en consulenten ouderenzorg

**Regio/plaats:** Deventer

**Betrokken stakeholders:** zorgverzekeraar, huisartsen, kaderarts, ouderenconsulenten, wijkverpleging, sociale werkers

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

In de regio Deventer wordt een ouderenprogramma ingericht. Doel is kwetsbare ouderen tijdig op te sporen en de juiste zorg te bieden.

Het ouderenprogramma houdt in dat kwetsbare ouderen actief worden opgespoord. Vervolgens wordt de mate van kwetsbaarheid getoetst en wordt een behandelplan op maat opgesteld. Hulp kan onderdeel uitmaken van het sociale domein (wijkverpleging en sociale werkers) of van het medische domein (begeleiding via huisarts).

Om huisartsen te ondersteunen in het inrichten van het ouderenprogramma wordt de kaderarts ouderenzorg ondersteund door ouderenconsulenten. Er zijn huisartsen die specifiek ouderenzorg leveren; daarnaast worden er meer van deze huisartsen opgeleid. Er is in de regio ook een consulente ouderenzorg die helpt praktijken bij inrichten van hun ouderenzorg. Er zijn bovendien korte lijnen tussen kaderarts en specialist ouderenzorg (die verbonden aan verzorgingstehuis).



**Onderwerp/project:**

Effectieve crisiszorg in de Achterhoek

**Regio/plaats:**

Achterhoek

**Betrokken stakeholders:**

- Menzis
- Gemeente Montferland
- Gemeente Bronckhorst
- Huisartsenzorg Oost-Achterhoek (HZOA)
- Platform zorg kwetsbare ouderen Oost-Achterhoek
- Kennisnetwerk Kwetsbare ouderen West-Achterhoek
- BV Zorg

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdslijn):**

Het project in de Achterhoek is erop gericht om (kwetsbare) ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en crisissituaties te voorkomen. In het project wordt gezocht naar aanknopingspunten om de samenwerking in de wijk te verbeteren, zodat crisissituatie voorkomen wordt. Hiervoor worden een aantal casussen geanalyseerd waarin de cliënt terecht is gekomen in crisiszorg. Aan de hand van interviews met professionals/ mantelzorgers/cliënten worden deze casussen geanalyseerd: hoe is de cliënt in crisiszorg gekomen? Hoe verliep de samenwerking tussen professionals voorafgaand aan de crisiszorg? Weten professionals de weg naar voorliggende voorzieningen te vinden, ter voorkoming van crisiszorg?

Op basis van casuonderzoek worden de ervaren knelpunten in kaart gebracht en aanbevelingen gedaan om de samenwerking in de wijk te versterken en crisiszorg te voorkomen.

**Tijdslijn**

Het project is november 2016 gestart. De interviews zullen plaatsvinden tussen februari en april 2017. Het project wordt in juni afgerond met een eindrapportage.

**Onderwerp/project:** zorgprogramma kwetsbare ouderen**Regio/plaats:** den haag**Betrokken stakeholders:** Elzha, huisartsenkring HKH, ROS lijn1 (en in stuurgroep ook gemeente Den Haag, wijkzorgteam, plicare (S1 wijkverpleging), Florance, zorg en welzijn**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdslijn):**

Doel:

1. Uniformiteit en zorginhoudelijke afstemming voor de zorg aan kwetsbare ouderen
2. Goede infrastructuur en zichtbaarheid van voorzieningen voor kwetsbare ouderen
3. Voldoende middelen en slagkracht om de zorg in ondersteuning in de eerstlijn voor kwetsbare ouderen te borgen

Verwachte resultaten en tijdslijn:

Fase 1 (april 2016 – dec 2016): deelname 60 huisartsenpraktijken aan zorgprogramma en ontwikkelen en beschikbaar maken randvoorwaarden voor deelname

Fase 2 (jan 2017 – dec 2017): 1. vorming van het wijknetwerk in samenhang met sociale wijkteam 2. Zorgprogramma doorontwikkelen 3. Implementatie ZP in Haagse krachtwijken

Fase 3: (jan 2018 – dec 2018): ZP beschikbaar voor alle Haagse huisartsenpraktijken en kwaliteit van reeds deelnemende praktijken monitoren

In samenwerking met LUMC evaluatieprogramma in gang zetten

CZ is de preferente zorgverzekeraar. Wij participeren hier actief in mee maar contractant en eerste aanspreekpunt is CZ.



**Onderwerp/project:** Eerstelijnsverpleegkundige tbv integrale en doelmatige zorg voor kwetsbare ouderen (2016 – 2019)

Door het samenvoegen van de POH-ouderen, wijkverpleging S1, casemanagement dementie tot 1 functie van eerstelijnsverpleegkundige om advanced care te kunnen leveren aan de groep kwetsbare ouderen. Hierdoor kan betere ondersteuning en coördinatie aan de individuele ouderen worden geleverd en samenhangende zorg voor de populatie in de wijk en in de huisartsenpraktijk.

**Regio/plaats:** Zoetermeer

Betrokken stakeholders: SGZ (eerstelijnszorg, huisartsenpraktijk), Plicare (S1 wijkverpleging), Vierstroom zorg thuis

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdslijn):**

Doel:

Het doel van de pilots is de versterking van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleging en het sociale domein t.b.v. kwetsbare ouderen en ouderen of chronisch zieken met complexe problemen waaronder dementie.

Verwachte resultaat en tijdslijn:

Eind 2016 is de evaluatie van eerste pilotjaar. Is de functie succesvol samengevoegd (inhoud en financiering), leidt dit tot herkenbare zorg, stand van zaken ten aanzien van de triple aim doelstelling (betere ervaren zorg voor de klant, doelmatige zorg (meer zorg voor zelfde geld), betere gezondheid).



**Onderwerp/project:**

Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet

**Regio/plaats:** Veenendaal

**Betrokken stakeholders:**

de Coöperatie Huisartsen Veenendaal (CHV) en Ziekenhuis Gelderse Vallei

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdslijn):**

Huisarts verwijst de oudere patient naar de SO i.p.v. de geriater in de 2<sup>e</sup> lijn. De SO (specialist Oudergeneeskundige) werkt samen met een verpleegkundige en een POH. Zij hebben allen ruime ervaring met de zorgverlening aan ouderen met complexe gezondheidsproblemen.

Na verwijzing wordt vanuit multidisciplinair onderzoek de patiënt in kaart gebracht.

- lichamenlijk en geestelijk onderzoek
- gebruik medicatie
- analyse sociale situatie

Er wordt een zorgplan opgesteld, deze wordt teruggekoppeld naar de patiënt, de mantelzorg en de huisarts. Vanuit het MDO worden conclusies vastgesteld en een eventuele behandeling wordt voorgesteld.

De behandeling kan worden opgestart door de huisarts of door de SO.

Als een huisarts een patiënt heeft verwezen, brengen de arts en de verpleegkundige deze samen helemaal in kaart. Ze kijken niet alleen naar lichamelijke problemen, maar ook naar medicatie (gebruik), geestelijke problemen, problemen met huishoudelijke zaken, problemen op het gebied van dagbesteding of in de communicatie. Kortom: de gehele mens wordt gezien. Vervolgens wordt er een overzicht van opgesteld (een zorgplan) dat met de huisarts wordt besproken en vanzelfsprekend met de patiënt en eventueel de mantelzorger. Tijdens het overleg tussen de Praktijk Ouderengeneeskunde en de huisarts, sluiten ook de andere hulpverleners aan die betrokken zijn. Vervolgens bespreekt de arts van de Praktijk Ouderengeneeskunde dan de uitslag met de patiënt en kan eventueel een behandeling worden voorgesteld. Die behandeling kan worden gestart door de huisarts, maar ook door de praktijk ouderengeneeskunde. De medewerkers van de Praktijk Ouderengeneeskunde komen dan regelmatig bij de patiënten thuis en kunnen hem of haar een tijd lang intensief begeleiden. Al die tijd blijft de huisarts de hoofdbehandelaar van de patiënt. Voor alle kleine of acute klachten gaat de patiënt gewoon naar de huisarts. Buiten kantoor tijden kan bij noodsituaties de huisartsenpost worden gebeld.

Naast de directe zorg voor oudere patiënten, hebben we ook aandacht voor de mantelzorgers. Maatschappelijk werker Alphons Ensink biedt zowel individuele gesprekken als in groepsverband. Daarnaast legt Alphons contacten met organisaties als de gemeente, thuiszorgorganisaties, een woningbouwvereniging en de wijkagent. De mensen uit deze organisaties kunnen met vragen (via het algemene nummer van de praktijk) altijd op maandag bij Alphons terecht. Hij kan dan meedenken en zorgen dat de vraag op een goede plek terecht komt.

Overigens worden wij betaald via declaratie bij de diverse zorgverzekeraars en hoeft u zelf geen financiële bijdrage te betalen. Dit is een voorlopige regeling, voortkomend uit de Innovatiegelden en een betaaltitel van de Nederlands Zorgautoriteit (op voordracht van Menzis zorgverzekeraar). We werken er hard aan om deze vergoedingsstructuur structureel te laten zijn!

**Onderwerp/project:**

Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet

**Regio/plaats:** Velp**Betrokken stakeholders:**

Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet  
Huisartsen Velp, ziekenhuis Rijnstate geriater, gemeente, thuiszorgorganisaties, woningbouwvereniging

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Huisarts verwijst de oudere patiënt naar de SO i.p.v. de geriater in de 2<sup>e</sup> lijn. De SO (specialist Oudergeneeskundige) werkt samen met een verpleegkundige en een POH. Zij hebben allen ruime ervaring met de zorgverlening aan ouderen met complexe gezondheidsproblemen.

Na verwijzing wordt vanuit multidisciplinair onderzoek de patiënt in kaart gebracht.

- lichamelijk en geestelijk onderzoek
- gebruik medicatie
- analyse sociale situatie

Er wordt een zorgplan opgesteld, deze wordt teruggekoppeld naar de patiënt, de mantelzorg en de huisarts. Vanuit het MDO worden conclusies vastgesteld en een eventuele behandeling wordt voorgesteld.

De behandeling kan worden opgestart door de huisarts of door de SO. De medewerkers kunnen patiënt thuis begeleiden.

Huisarts blijft de hoofdbehandelaar.

Tijd; project loopt inmiddels een aantal jaren, Esther Bertholet heeft voor dit initiatief de Koploperprijs 2013 ontvangen.

**Initiatieven gericht op het beperken toestroom op SEH**

**Onderwerp/project:** Druk op de spoedbedden: Eerste ervaringen met tactisch en integraal plannen

**Regio/plaats:** Nieuwegein

**Betrokken stakeholders:**

Antonius Ziekenhuis (eigen initiatief ziekenhuis)



**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdslijn):**

De planning is sterk aangepast (via LEAN) en daardoor is ruimte beschikbaar gekomen om mensen binnen het ziekenhuis op te nemen vanuit de SEH. Bij een electieve operatie worden mensen bijvoorbeeld niet meer de avond vooraf opgenomen, waardoor het bed in de nacht anders benut kan worden.

**Resultaat tot u toe:**

Meer beschikbare bedden

**Onderwerp/project:** Éen nummer voor de vervolgzorg**Regio/plaats:** West Brabant**Betrokken stakeholders:**

VVT organisaties, ziekenhuis en huisartsen in oostelijk West-Brabant

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdslijn):**

Doel samenwerking is de juiste zorg op de juiste tijd op het juiste moment op de juiste plek. Eénderde van de ouderen komt slechter uit het ziekenhuis na een ziekenhuisopname. Na ontslag zijn veel van de geriatrische problemen niet opgelost. Dat maakt ouderen erg kwetsbaar voor heropname, dit kunnen we voorkomen door betere triage, informatie overdracht naar huisarts en nazorg

Het Aanmeldportaal is ingericht om knelpunten in de keten van spoedzorg voor kwetsbare ouderen aan te pakken. Het Aanmeldportaal AES: is 24x7 bereikbaar via nummer: 085 – 4842515; zorgt overdag voor rechtstreekse doorschakeling naar CSB's; zorgt tijdens ANW voor direct contact met medewerker AP voor: plaatsing cliënt VVT. De informatiekaart is verspreid onder 240 huisartsen in de regio Oosterhout, Etten-Leur en Breda.

**Resultaat tot u toe:**

In de periode maart tot en met augustus (zes maanden) zijn er 78 aanmeldingen geweest. Ongeveer twee derde van de aanmeldingen bij Het Aanmeldportaal is afkomstig van de SEH. Van deze 49 aanmeldingen door de spoedeisende hulp (van het Amphia) hebben er 37 geleid tot een opname op De Brug. 5 cliënten zijn naar huis terug gegaan. Na opname op De Brug stroomt ca. 40% door naar één van de AES organisaties. Opname op De Brug voorkomt ziekenhuisopname en zorgt voor passende doorplaatsing


**Initiatieven gericht op de kwetsbare ouderen****Onderwerp/project:** samenwerking met gemeenten

Samenwerking tussen 1<sup>e</sup> lijn en sociale domein

Valpreventie

Wijkverpleging en verkenning van gezamenlijke inkoop

<b>Regio/plaats:</b> Eindhoven. Convenant 2016-2018
<b>Betrokken stakeholders:</b> Gemeente, Verzekeraar, zorgaanbieders
In werkgroepen en projectgroepen worden de bovenstaande onderwerpen besproken en uitgewerkt. De projecten lopen tot 2018. De concrete bijdrage van VGZ beperkt zich tot de zorg en de kennisdeling op het gebied van thuiszorg en ondersteuning, en de mogelijkheden om dit gezamenlijk te organiseren. Afspraken over valpreventie betreffen de kwaliteitseisen en de vergoedingsmogelijkheden.


<b>Onderwerp/project:</b> samenwerking met gemeenten in Noord Limburg
Verbinding sociaal domein met 1 <sup>e</sup> lijn Wijkgerichte samenwerking (Venlo en Venray) Positieve gezondheid (gemeente Bergen) Valpreventie (gemeente Horst ad Maas)
<b>Regio/plaats:</b> Regio Noord Limburg, 7 gemeenten.
<b>Betrokken stakeholders:</b> samenwerkingstafel met gemeenten, verzekeraar en zorgaanbieder
<b>Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdslijn):</b> Er is een regioplan gemaakt. De samenwerkingstafel komt maandelijks bijeen, daar worden bovenstaande onderwerpen worden besproken, uitgewerkt en uitgevoerd. VGZ richt zich concreet op de zorgorganisatie. Voor de verbinding sociaal domein met 1 <sup>e</sup> lijn is dit bijvoorbeeld: - de verbinding met de huisartsenpraktijk op het gebied van ouderen. - Wijkgerichte samenwerking wijkverpleging (gemeente en VGZ onderling) en met sociale domein en huisarts. Afspraken over valpreventie betreffen de kwaliteitseisen en de vergoedingsmogelijkheden.

<b>Onderwerp/projecten:</b> samenwerking met gemeenten op focusonderwerpen

Zelfstandig veilige wonen, Alkmaar Wijkgerichte zorg, verbinding zorg en welzijn, West Friesland Kwetsbare ouderen, Den Helder Valpreventie, Texel
<b>Regio/plaats:</b> Noord Holland. Samenwerkingsafspraken of convenanten met: Regio Alkmaar, West Friesland, Den Helder, Texel
<b>Betrokken stakeholders:</b> Gemeenten, zorgverzekeraar, zorgaanbieders

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Op basis van jaarplannen 2016 zijn per regio/gemeenten de bovenstaande focus onderwerpen besproken, uitgewerkt en ingevuld.

De projecten zijn veel breder dan de zorg. De concrete bijdrage van de zorgverzekeraar beperkt zich tot de zorg, bv het aanhaken van de POH bij het wijkteam, afspraken over kwaliteitseisen en de vergoeding van valpreventie.



**Onderwerp/project:** Wind mee voor de Kop!

**Regio/plaats:** regio: Noord Holland Noord

**Betrokken stakeholders:** Alle zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten en de preferente zorgverzekeraar

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Specifieke uitdagingen voor de Kop:

- Demografische ontwikkelingen: snelle vergrijzing in combinatie met ontgroening en lage SES in gemeenten Texel en Den Helder
- Opgave kwalitatief goede, betaalbare zorg op de langere termijn beschikbaar houden in een regio waar de zorgvraag sneller dan landelijk toeneemt, terwijl de capaciteit om die op te vangen afneemt.
- Relatief dunbevolkt, afstand tot zorg is groot

De uitgangspunten, ontwikkelingen en gedeelde wens de continuïteit van zorg te

waarborgen, leiden tot de volgende prioriteiten/doelen voor 2022:

1. **Arbeidsmarkt:** Er zijn voldoende professionals in de zorg beschikbaar op alle niveaus.
2. Zorg dichtbij voor thuiswonende **ouderen** is goed geregeld.
3. De **jeugd** functioneert goed dankzij inzet vroegsignalering en specialistische kennis in voorveld.
4. De **spoedzorgketen** is goed op elkaar afgestemd en beschikbare capaciteit wordt optimaal benut.
5. **ICT** wordt ingezet op verbeteren patiënt- en/of zorgproblematiek.

**Resultaat tot u toe:**

Plan van aanpak fase



**Onderwerp/project:** Kwetsbare ouderen tijdig en apart gescreend

**Regio/plaats:** Regio Heereveen / ziekenhuis Tjongerschans

**Betrokken stakeholders:** Ziekenhuis / SEH / geriater

**Korte beschrijving:**

## Initiatieven gericht op het beperken toestroom op SEH



**Onderwerp/project:** "Tijdelijk verblijf, duidelijk en passend" (onderdeel Stedelijke Agenda Ouderen).

**Regio/plaats:** Utrecht (stad)

**Betrokken stakeholders:** gemeente, zorgverzekeraar, aanbieders tijdelijk verblijf, huisartsen, buurtteamorganisaties

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

In de Stedelijke Agenda Ouderen benoemen Gemeente Utrecht en Zilveren Kruis de maatregelen die we samen treffen om ervoor te zorgen dat de stad is toegerust op een grotere groep ouderen die zelfstandig wonen. Natuurlijk doen we dit niet alleen. We werken samen met de bewoners van onze stad, cliënten(organisaties), de buurtteams, medische basiszorg, zorginstellingen en woningbouwcorporaties. Utrecht maken we immers samen!"

Doelstelling:

- 1) Zorgtoewijzers kunnen op basis van een goed overzicht, makkelijk een passend bed met zorg en ondersteuning voor elke situatie regelen (voor voornamelijk ouderen >90%).
- 2) Grotere inzet van tijdelijk verblijf (respijtzorg) vanuit de WMO. Voor de leverende instellingen is het duidelijk waar zij de zorg in rekening kunnen brengen.

Resultaat: Een informatiekaart over alle vormen van tijdelijk verblijf (vanuit de verschillende wetten) en de beschikbaarheid hiervan in Utrecht is verspreid onder de verschillende zorgtoewijzers.

Project is eind 2016 gestart en loopt door tot 2018.

Vervolgstappen:

informatievoorziening/scholing toewijzers (begin 2017)  
monitoring vraag en aanbod (2017)

Beoogd effect is dat ouderen waarvoor dat nodig is tijdig gebruik kunnen maken van tijdelijk verblijf en niet onnodig acuut worden opgenomen in het ziekenhuis als dat medisch niet noodzakelijk is. Hierdoor kunnen ouderen en mantelzorgers langer (vitaal) thuis blijven wonen.

**Onderwerp/project:**

Pilot wijkverpleegkundige OLVG, categorie 1

**Regio/plaats:**

Noord Holland: Amsterdam Oost

**Betrokken stakeholders:**

OLVG, Cordaan en Eveen (thuiszorg).

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Begin oktober is OLVG, locatie Oost van start gegaan met een pilot met wijkverpleegkundigen op de Spoedeisende Hulp (SEH). Dit moet vooral leiden tot betere zorg voor kwetsbare ouderen, maar ook voor minder onnodige opnames en minder opnamestops.

Wijkverpleegkundigen van Cordaan en Eveen begeleiden kwetsbare ouderen 's avonds en in het weekend van de SEH naar huis. Daardoor komt de oudere patiënt sneller op de juiste plek terecht waar hij in alle rust kan herstellen. De SEH en het ziekenhuis krijgen daardoor weer ruimte voor andere patiënten. Bijkomend voordeel is dat de wijkverpleegkundige en de huisarts tijdig geïnformeerd worden over het verblijf en het vervolgzorg van hun patiënt. Dit gebeurt via POINT, het systeem waarmee de transferinformatie wordt verzorgd

De pilot wordt na 3 maanden geëvalueerd.

**Initiatieven gericht op de kwetsbare ouderen**

**Onderwerp/project:** Beter Samen in Noord, projectcategorie 2

**Regio/plaats:** Amsterdam Noord

**Betrokken stakeholders:** Zilveren kruis, gemeente Amsterdam en 13 zorg- en welzijnsaanbieders (samen verenigd in de Krijtmolenalliantie).

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

**Baanbrekende vernieuwing in zorg & welzijn voor bewoners Amsterdam-Noord**

De gemeente Amsterdam, Zilveren Kruis en 13 zorg- en welzijnsaanbieders (samen verenigd in de Krijtmolenalliantie) hebben op 12 december de intentieverklaring "Beter Samen in Noord" ondertekend. Dit houdt in dat alle partijen de huidige structuren in zorg en welzijn zodanig willen verbeteren dat de zorg- en hulpvraag van de cliënt echt centraal komt te staan. Zij zijn bereid daar 'domeinvrije' afspraken over te maken als de individuele situatie daar om vraagt; ook wel 'het bieden van zorgarrangementen'. Baanbrekend, omdat de huidige financieringsstructuur nog niet eerder toeliet de zorg rondom de burger op die manier te regelen.

### De praktijk

Een voorbeeld: een alleenstaande vrouw van 78 jaar met verschillende chronische klachten die diverse specialisten ziet. Ook krijgt ze nog thuiszorg. De diverse afspraken en bezoeken duizelen haar. Door deze nieuwe aanpak wordt haar zorgvraag gecombineerd aangepakt: hierdoor kunnen sommige behandelingen stoppen, en is de hulp die zij nodig heeft beter georganiseerd. Ook wordt mevrouw actief betrokken bij activiteiten in de buurt. Hierdoor voelt mevrouw zich ook weer beter. Een ander voorbeeld is het combineren van verschillende beweegprogramma's zodat bewoners makkelijker doorstromen naar het reguliere sportaanbod in Amsterdam-Noord.



### Onderwerp/project:

Project 'integrale ouderenzorg in Amsterdam', categorie 2

### Regio/plaats:

Noord Holland: Amsterdam

### Betrokken stakeholders:

Huisartsenpraktijken (GC de Vaart (Nieuw West) met Amstelring, GC Banne Buiksloot (Noord) met Eevan, GC Reigersbos (Zuidoost) met Cordaan, MC Gelderlandplein (Buitenveldert) met ZHGA)

SIGRA

Eerstelijns Amsterdam

Zilveren Kruis

ZonMw

VUmc

Talma instituut

### Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):

Vier huisartsenpraktijken in Amsterdam, die in verschillende stadia van verlenen van gestructureerde ouderenzorg verkeren, willen kijken wat nodig is om de integrale gestructureerde ouderenzorg verder vorm te geven of te bestendigen. Hiervoor is de samenwerking met de thuiszorgorganisaties onontbeerlijk.

Er zijn 2 doelen:

- i. Implementatie van goede, gestructureerde en integrale eerstelijns ouderenzorg in Amsterdam.
- ii. Realisering voor onderbouwing voor structurele bekostiging, zodat de integrale, gestructureerde eerstelijns ouderenzorg kan worden geborgd in het nieuwe zorg- en welzijnstelsel.

Tijdlijn: oktober 2016 tot januari 2018

Hoe werkt het?

In elke huisartsenpraktijk wordt, samen met de thuiszorgorganisatie integrale, gestructureerde eerstelijnszorg voor ouderen geïmplementeerd. Dit proces wordt in elke wijk ondersteund en begeleid door een team van medewerkers van de deelnemende organisaties (huisartsenpraktijk, thuiszorgorganisatie, apotheek) en vertegenwoordigers van de patiënten (NPO-ouderen). Adviseurs van SIGRA,

1ste Lijn Amsterdam en Ben Sajet (onderzoeksbureau) begeleiden het proces. Onderzoekers van het VUmc (huisartsengeneeskunde en ouderengeneeskunde) monitoren het proces. De bevindingen (knelpunten en resultaten) worden met de wijkprojectgroepen gedeeld en op stedelijk niveau gebundeld (stedelijke projectgroep).

Daarnaast wordt in kaart gebracht welke taken nodig zijn om goede zorg te leveren, welke taken worden verschoven en welke moeten worden geïntensiveerd.. Op basis hiervan hopen gemeente en Zilveren Kruis een systeem van adequate en structurele bekostiging te ontwikkelen, zodat deze bekostiging in de reguliere zorginkoop van 2018 kan worden ondergebracht. Dit proces wordt begeleid door het Talma Instituut.

ZonMw draagt de kosten van het onderzoek en de begeleiding van het proces door de deelnemende organisaties. De extra inzet van POH en/of wijkverpleegkundigen en/of praktijkverpleegkundige (c.q. eerstelijnsverpleegkundige) (extra inzet van 0,2 FTE (1 dag per week) per 1 FTE huisartsen) bekostigt Zilveren kruis via innovatiegelden.



**Onderwerp/project:**

OZOverbindzorg: Digitaal communicatieplatform met en rondom kwetsbare ouderen

**Regio/plaats:**

Regio Zwolle, Noord-Veluwe

**Betrokken stakeholders:**

Patiënten, mantelzorgers, Huisartsen, wijkverpleging, Ziekenhuis, Verpleeghuizen, paramedici, dagbesteding, andere relevante betrokkenen bij de patiënt

**Korte beschrijving doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

OZOverbindzorg staat voor samenwerking en delen van zorg. Via een eenvoudig computerprogramma worden alle partijen (mantelzorgers, familie en zorgverleners) die betrokken zijn bij de zorg en het welzijn van een cliënt samengebracht. Er vormt zich een netwerk rondom de cliënt, waarbij de cliënt bepaalt wie er mee doet. Alle partijen zijn zo beter op de hoogte en de lijntjes zijn kort met teamspirit rondom de cliënt als gevolg. De cliënt is eigenaar zonder belang van één van de betrokken partijen. Resultaat? Commitment bij alle partijen.

OZOverbindzorg is bedoeld voor ouderen, hulpbehoevenden en kwetsbaren die zorg nodig hebben, zodat zij langer thuis kunnen blijven wonen. Met contact in hun eigen netwerk en grote invloed op de verzorging. Met zelf de regie in handen.

Op elk moment is de status inzichtelijk. Onafhankelijk van de beschikbaarheid van zorgverleners. Familie op afstand blijft via internet op de hoogte. Urgente problemen worden snel opgelost. Kortom de zorg is goed geregeld. Het gebruik van een digitaal communicatieplatform is opgenomen in het landelijk inkoopbeleid voor de huisartsenzorg. De insteek is dat OZOverbindzorg of een vergelijkbaar platform breed beschikbaar is voor Zilveren Kruis verzekerden.

De pilot is gestart in januari 2013 in Luttenberg en de gemeente Raalte. In juli 2015 is deze gestart in Zwolle. Verdere uitrol is nog in volle gang. In de regio Zwolle zijn 9 gemeenten betrokken bij cofinanciering van het platform. Bij de afstemming van zorg voor 1164 kwetsbare ouderen wordt gebruik gemaakt van het platform. Ondermeer 95 huisartsen, 154 wijkverpleegkundige (teams), 110 paramedici, 21 apotheken participeren. Voor 55% van de ouderen is ook een mantelzorger actief betrokken. Zo draagt OZOverbindzorg bij aan de verbetering van het welzijn van kwetsbare mensen met chronische ziekten.

(NB De opgenomen aantallen zijn een momentopname omdat de verdere implementatie in de praktijk en de verdere uitrol naar andere plaatsen en zorgverleners en welzijn nog in volle gang is).

Zie ook [www.ozoverbindzorg.nl](http://www.ozoverbindzorg.nl)



**Onderwerp/project:** SamenOud Emmen

**Regio/plaats:** Emmen

**Betrokken stakeholders:** SamenOud wordt gerealiseerd door de uitvoerende organisaties voor zorg en welzijn in Emmen die zijn verenigd in de Stuurgroep SamenOud Zuidoost Drenthe, namelijk Zorggroep Tangenborgh, Icare, Huisartsen coöperatie ZO Drenthe, Sedna/Tinten welzijnsgroep, UMCG en gemeente Emmen. Recent hebben ook GGZ Drenthe en Treant Zorggroep besloten aan te sluiten bij het samenwerkingsverband waardoor verbreding van SamenOud naar de specialistische tweedelijnszorg mogelijk wordt. Verder is er is regelmatige afstemming met Huisartsen Zorg Drenthe (HZD) gericht op integratie van SamenOud en het Zorgprogramma Ouderenzorg van de HZD in Emmen.

Zilveren Kruis is in 2016 en 2017 betrokken als zorgverzekeraar.

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

SamenOud is een nieuw persoonsgericht en integraal zorgmodel dat is ontwikkeld en gerealiseerd in Oost Groningen. Het model wordt nu ook toegepast in Emmen. Uitgangspunt van SamenOud is het welbevinden van thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder. Het doel is dat deze ouderen zo lang als mogelijk en wenselijk thuis kunnen blijven wonen.

Alle ouderen die ouder zijn dan 75 jaar en zijn geregistreerd in een huisartspraktijk, worden uitgenodigd deel te nemen aan SamenOud. Ouderen die besluiten deel te nemen ontvangen jaarlijks een schriftelijke vragenlijst met vragen over de complexiteit van hun zorgbehoeften en mate van kwetsbaarheid. Op basis van hun antwoorden worden ouderen ingedeeld in drie risicoprofielen: robuust (ongeveer 64%), kwetsbaar (ongeveer 16%) en complexe zorgbehoeften (ongeveer 20%).

Vervolgens verleent een ouderenzorgteam preventieve en proactieve zorg en begeleiding. Elke huisartspraktijk heeft een eigen ouderenzorgteam dat onder leiding staat van de huisarts, en verder bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige (eventueel een POH-ouderen)



en een ouderenadviseur. Beide laatste in de rol van casemanager voor respectievelijk ouderen met de risicoprofielen complexe zorgbehoeften en kwetsbaar.

De geboden zorgintensiteit varieert per risicoprofiel. Alle ouderen, dus ook de robuuste ouderen, wordt een zelfmanagementsupport- en preventieprogramma met groepsactiviteiten aangeboden. Dit programma is gericht op zelfredzaamheid, eigen regie en gezond blijven en heeft drie pijlers: sociale contacten, bewegen en voeding.

Robuuste ouderen wordt (alleen) het zelfmanagementsupport- en preventieprogramma aangeboden (laagste zorgintensiteit). Kwetsbare ouderen ontvangen bovendien casemanagement (1x per maand een huisbezoek) en ouderen met het risicoprofiel complexe zorgbehoeften ontvangen kortdurend intensief casemanagement (maximaal 6 maanden iedere 2 weken een huisbezoek) of langdurig intensief casemanagement (langer dan 6 maanden iedere 2 weken een huisbezoek).

In Zuidoost Drenthe wordt ernaar gestreefd dat ongeveer 25 aantal huisartspraktijken deelnemen. Het aantal ouderen dat deelneemt, is naar verwachting 2.300.

Het doel van SamenOud is het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de eigen regie van ouderen zodat zij zo lang als mogelijk en wenselijk is thuis kunnen blijven wonen. In 2016 en 2017 wordt een kosteneffectiviteitsonderzoek uitgevoerd. Hierbij wordt de impact van SamenOud zorg en begeleiding onderzocht op verschillende uitkomsten voor ouderen, de ervaren kwaliteit van zorg en bijbehorende kosten na 12 maanden en na 24 maanden.



**Onderwerp/project:** Transmurale Zorgbrug

**Regio/plaats:** Noordwest Utrecht

**Betrokken stakeholders:** huisartsen, ziekenhuis, VVT-instellingen

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Doel: De Transmurale Zorgbrug heeft als doel het traject voor de patiënt van huis tot opname en tot thuiskomst na opname soepeler te laten verlopen. Dit wordt bereikt door betere samenwerking tussen zorgverleners op basis van:

- 1) Verbeteren informatie overdracht bij opname vanuit eerstelijns naar ziekenhuis.
- 2) Verbeteren overgang van ziekenhuis naar huis
- 3) Systematische nazorg in de thuissituatie, waardoor minder heropnames en sterfte

Beoogd resultaat: minder heropnames en sterfte, beter ervaren kwaliteit door de patiënt.

Tijdlijn: start eind 2016, afronding begin 2018.