



Plan van Aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen

Werkgroep Kwetsbare Ouderen

InEen * KNGF * KNMP * Laego * LHV * NHG * Patiëntenfederatie * V&VN * Verenso * VWS * ZN

Versie 12 september 2017

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding en werkwijze	4
1.1 Inleiding	4
1.2 De opdracht aan de werkgroep	4
1.3 Disclaimer	5
1.4 Resultaat	5
1.5 Aanpak	5
1.6 Leeswijzer	6
2. De doelgroep en een geïntegreerde aanpak	7
2.1 Aanleiding	7
2.2 Advies en plan van aanpak.....	7
2.3 Actiepunten om doelgroep en complexiteit te identificeren	8
2.4 Acties om de doelgroep In beeld krijgen en te bereiken	9
2.5 Maatwerk en persoonsgerichte zorg	10
3. Zorgverleners: rollen, verantwoordelijkheden en korte lijnen	11
3.1 Inleiding	11
3.2 Overwegingen bij het Plan van Aanpak	11
3.3 Actie: infographic.....	12
3.4 De actiepunten.....	13
4. Verbinding met het sociale domein	14
4.1 Introductie	14
4.2 Onderhandelaarsakkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire 2018	14
4.3 Samenwerkingsagenda VNG en ZN.....	14
4.4 Aandachtspuntenlijst ‘Samenwerking sociaal domein en eerste lijn’	14
4.5 Procesvoorstel	15
4.6 Acties.....	15
4.7 Planning	16
4.8 Begroting.....	16
5. Gegevensuitwisseling	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.1 Inleiding	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. 7
5.2 Relevante trajecten.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3 Vervolgaanpak	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.4 Beoogd resultaat.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.5 Acties.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.6 Planning.....	20
6. Toegang kortdurend verblijf via één loket	21
6.1 Inleiding	21
6.2 Aanpak van de opdracht	21
6.3 Procesvoorstel voor vervolg	21
6.4 Resultaten	22

6.5	Planning	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.	Regionale ondersteuning	23
7.1	Inleiding	23
7.2	Naar een nieuwe financiering van samenwerking in de eerstelijns	23
7.3	Wat betekent dit voor de zorg aan kwetsbare ouderen?	23
7.4	Resultaat	24
7.5	Aanpak	24
8.	Kosten-batenanalyse.....	26
8.1	Inleiding.....	26
8.2	Aanpak.....	26
8.2	Planning.....	26
9.	Communicatie van landelijke aanbevelingen en uitwerkingen.....	26
9.1	Inleiding en opdracht	27
9.2	Wat is de uitdaging en wat moet er gebeuren?	27
9.3	Uitgangspunten voor communicatie	27
9.4	Eerste stappen	27
9.5	Waar zit mogelijk weerstand tegen deze verandering?	288
9.6	Welke aanpak adviseren we?.....	28
9.7	Planning.....	28
10.	Het vervolg.....	29
10.1	Inleiding	29
10.2	Overzicht en indicatieve planning.....	29
10.3	Organisatie	30
10.4	Kosten	30
Bijlage:	Begroting.....	31

1. Inleiding en werkwijze

1.1 Inleiding

Het aantal ouderen in Nederland stijgt de komende jaren explosief. In 2040 is de demografische groei op zijn hoogtepunt van de vergrijzing en telt Nederland naar verwachting meer dan een kwart 65-plussers (CBS, 2017). Onder invloed van transities in de ouderenzorg wonen ouderen langer thuis. De combinatie van deze ontwikkelingen leidt tot druk op de acute zorgketen (zie recente berichtgeving van huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen). Vanuit maatschappelijk perspectief is het belangrijk om de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment te bieden om de zorg behapbaar en betaalbaar te houden. Dit vraagt een andere benadering van de doelgroep kwetsbare ouderen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen inhoud, organisatie en proces en benodigde randvoorwaarden.

Op verzoek van het Bestuurlijk Overleg Eerste Lijn is in 2016 een inventarisatie uitgevoerd van bestaande initiatieven in de zorg voor kwetsbare ouderen in de eerstelijns en aanpalende sectoren¹. De aanbevelingen uit dit onderzoek zijn vertaald in een aantal randvoorwaarden en een aantal uitgangspunten voor het benodigde zorgaanbod.

Het Bestuurlijk Overleg heeft op 13 februari 2017 ingestemd met deze uitgangspunten en randvoorwaarden voor de zorg voor kwetsbare ouderen als basis voor de uitwerking van een plan van aanpak. Er is een werkgroep ingesteld met als opdracht het ontwikkelen van een Plan van Aanpak op basis van de bevindingen en de aanbevelingen van het onderzoek. De werkgroep werd ondersteund door bureau ARGO uit Groningen. Dit plan van aanpak beschrijft op welke wijze landelijke partijen kunnen bijdragen aan dit maatschappelijke vraagstuk.

1.2 De opdracht aan de werkgroep

De opdracht aan de werkgroep luidde: ontwikkel van een Plan van Aanpak voor de zorg aan kwetsbare ouderen. Dit plan dient een uitwerking te bevatten op negen thema's die in de notitie zijn benoemd:

1. De kwetsbare oudere patiënt: definitie en zorgbehoefte
2. Beschrijving van een programmatisch aanbod
3. Definitie van rollen en verantwoordelijkheden zorgaanbieders
4. Korte lijnen tussen zorgaanbieders stimuleren
5. Verbinding met het sociale domein
6. Gegevensuitwisseling
7. Goede toegankelijkheid en beschikbaarheid overdag en ANW
8. Regionale ondersteuning
9. Communicatie van landelijke aanbevelingen naar regionaal en lokaal niveau

Aanvullende eisen vanuit het Bestuurlijk Overleg waren:

- Besteed aandacht aan een scherp omliggende en strenge afbakening van de doelgroep.
- Maak zoveel mogelijk gebruik van bestaande inzichten, tools en materialen die in het kader van andere programma's zijn ontwikkeld (bv Beter Oud, De Nieuwe Praktijk).
- Zorg voor verbinding met andere trajecten, zoals 'afstemming sociaal domein' en het NHG-visedocument 'Huisartsenzorg voor ouderen'
- Betrek ook de reacties die betrokkenen tijdens de totstandkoming van de notitie 'uitgangspunten' hebben aangedragen.

¹ Inventarisatie en analyse van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen (ARGO, 2016).

1.3 Disclaimer

Het realiseren van de zorg voor kwetsbare ouderen vraagt - naast een uitwerking op voornoemde thema's – ook een adequate financieringssysteem én investeringen met een structureel karakter. Deze thema's heeft de werkgroep niet behandeld. De zorg aan kwetsbare, thuiswonende ouderen zal de komende jaren ook vanuit financieel oogpunt hoog op de (landelijke) beleidsagenda moeten staan. Het gaat hierbij om zowel de bekostiging van de zorg die professionals leveren (o.a. meer tijd voor de patiënt) als de bekostiging van de noodzakelijke ondersteuning en infrastructuur.

1.4 Resultaat

Het Bestuurlijk Overleg heeft de werkgroep gevraagd om een realistisch plan van aanpak, met concrete stappen om de ontwikkeling van de zorg voor kwetsbare ouderen te stimuleren en belemmeringen weg te nemen. Gestreefd wordt naar samenhangend plan van aanpak, waarin concrete deelprojecten (en indien relevant een aantal overstijgende thema's) worden benoemd. De vaststelling van het plan en de concrete vervolgvaststellingen vindt plaats in het bestuurlijk overleg.

1.5 Aanpak

De opdracht betreft het begeleiden en ondersteunen van een werkgroep die de taak heeft om op de voornoemde negen thema's een plan van aanpak te ontwikkelen. Voor dit doel werd de werkgroep die was ingericht voor de begeleiding van de landelijke inventarisatie aangevuld met relevante deelnemers vanuit Verenso, Laego en NHG. Er is gekozen voor een aanpak waarin afwisselend plenair en in subgroepen werd gewerkt. In maart – juni 2017 vonden de volgende activiteiten plaats:

Activiteiten door de werkgroep

1. Startbijeenkomst (24 maart 2017)
 - opdracht, doel, aanpak
 - verdeling thema's, trekker per groep, procesafspraken
2. Tussentijdse werkzaamheid subgroepen (24 maart – 11 mei)
 - inclusief 2x telefonisch overleg met ARGO
3. Presentatie en bespreking van 'halfabrikaten' in een werkconferentie (11 mei)
4. Tussentijdse werkzaamheid subgroepen (11 mei – 1 juni)
5. Afrondende bijeenkomst (1 juni)

De werkzaamheden van ARGO werden uitgevoerd door dr. C.P. van Linschoten en drs. B.P. te Velde. Beiden waren betrokken bij het inventariserende onderzoek naar zorg voor kwetsbare ouderen. De subgroepen waren samengesteld naar de 9 thema's die vanuit het Bestuurlijk Overleg werden meegegeven aan de werkgroep. Bij een aantal thema's is een clustering aangebracht en waar mogelijk werd samenhang met ander thema's gezocht. Om de discussie in de subgroepen te stimuleren, en de eenheid in de plannen te waarborgen, werd door ARGO een instructie en een 'format' ontwikkeld, en werd tussentijds 2x een telefonisch overleg over de voortgang gehouden.

De 9 thema's zijn in 7 subgroepen uitgewerkt, in onderstaand overzicht wordt aangegeven welke partij de trekker was en welke partijen deel uitmaakten van de subgroep:

Subgroep 1: Doelgroep en geïntegreerde aanpak (thema 1 en 2): NHG (trekker), Laego, Verenso, V&VN, PFN;

Subgroep 2: Zorgverleners: rollen, verantwoordelijkheden en korte lijnen (thema 3 en 4): KNMP (trekker), Verenso, KNGF, LHV, NHG;

Subgroep 3: Verbinding met het sociale domein (thema 5): InEen (trekker), ZN, LHV;

Subgroep 4: Gegevensuitwisseling (thema 6): VWS (trekker), ZN;

Subgroep 5: Toegang kortdurend verblijf via een loket (thema 7): LHV (trekker); InEen, Laego, ZN

Subgroep 6: Regionale ondersteuning (thema 8): InEen (trekker); ZN, PFN;

Subgroep 7: Communicatie (thema 9): V&VN (trekker), KNMP, NHG.

De acties in het Plan van Aanpak zijn door de leden van de werkgroep in de afsluitende bijeenkomst getoetst op de volgende criteria.

Criteria actiepunten PVA Kwetsbare ouderen

Per thema <ul style="list-style-type: none">• Sluiten we aan op de opdracht van het BO?• Hebben de actiepunten het juiste ambitieniveau?• Is er een heldere relatie met de problemen van kwetsbare ouderen?• Zijn de actiepunten realistisch, haalbaar en concreet (resultaat, tijdpad)?
Het totale beeld <ul style="list-style-type: none">• Samenhang en zien we tegenstellingen?• Zien we een volgorde? Wat moet na elkaar, wat kan gelijktijdig
Toetsing aan de Randvoorwaarden van het BO <ul style="list-style-type: none">• Inkleuren van de details moet lokaal en regionaal gebeuren• We sluiten aan bij wat elders al is bedacht• Niet vergeten: financiering en gegevensuitwisseling

1.6 Leeswijzer

Het resultaat van de activiteiten van de werkgroep en de themagroepen is het voorliggende Plan van Aanpak. Het Plan bevat 10 hoofdstukken. Eerst gaan we in op de vraag : over wie hebben we het eigenlijk? Aansluitend op de analyse van de vraag van kwetsbare ouderen worden de elementen voor een geïntegreerde aanpak geschetst. In de hoofdstukken die daarop volgen worden de acties gepresenteerd op de andere thema's. In hoofdstuk 9 worden de uitgangspunten voor een kosten-batenanalyse beschreven: wat willen we oplossen met de uitvoering van dit plan in termen van mensen, middelen en capaciteit. Hoofdstuk 10 bevat een overzicht van alle acties inclusief een indicatieve planning en begroting.

2. De doelgroep en een geïntegreerde aanpak

2.1 Aanleiding

Ouderen blijven langer thuis wonen en dat brengt veranderingen in de zorgvraag met zich mee. Op hogere leeftijd neemt de kans toe op:

- regieverlies
- toenemende kwetsbaarheid
- co- en multimorbiditeit
- een grotere belasting van het steunsysteem van mensen
- meer medische/sociale complexiteit

Voor de partijen van het bestuurlijk overleg eerstelijnszorg is een individuele benadering een uitgangspunt bij de passende zorg voor kwetsbare ouderen. Voor de patiënt is het belangrijk dat zorgverleners aansluiten bij de waarden en doelen die een oudere persoon zelf heeft, en dat zij rekening houden met de sociale situatie waarin de betreffende persoon zich bevindt.

Hoe kan dit in de praktijk vorm krijgen? De werkgroep heeft geworsteld met de opdracht om een 'heldere afbakening van de doelgroep kwetsbare ouderen' te geven. De conclusie is dat een scherpe afbakening niet aansluit bij de praktijk. Kwetsbaarheid is een dynamisch begrip (een oudere kan vandaag kwetsbaar zijn, en volgende week niet meer), dit heeft te maken met een scala aan factoren. Naast medische, psychische en sociale problemen gaat het ook om persoonlijke voorkeuren, definities van 'regie' en draagkracht van het systeem rond een kwetsbare oudere. Voorgesteld wordt om het 'afbakenen' van een doelgroep *onderdeel* te maken van een samenhangend aanbod van interventies. Vanuit die optiek zijn de themagroepen 1 ('beschrijf de doelgroep') en 2 ('beschrijf een programmatische aanpak') na een eerste verkenning samengevoegd om tot concrete uitwerking van acties te komen. Ten derde kan worden genoemd dat de meerwaarde en kosteneffectiviteit van de ontwikkelde producten en (proactieve, multidisciplinaire en persoonsgerichte) aanpak wetenschappelijk getoetst moet worden.

2.2 Advies en plan van aanpak

Op basis van de meegekregen uitgangspunten adviseren wij om een samenhangend overzicht te maken van activiteiten/interventies en de uitvoering hiervan. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande producten en diensten die (betrokken) organisaties ontwikkeld hebben en die wetenschappelijk getoetst zijn. We adviseren om een 'toolbox' voor de praktijk te maken die zich richt op:

1. Het identificeren van de doelgroep en het kunnen beoordelen van de complexiteit van de problematiek en coördinatievraag van de individuele patiënt.
2. Het bereiken en benaderen van de doelgroep; hoe komt de patiënt tijdig in beeld en betrek je hem of haar bij de zorg.
3. Het organiseren en bieden van persoonsgerichte zorg wanneer de patiënt in beeld is.

De elementen waaruit de persoonsgerichte, proactieve, multidisciplinaire benadering bestaat, vormen de basis voor de inrichting van een toolbox. Het gaat hierbij om elementen die ook uit de eerdere landelijke inventarisatie door ARGO naar voren kwamen, onder andere: casefinding, diagnostiek&bepaling van kwetsbaarheid, individueel zorgleefplan, multidisciplinair overleg en casemanagement, zorgcoördinatie en preventie.

Met deze toolbox voor de praktijk worden lokale en regionale partijen ondersteund:

- individuele zorgverleners maken kennis met goede ideeën en kunnen hier snel mee aan de slag
- samenwerkingsnetwerken krijgen handvatten aangeboden om de organisatie op lokaal en regionaal niveau op te pakken
- de toolbox bevat aanknopingspunten voor beroeps-, branche- en koepelorganisaties om te werken aan het verhelpen van knelpunten en belemmeringen.

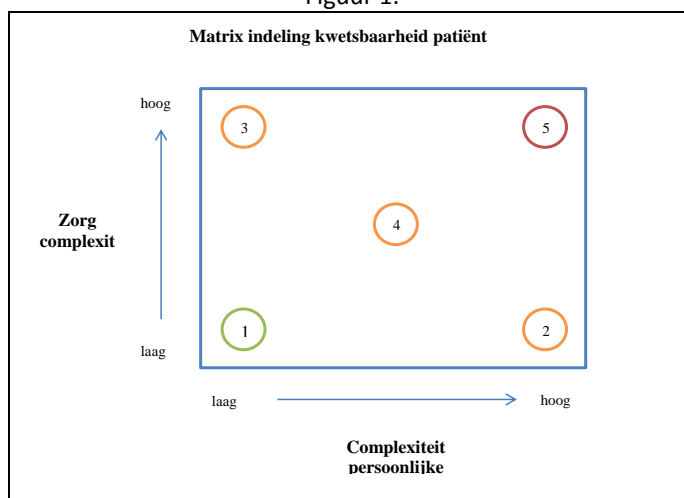
2.3 Actiepunten om doelgroep en complexiteit te identificeren

De complexiteit van de individuele patiënt kan ingedeeld worden aan de hand van de complexiteit van de persoonlijke (leef)omstandigheden in combinatie met de complexiteit van de zorg.

De *zorgcomplexiteit* wordt bepaald door ziekten en aandoeningen. Spelen ziektes of aandoening geen rol, of is een chronische patiënt goed ingesteld? Dan is de zorgcomplexiteit laag. Bij een hoge zorgcomplexiteit kan het bijvoorbeeld gaan om een slecht ingestelde chronische patiënt, of een patiënt waarbij multi- of comorbiditeit meespeelt.

De complexiteit van de *persoonlijke (leef)omstandigheden* kan opgemaakt worden uit de zelfredzaamheid, het regievermogen van iemand en de mate waarin het sociale netwerk kan ondersteunen. Heeft iemand een zwak netwerk, of zijn er bijvoorbeeld schulden? Dan is de complexiteit van de persoonlijke (leef)omstandigheden hoog. Heeft iemand een goed netwerk of speelt er verder niets? Dan is deze complexiteit juist laag. Schematisch is dit weergegeven in figuur 1.

Figuur 1.

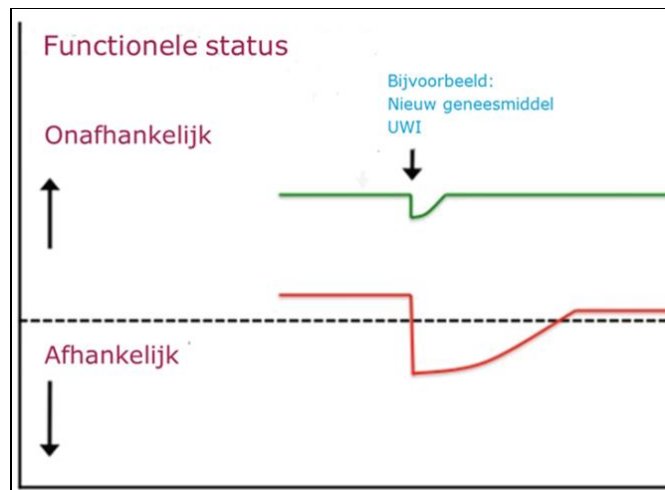


Op basis van figuur 1 zijn er 5 hoofdtypen patiënten te onderscheiden:

- Type 1: lage zorg complexiteit, lage complexiteit in persoonlijke (leef)omstandigheden
- Type 2: lage zorg complexiteit, hoge complexiteit in persoonlijke (leef)omstandigheden
- Type 3: hoge zorg complexiteit, lage complexiteit in persoonlijke (leef)omstandigheden
- Type 4: middelmatige zorg complexiteit, middelmatige complexiteit in persoonlijke (leef)omstandigheden
- Type 5: hoge zorg complexiteit, hoge complexiteit in persoonlijke (leef)omstandigheden

De mate waarin de betreffende persoon hulp, zorg of ondersteuning nodig heeft is niet perse constant of lineair (zie figuur 2). Daarom is het van belang om de benodigde hulp, zorg of ondersteuning zo te organiseren dat dit naar behoefte opgeschaald of afgeschaald kan worden.

Figuur 2.



Bij de grafiek: de groene lijn geeft een zelfstandige (oudere) persoon weer die niet kwetsbaar is. Als er bij deze persoon een kleine verandering in de gezondheidssituatie komt (bijvoorbeeld een urineweginfectie of een nieuw geneesmiddel), dan kan dit in korte tijd een effect hebben op het functioneren, maar de persoon kan zich wel zelf redden en komt snel weer op het oude niveau van zelfstandigheid uit.

De rode lijn geeft een kwetsbare oudere weer. Als bij een kwetsbare oudere een verandering in de gezondheidssituatie komt, dan raakt deze snel uit balans waardoor deze in een afhankelijke situatie terecht komt. Bovendien heeft een kwetsbare oudere langere tijd nodig om te herstellen. De kwetsbare oudere zal vaak ook niet meer terugkomen op het oude niveau van zelfstandigheid, dit vermindert na de verandering van de gezondheidssituatie.

Er is een 'bril' gemaakt om naar de populatie te kijken, met een indeling in 5 groepen, die dynamisch zijn (kwetsbaarheid als dynamisch begrip – elk stadium vergt een ander aanpak, met groep 5 als zeer complex op alle gebieden). Die bril moeten we aanreiken aan de mensen in de praktijk en daarmee kunnen zorgverleners lokaal en regionaal kijken voor welke patiënten de persoonsgerichte, proactieve en multidisciplinaire aanpak het meest is aangewezen. Met het aanreiken van deze doelgroepindeling (de bril om naar de patiëntenpopulatie te kijken) willen we zorgverleners helpen om daar meer zicht op te krijgen. Het uiteindelijke doel van deze persoonsgerichte, proactieve en multidisciplinaire benadering is om kwetsbare ouderen met dreigend regieverlies eerder in beeld te krijgen om daardoor ontregeling en spoedeisende interventies te voorkomen.

2.3.1 Acties Plan van Aanpak

Voor het Plan van Aanpak stellen wij de volgende acties voor:

- beschrijf verschillende patiëntkenmerken van complexiteit (zie dynamisch model)
- beschrijf zinvolle (wetenschappelijk gefundeerde) interventies bij genoemde kenmerken
- beschrijf uitvoeringsmogelijkheden bij de interventies
- bespreek conceptbeschrijvingen in een expertmeeting voor het verstevigen van wetenschappelijke onderbouwing en draagvlak

2.4 Acties om de doelgroep in beeld krijgen en te bereiken

De praktijkervaring heeft geleerd dat screenen niet werkt. Casefinding is daarom de aangewezen methode om de doelgroep in beeld te krijgen. Hierbij hebben alle betrokken zorg- en hulpverleners en naasten een signaleringsfunctie. Hier is al veel over bekend en geschreven, bijvoorbeeld in het boek protocollaire ouderenzorg van Laego, Vilans, V&VN en NHG (2015) en binnen Beter Oud. De acties in dit Plan van Aanpak zijn erop gericht deze kennis bij elkaar te brengen en gericht op de doelgroep te beschrijven.

2.4.1 Acties Plan van Aanpak

We stellen voor dit Plan van Aanpak de volgende activiteiten voor:

- beschrijf succesvolle voorbeelden van casefinding
- beschrijf uitvoeringsmogelijkheden van casefinding
- onderzoek hoe de signaleringsfunctie van betrokkenen ingezet kan worden
- beschrijf wat er nodig is om signaleringsignalen te delen met alle betrokkenen
- uitzoeken wie de gesignaleerde patiënt gaat betrekken
- uitzoeken hoe gesprekkencyclus opgestart gaat worden bij de gesignaleerde patiënt

2.5 Maatwerk en persoonsgerichte zorg

Hoe kan maatwerk/persoonsgerichte zorg voor kwetsbare ouderen worden gerealiseerd?

- Maak gebruik van een gesprekkencyclus² voor het in kaart brengen van wensen t.a.v. invulling van zorg en kwaliteit van leven. Denk hier bijvoorbeeld aan Advance Care Planning (ACP)³. Het uitgangspunt is dat er breed/holistisch gekeken wordt en dat problemen niet alleen vanuit medisch perspectief worden benaderd.
- Maak gebruik van een individueel zorgplan/persoonlijk zorgleefplan⁴
- Bevorder actieve samenwerking tussen de betrokken zorg- en hulpverleners. Dit wordt elders in dit Plan van Aanpak beschreven. Heb daarbij aandacht voor knelpunten in de ANW-zorg.
- Om de meerwaarde van de proactieve, multidisciplinaire en persoonsgerichte benadering van de zorg voor kwetsbare ouderen te kunnen bepalen zijn parameters nodig. Dit wordt uitgewerkt in het voorstel voor een kosten-batenanalyse (hoofdstuk 9).

2.5.1 Acties Plan van Aanpak

Het Plan van Aanpak richt zich op de volgende activiteiten:

- beschrijf aan welke eisen een gesprekkencyclus moet voldoen en wie de gesprekken uitvoert o.b.v. wensen van de patiënt
- Beschrijf succesvolle voorbeelden van methoden voor een gesprekkencyclus
- Beschrijf uitvoeringsmogelijkheden van de gesprekkencyclus
- Regionaal/lokaal inspelen op en creëren van bewustzijn/besef onder bevolking om tijdig na te denken over wensen t.a.v. zorg en kwaliteit van leven
- Herhaal/breng onder de aandacht aan welke eisen een individueel zorgplan/persoonlijk zorgleefplan moet voldoen
- Zet in op multidisciplinaire scholing voor zorg- en hulpverleners over het effectief omgaan en toepassen van de gesprekkencyclus en zorgplannen. Gezamenlijke besluitvorming vraagt extra investeringen in de gespreksvaardigheden van zorgverleners.

Planning van de acties

De themagroep heeft bovenstaande acties reeds uitgewerkt in een meer gedetailleerd stappenplan.

Op hoofdlijnen ziet de planning er als volgt uit:

Activiteiten 'doelgroep en geïntegreerde aanpak'	maand
uitzetten acties	1
uitwerken	2 - 4
1e bestanddelen voor de toolbox opleveren	4

² Gesprekkencyclus: de patiënt heeft gesprekken met een zelf gekozen hulp- of zorgverlener over de wensen ten aanzien van zorg en welzijn. Afspraken worden vastgelegd en gedeeld met alle betrokken zorg- en hulpverleners.

³ Advance care planning is een proces waarbij cliënten en hun vertegenwoordigers ondersteund worden om in terugkerende dialoog met zorgverleners, op basis van hun waarden en opvattingen, zinvolle en haalbare doelen voor hun huidige en toekomstige behandelingen en zorg vaststellen.

⁴ Het uitgangspunt van een individueel zorgplan/persoonlijk zorgleefplan is gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorg- of hulpverlener ten aanzien van de invulling van de zorg- of hulpvraag.

3. Zorgverleners: rollen, verantwoordelijkheden en korte lijnen

3.1 Inleiding

Om goede, passende zorg te leveren aan een groeiende groep thuiswonende kwetsbare ouderen is het van belang om - op basis van de wensen en doelen van de patiënt - de juiste professional met de juiste expertise op de juiste plek en op het juiste moment in te zetten. Dat is waar we naar streven in de zorg voor kwetsbare ouderen.

De problemen van kwetsbare ouderen hebben betrekking op verschillende terreinen tegelijkertijd. Multidisciplinair samenwerken in de zorg voor kwetsbare ouderen zou daarom het uitgangspunt moeten zijn. Iedere discipline (huisarts, wijkverpleegkundige, openbare apotheker, fysiotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, tandarts en overige paramedische beroepsgroepen) draagt vanuit zijn eigen professie en deskundigheid bij aan de zorg voor kwetsbare ouderen. Om goed multidisciplinair te kunnen samenwerken moet aan tweerandvoorwaarden voldaan worden: (1) de rollen en verantwoordelijkheden van diverse zorgverleners rondom de kwetsbare ouderen zijn voor alle partijen (kwetsbare ouderen, mantelzorgers en professionals) duidelijk en (2) zorgverleners zijn voor alle partijen makkelijk te vinden (zorgverleners kennen elkaar bij voorkeur), zowel overdag als in de ANW uren.

In de uitwerking zal worden aangesloten bij bestaande initiatieven zoals die bijvoorbeeld zijn ontwikkeld binnen Beter Oud.

3.2 Overwegingen bij het Plan van Aanpak

De themagroep heeft de volgende overwegingen gehanteerd bij het uitwerken van acties:

1. Zorgverleners sluiten aan bij de waarden en doelen die de kwetsbare oudere zelf heeft en de sociale situatie waarin de persoon zich bevindt.

Wat is belangrijk voor deze oudere? Zo lang mogelijk zelfstandig thuis zijn? Onder de mensen blijven? Zo lang mogelijk leven, of is het belangrijker wat de kwaliteit van leven is? Dit is het vertrekpunt om passende zorg in te zetten: de juiste professional inschakelen op het moment dat dit nodig is.

Om passende zorg te bieden is meer lokale samenhang tussen eerstelijns zorgverleners en het sociale domein belangrijk. Door meer samenwerking, onderlinge communicatie en afstemming kan effectiever zorg aan kwetsbare ouderen worden geboden. Vandaar de oproep: multidisciplinaire samenwerking als standaard, wanneer de situatie hierom vraagt. Een kernteam van huisartsenzorg, wijkverpleging, openbare apotheker en specialist ouderengeneeskunde zou een goede multidisciplinaire basis zijn. Waar nodig en mogelijk worden andere disciplines uit eerste en tweede lijn betrokken. Daarbij is uitdrukkelijk ook aandacht voor het aansluiten van dag- en nachtzorg, en de knelpunten daarin.

2. Voor het bereiken van meer samenwerking tussen zorgverleners moeten we meer van elkaar weten (deskundigheid en kwaliteit) en meer leren vertrouwen op elkaar.

Voorwaarde is een gemeenschappelijk beeld te hebben van ieders rol en verantwoordelijkheid met als doel de taken effectief te verdelen. Zowel binnen de zorg, als tussen de zorg en sociale domein. Dit vertrouwen moet van onderaf groeien door het inrichten van reguliere/frequente contacten tussen zorgverleners. Ook is het van belang dat in de initiële opleidingen van de verschillende beroepen aandacht wordt besteed aan contactmomenten met andere zorgdisciplines.

3. Samenwerken is mensenwerk.

Uiteindelijk is het ontwikkelen van korte lijnen mensenwerk en begint het met elkaar en de expertise kennen, erkennen en herkennen en het onderhouden van een goed onderling contact. Zorgverleners zullen op lokaal niveau zelf samen de zorg rondom kwetsbare ouderen handig moeten inrichten en concrete samenwerkingsafspraken maken met duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling (bijvoorbeeld rond zorgcoördinatie en casemanagement en de overdracht en aansluiting op de ANWzorg).

3.3 Actie: infographic

Naast het elkaar kennen en het onderhouden van korte lijnen vraagt de proactieve, multidisciplinaire en persoonsgerichte zorg voor kwetsbare ouderen praktische samenwerkingsafspraken tussen lokale zorgverleners, inclusief de beschrijving van de verschillende rollen, taken en verantwoordelijkheden. Met welke actie kan de gewenste ontwikkeling naar heldere rollen en korte lijnen worden ondersteund? Ons advies is om taken en verantwoordelijkheden in de zorg voor (kwetsbare) eenvoudig en helder te beschrijven en dit visueel in een infographic uit te werken (die bruikbaar is op regionaal, lokaal en mogelijk zelfs op individueel niveau).

Uiterlijk het eerste kwartaal van 2018 is een beschrijving en infographic uitgewerkt met daarin een compleet beeld van de aanwezige zorg (in medisch en sociaal domein, en over alle lijnen en sectoren) rondom kwetsbare ouderen en de expertise van specifiek betrokken zorgverleners. Van deze beschrijving en infographic is zowel een patiëntenversie als een zorgverlenerversie beschikbaar, evenals een invulsjabloon voor de lokale situatie om daarin de lokale omgeving te kunnen weergeven (stad/wijk/dorp). Digitale mogelijkheden zullen eveneens worden onderzocht. De ontwikkeling van de infographic start met een landelijke omschrijving van de rollen en de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieders rondom de kwetsbare oudere. Zowel nuldelijn, eerste lijn als sociaal domein komen hierbij in beeld. Input hiervoor zijn de resultaten van de acties elders in dit Plan van Aanpak (zie 'programmatische zorg' en 'sociaal domein'), aangevuld met beschikbare kwaliteitsdocumenten (standaarden, richtlijnen, registers etc.). Er zal nauw worden aangesloten bij al bestaande initiatieven. Dit model wordt zodanig ontwikkeld dat het lokale partijen helpt om helderheid omtrent rollen en verantwoordelijkheden te krijgen en korte lijnen tussen zorgverleners te stimuleren.

3.3.1 Lokale invulling

De beschrijving en infographic ondersteunt de lokale samenwerking tussen de verschillende betrokkenen, doordat het zorgnetwerk rondom kwetsbare ouderen kan worden voorzien van de couleur locale. Dit betekent dat lokaal de zorg verschillend ingericht kan zijn op basis van eerdere afspraken/inzichten of diversiteit in populatie. Op die manier is er geen sprake van een blauwdruk maar een vergelijkbare aanpak vergroot de herkenbaarheid en biedt mogelijkheden de couleur locale tot uitdrukking te brengen. Landelijke partijen helpen met het verkrijgen van een totaaloverzicht.

Een lokale vervolgstap is om stappen te zetten die zorgen voor de inkleuring van de zorg en een betere communicatie tussen zorgaanbieders. Ondersteunende materialen zoals een sjabloon voor een gezamenlijke visie of een lokale samenwerkingsagenda zouden een landelijke vervolgstap op de beschrijving en infographic kunnen zijn. Deze hulpmiddelen kunnen lokale zorgverleners gebruiken om een aantal speerpunten af te spreken voor het verbeteren van de zorg rondom kwetsbare ouderen.

3.3.2 Relaties met andere thema's

Een uitwisseling met de gemeente om te komen tot een goede aansluiting van het lokale zorgaanbod op de lokale zorgvragen is een volgende stap om lokaal een heldere rolverdeling en korte lijnen in te richten. Hiervoor is een goede sociale kaart voor zowel de care, cure als het sociale domein een handig instrument. De sociale kaart geeft zorgaanbieders inzicht waar ze met vragen, problemen en doorverwijzingen terecht kunnen in het sociale domein. De ontwikkeling van deze sociale kaart past bij het traject Samenwerking sociaal domein als één van de speerpunten uit het Bestuurlijk Overleg Eerste Lijn. Het lijkt nuttig om deze sociale kaart uiteindelijk op te nemen in de ondersteunende materialen en daar waar mogelijk te integreren met de beschrijving en infographic.

Een instrument als een beschrijving en infographic kan helpen en krijgt vooral waarde en betekenis door het gebruik ervan. Dit vraagt een fundamentele verandering naar meer functionele samenwerking op het gebied van kwetsbare ouderen. Hiervoor is een veranderingstraject nodig dat uit meerdere elementen zou moeten bestaan om daadwerkelijk effect te sorteren in de praktijk. Hiervoor verwijzen we naar de actiepunten op het gebied van 'Communicatie' en 'Regionale ondersteuning' in dit Plan van Aanpak.

3.4 De actiepunten

Onderstaand schema bevat de actiepunten en een indicatieve planning.

Activiteiten 'rollen, verantwoordelijkheden en korte lijnen'	maand
Input aanleveren beschrijving deskundigheid (inventariseren en beschrijven)	1-6
Deskundigheid in kaart brengen (beschrijven taken en verantwoordelijkheden)	5-8
Communicatiebureau inschakelen (visualisering)	3
Uitwerking concept infographic	3-5
Specificaties infographic	4-7
Realisatie infographic volgens specs	6-10

4. Verbinding met het sociale domein

4.1 Introductie

Kwetsbare mensen blijven langer thuis wonen. Daarbij verlangen zij meer mogelijkheden voor eigen regie en participatie. Samenwerking tussen organisaties en het verbinden van het zorgdomein met het sociale domein (welzijn, maatschappelijk werk, jeugdzorg, schuldhulpverlening, etc.) vormt de sleutel bij het beantwoorden van de veranderende vraag.

Bij kwetsbare ouderen speelt de samenwerking tussen de eerstelijnszorg, wijkverpleging en het sociale domein een belangrijke rol. Want vaak heeft kwetsbaarheid ook een sociaal-maatschappelijke component. Vanwege het belang van zelfredzaamheid en sociale participatie voor de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen werken huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere eerstelijns zorgverleners nauw samen met welzijnswerkers in sociale wijkteams. Voor patiënten is het van essentieel belang dat zorg en ondersteuning vanuit de verschillende domeinen naadloos op elkaar aansluiten.

4.2 Onderhandelaarsakkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018

Ook volgens het 'Addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 (dd 1 juni 2017)' wordt samenwerking met het sociale domein steeds belangrijker:

"Mensen die langer thuis wonen doen niet alleen een beroep op zorg vanuit de Zvw of de WLZ, maar ook op ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein. De betrokken partijen zullen een reële bijdrage leveren aan samenwerking tussen de eerste lijn en het sociale domein. Aandachtspunten en belemmeringen bij het realiseren van samenwerking die een landelijke aanpak vragen zullen door partijen worden opgepakt."

4.3 Samenwerkingsagenda VNG en ZN

Gemeenten en zorgverzekeraars werken samen om een betere gezondheid voor zoveel mogelijk burgers met effectieve inzet van middelen te realiseren. Dit wordt ondersteund met een 'samenwerkingsagenda' tussen VNG en ZN. Vanuit deze samenwerkingsagenda hebben VNG en ZN bureau AEF recentelijk de opdracht verstrekt om een inventarisatie te maken van samenwerkingsvormen en –mogelijkheden tussen gemeenten en zorgverzekeraars. De inventarisatie maakt inzichtelijk wat er al is en wat nog de 'witte vlekken' zijn. Eind juni 2017 bespreken partijen (VNG, ZN en VWS) de resultaten van deze analyse in een Bestuurlijk Overleg.

4.4 Aandachtspuntenlijst 'Samenwerking sociaal domein en eerste lijn'

Vanuit het Bestuurlijk Overleg eerste lijn wordt de verbinding met het sociale domein nader uitgewerkt in een parallel traject 'Samenwerking sociaal domein en eerste lijn'. Uit dit project komen tien aandachtspunten naar voren:

- 1 Tekort (wijk-praktijk) verpleegkundigen
- 2 Verschillen eigen bijdrage in aanbod
- 3 Eén aanspreekpunt wijkverpleging
- 4 Toegang en inzicht sociale kaart van de wijk
- 5 Organisatie van samenwerking en netwerkorganisatie
- 6 Structurele financiering over de domeinen heen
- 7 Volgbeleid zorgverzekeraar en andere financiers
- 8 Delen van informatie en gezamenlijke aanpak problematiek populatie van de wijk
- 9 Brugfunctie
- 10 Faciliteren gegevensuitwisseling

Deze aandachtspunten zijn de 'oogst' van de ervaringen van meerdere initiatieven die in de praktijk de verbinding proberen te maken tussen de eerstelijnszorg en het sociale domein, vaak gericht op de doelgroep kwetsbare ouderen. De aandachtspunten geven inzicht in de belemmeringen die deze initiatieven in de praktijk tegenkomen.

4.5 Procesvoorstel

De tien bovenstaande aandachtspunten vertonen een zekere overlap met de 'Uitgangspunten voor zorg aan kwetsbare ouderen'. Om de beide trajecten zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten en doublures te voorkomen volgt een aantal procesvoorstellen voor het Plan van Aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen. Deze procesvoorstellen zijn erop gericht om de samenhang tussen het traject kwetsbare ouderen, het traject 'samenwerking sociaal domein en eerste lijn' en de samenwerkingsagenda VNG-ZN te versterken en de samenhang binnen het plan van aanpak te bevorderen. Het is daarbij een bewuste keuze geen afzonderlijk deelproject voor de verbinding met het sociale domein in het plan van aanpak op te nemen.

4.6 Acties

4.6.1 Verbinding met sociaal domein bij deelprojecten uit plan van aanpak

Bij het opstellen en de uitvoeren van het voorliggende Plan van Aanpak moet gekeken worden hoe de verbinding met het sociale domein in de verschillende deelprojecten tot uitdrukking *kan* komen. Ter illustratie, bij de uitwerking en uitvoering van het deelproject regionale ondersteuning is het maken van gemandateerde afspraken tussen eerstelijns zorgorganisaties en gemeenten een belangrijk thema. Door bij de uitwerking aandacht te besteden aan dit onderwerp krijgt de relatie met het sociale domein als een verbindend thema in het plan aanpak verder vorm. Op vergelijkbare wijze kan er de verbinding met het sociale domein ook in andere deelprojecten tot uitdrukking worden gebracht. Denk daarbij aan:

- het sociale domein als element van de beschrijving van het programmatisch zorgaanbod;
- de plaats van het sociaal domein bij de uitwerking van de infographic;
- gegevensuitwisseling met het sociale domein.

4.6.2 Vertaalslag van samenwerking met sociaal domein naar zorg voor kwetsbare ouderen

Het project 'Samenwerking sociaal domein en eerste lijn' richt zich op meerdere kwetsbare doelgroepen, zoals kwetsbare ouderen, maar ook GGZ, jeugd, achterstandswijken etc. Het project is daardoor breder van opzet dan het project rond kwetsbare ouderen. Bij de uitwerking van het parallelle traject 'Samenwerking sociaal domein en eerste lijn' kan rond specifieke aandachtspunten de vertaalslag naar het plan van aanpak zorg voor kwetsbare ouderen worden gemaakt zonder daarbij de andere kwetsbare doelgroepen (GGZ, jeugd, achterstandswijken) uit het oog te verliezen. Concrete suggesties hiervoor zijn:

- inzicht in de ouderenpopulatie op het niveau van buurten, wijken en dorpen;
- het realiseren van een brugfunctie in buurten, wijken en dorpen die bij de zorg voor kwetsbare ouderen de verbinding kan maken tussen de eerste lijn en het sociale domein;
- het creëren van een eenduidig aanspreekpunt voor kwetsbare ouderen (bijvoorbeeld door het aanstellen van een cliëntondersteuners vanuit gemeenten);
- structurele in plaats van projectmatige financiering van de zorg voor kwetsbare ouderen door gemeenten en zorgverzekeraars
- aandacht voor de invloed van financiële taakstellingen bij gemeenten op de zorg voor kwetsbare ouderen (bijvoorbeeld beschikbaarheid van dagbesteding binnen een gemeente);
- op elkaar afstemmen van de sturing en financiering van de zorg voor kwetsbare ouderen door gemeenten en zorgverzekeraars waarbij de contracteervoorwaarden op elkaar aansluiten;
- volgebeleid van zorgverzekeraars bij het contracteren van zorg voor kwetsbare ouderen.

Deze suggesties kunnen worden ingebracht bij de verdere uitwerking van het traject 'Samenwerking sociaal domein en eerste lijn'. Ook de resultaten van de inventarisatie van bureau AEF vanuit de samenwerkingsagenda VNG-ZN kan hier input voor geven.

Door de raakvlakken tussen de parallelle trajecten op deze manier te benutten kunnen beide trajecten elkaar blijven versterken. Het helpt als dezelfde vertegenwoordigers van de deelnemende organisaties bij beide trajecten betrokken blijven en zoveel mogelijk een soort van personele unie vormen. Verder is het belangrijk dat periodiek onderlinge afstemming (o.a. tussen de trekkers) plaats vindt.

4.7 Planning

Het benutten van het sociaal domein als verbindend thema binnen het plan van aanpak begint al bij het opstellen van het plan van aanpak. Door bij de uitwerking van het plan van aanpak voor een aantal deelprojecten vanaf het eerste begin de verbinding met het sociaal domein te maken, realiseren we meteen de gewenste samenhang. Ook bij de uitvoering van het plan van aanpak zullen de betrokken partijen hieraan een vervolg geven.

Bij de uitwerking van het project 'Samenwerking sociaal domein en eerste lijn' krijgt de samenhang verder vorm door het maken van de vertaalslag van samenwerking met het sociale domein naar zorg voor kwetsbare ouderen; uiteraard met oog voor de andere kwetsbare doelgroepen (GGZ, jeugd, achterstandswijken) uit het project. De planning van het traject 'Samenwerking sociaal domein en eerste lijn' is op dit moment nog niet duidelijk en onder andere afhankelijk van de voorbereiding van de bestuurlijke besluitvorming over en de uitwerking van het vervolgtraject de aandachtspuntenlijst. Naar verwachting zal er rond de zomer meer duidelijkheid over het tijdpad ontstaan.

4.8 Begroting

Voor zover we nu kunnen overzien zijn er aan de uitvoering van het deelproject 'Verbinding met het sociale domein' geen extra kosten verbonden. De eventuele kosten voor de verbinding met het sociale domein kunnen in de begroting van de verschillende deelprojecten en het traject voor 'Samenwerking sociale domein en eerste lijn' een plek krijgen.

Activiteiten 'verbinding met sociaal domein'	maand
Sociaal domein benoemen in Plan van Aanpak	Vanaf maand 1
Vertaalslag van samenwerking met sociaal domein naar zorg voor kwetsbare ouderen	Vanaf maand 1

5. Gegevensuitwisseling

5.1 Inleiding

Bij het leveren van geïntegreerde zorg is de beschikbaarheid van de juiste gegevens voor alle betrokkenen –zorgverleners, patiënt en mantelzorgers– van cruciaal belang. Dit geldt zeker ook voor de geïntegreerde zorg voor kwetsbare ouderen. Hiervoor is het noodzakelijk dat de gegevensuitwisseling tussen het medische, het verpleegkundige en sociale domein als tussen de zorg overdag en tijdens ANW-uren goed geregeld is. Van groot belang voor deze zorg is ook de gegevensuitwisseling met de patiënt en diens mantelzorger.

De gegevensuitwisseling voor kwetsbare ouderen kan voor een belangrijk deel gebruik maken van bestaande oplossingen en lopende initiatieven om de gegevensuitwisseling te verbeteren. Een groot deel van de voorheen ontwikkelde oplossingen is aandoeningsgericht (bv. diabetes mellitus). De zorg voor specifieke doelgroepen stelt ons echter voor nieuwe opgaven. De klassieke aandoeningsgerichte aanpak schiet daarbij tekort. Per kwetsbare oudere kan er sprake zijn van een andere situatie met vaak een combinatie van aandoeningen. Dit betekent ook dat rollen van zorgverleners kunnen variëren. De gegevensuitwisseling voor dit type zorg moet hier op zijn toegesneden. Dat is nu nog niet het geval. Wel kunnen we voortbouwen op een aantal inzichten en ervaringen met gebruikmaking van reeds beschikbaar instrumentarium. Daarnaast zullen er ook nieuwe mechanismen moeten worden ontwikkeld die de zorg en de zelfzorg voor ouderen ondersteunt. Techniek speelt er zeker een rol bij, belangrijker nog zijn inhoudelijke ambities en samenwerkingsafspraken die richting moeten geven. Het interoperabiliteitsmodel van Nictiz kan behulpzaam zijn om de vragen op de verschillende niveaus uiteen te rafelen; van organisatie en samenwerkingsafspraken tot het gebruik van standaarden.⁵

5.2 Relevante trajecten

De themagroep heeft de belangrijkste landelijke en regionale ontwikkelingen op het gebied van gegevensuitwisseling en e-health op een rijtje gezet. Dit overzicht is niet uitputtend, maar geeft wel een indruk van de breedte en veelheid van middelen en activiteiten in het veld. Alle zorgkoepels zijn op dit moment in meerdere of mindere mate betrokken bij ontwikkeltrajecten.

Een centraal punt in de gegevensuitwisseling rond de patiënt en zijn mantelzorgsysteem wordt gevormd door het individueel zorgplan (IZP)/individueel zorgleefplan. In het IZP/individueel zorgleefplan worden de doelen en afspraken van de patiënt en zijn zorgverleners vastgelegd.⁶ Momenteel wordt door Nictiz een informatiestandaard voor het IZP/individueel zorgleefplan ontwikkeld.⁷ De informatiestandaard moet het mogelijk maken om per patiënt slecht een IZP/individueel zorgleefplan te hebben dat door meerdere betrokken zorgverleners en de patiënt kan worden beheerd en bijgehouden.

Een groot deel van de vraagstukken die opdoemen bij het doordenken van de noodzakelijke oplossingen en randvoorwaarden voor de gegevensuitwisseling hebben een algemener karakter. Ze worden om deze reden dan ook door het Informatieberaad Zorg geagendeerd. De zorgkoepels, Patiëntenfederatie, VWS en ZN hebben in het Informatieberaad einde 2016 zorgbreed een viertal outcomedoelen vastgesteld die ook voor het ondersteunen van de kwetsbare ouderen relevant zijn⁸:

1. Medicatieveiligheid: Medicatieveiligheid: vanaf 1 januari 2019 worden medicatierecepten conform de richtlijn medicatieoverdracht uitgeschreven, waarbij in voorkomende gevallen een met de patiënt afgestemd actueel medicatieoverzicht (Basisset Medicatieoverdracht) beschikbaar is.

⁵ www.nictiz.nl/standaardisatie/interoperabiliteitsmodel.

⁶ www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-individueel-zorgplan.

⁷ www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/rapport_pve_izp_eindversie_300114.pdf

⁸ www.informatieberaadzorg.nl/outcomedoelen.

2. Patiënt centraal: Alle zorgaanbieders ondersteunen een gelijkwaardiger samenwerking tussen patiënt en zorgverleners en bieden daarom vanaf 1 januari 2020 aan burgers de mogelijkheid hun medische gegevens digitaal en gestructureerd in te zien en die gegevens te ontsluiten voor hun persoonlijke gezondheidsomgeving waaraan zij eigen gegevens kunnen toevoegen.
3. Gegevensuitwisseling en –overdracht: Per 1 januari 2020 dragen zorgverleners altijd de gegevens die nodig zijn voor goede zorg en behandeling van een patiënt digitaal, gestandaardiseerd, beveiligd en, tenzij dat onmogelijk is, met toestemming van de patiënt, over aan andere bij het zorgproces van die patiënt betrokken zorgverleners.
4. Eenmalig vastleggen, meervoudig gebruik: Vanaf 1 januari 2021 vormt het primaire zorgproces de basis voor gegevensvastlegging in de zorg en worden vastgelegde gegevens hergebruikt voor declaratie, onderzoek, kwaliteitstransparantie en governance.

De outcomedoelen helpen de inspanningen om de gegevensuitwisseling en het informatiestelsel te verbeteren te structureren en te prioriteren. Er loopt op dit moment een groot aantal programma's en projecten die elk –meestal sectorspecifiek, maar ook sectoroverstijgend– een specifiek outcomedoel helpen verwezenlijken. Voor de zorg voor kwetsbare ouderen zijn alle vier de doelen relevant.

Voor het uitwerken van outcomedoel is het initiatief *MedMij* van grote betekenis.⁹ Via MedMij moeten patiënten uiteindelijk in hun Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) toegang krijgen tot hun gezondheidsgegevens die in de professionele systemen zijn vastgelegd.

De coöperatie *Zelfzorg Ondersteund* wil de ondersteunde zelfzorg (zelfmanagement) voor chronische patiënten op een hoger plan brengen.¹⁰ Een van de middelen daartoe zijn de zelfzorgplatforms die bestaan uit een generiek PGO-deel en een zelfzorgmodule. Momenteel zijn er ruim 300.000 gebruikers.

Het *Landelijk Schakelpunt (LSP)* ondersteunt de gestructureerde gegevensuitwisseling tussen zorgverleners onderling;¹¹ bijvoorbeeld tussen huisarts en huisartsenpost, of medicatiegegevens. Deze uitwisseling vindt inmiddels op vrij grote schaal plaats. Dit type uitwisseling tussen professionele systemen zal de komende jaren verder worden uitgebouwd. Momenteel wordt de implementatie van de uitwisseling tussen Huisartsinformatiesysteem (HIS) en het Keteninformatiesysteem (KIS) voorbereid. Een aantal zorggroepen wisselt momenteel al informatie voor de zorg voor kwetsbare ouderen uit. Een lastig punt hierbij bleek dat van te voren lastig is te bepalen welke informatie voor een specifieke oudere beschikbaar zou moeten zijn.

Langzaamaan komen er meer *informatiestandaarden* beschikbaar die gestructureerde gegevensuitwisseling ondersteunen. Een belangrijke recente informatiestandaard is de e-overdracht in de care. Deze standaard beschrijft welke informatie moet worden uitgewisseld bij de verpleegkundige overdracht.¹² Een ander voorbeeld de standaard medicatieproces die momenteel wordt herzien. In dit programma wordt op een nieuwe manier naar medicatie gekeken die beter past bij de praktijk van de zorgverlening. Er wordt niet alleen meer naar voorgeschreven recepten gekeken, maar in het vervolg de vier stappen in het medicatieproces –voorschrijven, verstrekken, toedienen en gebruik– vormen de basis voor het registreren en uitwisselen van informatie. Dit zijn omvangrijke programma's met ruim twintig betrokken koepels.¹³

⁹ www.medmij.nl.

¹⁰ In de Coöperatie Zelfzorg Ondersteund zijn zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en verzekeraars gelijkkelijk vertegenwoordigd. (www.zelfzorgondersteund.nl).

¹¹ www.vzgz.nl/page/Zorgconsument/Het-LSP.

¹² www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/verpleegkundige-zorg.

¹³ www.nictiz.nl/projecten/medicatieproces.

Naast de gestructureerde uitwisseling via het LSP zijn er ook uitwisselmechanismen die niet uitgaan van een behandelrichtlijn of informatiestandaard, maar die de *communicatie tussen betrokken zorgverleners onderling en met patiënten ondersteunen*. Voorbeelden hiervan zijn OZO-verbindzorg en eGPO.¹⁴ Anders dan bij de uitwisseling via het LSP, worden via deze uitwisselmechanismen in beginsel geen medische gegevens uitgewisseld. Patiënten geven actief toestemming voor de uitwisseling.

In de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wvpz) is onlangs bepaald dat patiënten (gespecificeerd) toestemming moeten geven voor het delen van medische gegevens in het kader van een behandeling. Deze wettelijke eis stelt de zorg voor een grote opgave om dat in 2020 gerealiseerd te hebben. Deze wettelijke vereiste moet worden meegenomen in alle discussie over gegevensuitwisseling. Momenteel werken zorgkoepels met Patiëntenfederatie, ZN en VWS samen in het programma Gespecificeerde Toestemming Structuur (GTS) aan het opzetten van een mechanisme waarin patiënten hun toestemmingen kunnen beheren.

Patiënten willen naast inzage in hun medische gegevens ook toegang tot *betrouwbare informatie over aandoeningen en mogelijkheden voor zelfzorg*. De website en de app van *Thuisarts* van het NHG blijkt aan die behoefte te voldoen.¹⁵ Beide hebben 4 miljoen unieke pageviews per maand.

5.3 Vervolgaanpak

Gegevensuitwisseling die de zorg voor kwetsbare ouderen ondersteunt stelt ons voor een groot aantal vragen ten aanzien van techniek en juridische vraagstukken, maar zeker ook ten aanzien van de organisatie en de bekostiging. Een ander punt is te voorkomen dat (potentiële) deeloplossingen elkaar dwarszitten.

De opdracht aan de werkgroep Kwetsbare Ouderen is het formuleren van landelijke actiepunten, waar alle betrokken zorgverleners in heel Nederland mee aan de slag kunnen. Hierbij is het van belang aan te sluiten bij de beweging die op gang is gekomen. Dat geldt ook voor acties op het gebied van gegevensuitwisseling.

In de huidige informatiestelsel is al veel mogelijk op aandoeningsniveau. Bij kwetsbare ouderen gaat het echter niet om 'een aandoening'. Dat maakt het lastig om de passende communicatie tussen registratiesystemen van zorgprofessionals van de grond te krijgen op basis van de vertrouwde aandoeningsgerichte aanpak. Daarnaast voelen zorgverleners zich niet zeker bij het uitwisselen van gegevens met andere zorgverleners die betrokken zijn bij de desbetreffende patiënt.

Om dit op te lossen moeten alle betrokken zorgverleners in de eerste lijn met elkaar in gesprek gaan over de vraag: welke gegevens we nodig hebben om geïntegreerde zorg aan kwetsbare ouderen te kunnen verlenen? In Nederland zijn er al diverse initiatieven op het gebied van gegevensuitwisseling gestart waarin zorgverleners met elkaar dit gesprek hebben gevoerd. Hiervan kunnen en moeten we de geleerde lessen meenemen. De wijze waarop de opbrengsetn van deze gesprekken het beste kunnen worden uitgewerkt, zal gaandeweg de uitvoering van het plan van aanpak moeten worden bepaald.

5.4 Beoogd resultaat

Zorgverleners zijn van elkaar op de hoogte welke zorg de patiënt heeft ontvangen van wie. Dit ondersteunt de samenwerking tussen de verschillende disciplines en verbetert de continuïteit van zorg voor de patiënt.

¹⁴ www.ozoverbindzorg.nl en www.egpo.nl.

¹⁵ www.thuisarts.nl.

5.5 Acties

Voorgesteld wordt om een kleine (inhoudelijke) werkgroep in te stellen met de volgende taak:

- Inventariseren van zoveel mogelijk relevante initiatieven⁶ op het gebied van gegevensuitwisseling en hier de verschillen en overeenkomsten uithalen. Mogelijke vragen die de werkgroep uit deze voorbeelden kan abstraheren zijn:
 - Welke zorgverleners zijn betrokken in het initiatief?
 - Welke disciplines missen we?
 - Wie heeft toegang tot wat?
 - Wat hebben de verschillende zorgverleners van elkaar nodig?
 - In hoeverre is het zelfzorgplatform een basis voor de uitwisseling met de patiënt?
- Belangrijk hierbij is een benadering in functionele termen, vanuit de behoefte van de patiënt, en niet vanuit belangen c.q. het systeem ('de oplossing') dat gebruikt wordt. Aan deze functionele beschrijving moet prioriteit worden gegeven. Daarbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande standaarden (integratie).
- De werkgroep moet oog hebben voor technische, juridische of bekostigingsvraagstukken die een belemmerende werking hebben op het van de grond krijgen van gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en met de patiënt. Vanuit de verschillende wettelijke kaders is het belangrijk om bij de gegevensuitwisseling onderscheid te maken tussen gegevensuitwisseling binnen het medische domein en tussen het medische domein en het sociale domein. De wettelijke vereisten op het gebied van privacy tussen beide domeinen lopen uiteen en zijn van invloed op de mogelijkheden om de gegevensuitwisseling vorm te geven.
- Daarnaast is het aan de werkgroep te bepalen waar de behoefte ligt bij de zorg voor kwetsbare ouderen op het gebied van gegevensuitwisseling en aanpalende innovaties. Om op deze manier zorgverleners te kunnen ondersteunen bij het beantwoorden van de vraag wat ze nodig hebben van hun ICT.
- De functionele beschrijving en de behoeftestelling kan worden ingebracht in het Informatieberaad.

Deze inzichten moeten worden geconfronteerd met de analyse van behoefte aan informatie die voor goede en verantwoorde zorg voor kwetsbare ouderen vereist is, ter ondersteuning van de inhoudelijke ambities uit de andere hoofdstukken in dit Plan van Aanpak.

5.6 Planning

Na vaststellen van het plan van aanpak kan een werkgroep samengesteld worden, bestaande uit alle eerstelijnskoepels en een vertegenwoordiging van de Patiëntenfederatie om bovenstaande punten ten uitvoer te brengen. Zorgverleners die eventueel hierin nog niet vertegenwoordigd zijn hiervoor uitnodigen. In een half jaar moet het mogelijk zijn om met de werkgroep de behoefte van de sector vast te stellen.

Activiteiten 'gegevensuitwisseling	maand
Werkgroep samenstellen	1
Behoeftesector vaststellen	2-6

6. Toegang kortdurend verblijf via één loket

6.1 Inleiding

Een goede toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg - zowel overdag als in avond, nacht en weekend uren – is voor kwetsbare ouderen in het bijzonder van belang. De situatie is vaak wankel, en bij een verstoring van het evenwicht moet snel adequate zorg geboden kunnen worden.

In de opdracht van het bestuurlijk overleg stond als omschrijving bij dit thema: ‘Elke ‘natuurlijke’ regio heeft een loket voor opnames in de kortdurende opvang. Dit loket is dagelijks minimaal van 8-22 uur open en heeft zicht op bedden capaciteit in de regio. Een specialist ouderengeneeskunde (SO) of AVG kan telefonisch geconsulteerd worden. De financiering (WMO, ZVW of Wlz) wordt achter de voordeur geregeld.’

6.2 Aanpak van de opdracht

Tijdens de werkzaamheden bleek dat de werkgroep rekening moest houden met het feit dat aan een andere tafel overleg wordt gevoerd tussen partijen over EersteLijnsVerblijf. Om te voorkomen dat er dubbeling zou ontstaan, is gefocused op de vraag: wat er in het kader van het Plan van Aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen kan worden bijgedragen aan de discussie op dit thema? Daarom hebben de hieronder voorgestelde acties vooral betrekking op het *proces*, en niet op inhoud en financiering.

De opdracht is door de themagroep als volgt geïnterpreteerd:

- Bekijk op welke wijze een regionale coördinatiefunctie/loket georganiseerd kan worden die zorgaanbieders in de regio ondersteunt bij het snel en tijdig plaatsen van patiënten met een behoefte aan kortdurend verblijf.
- Breng in kaart of er belemmeringen zijn om de gewenste regionale coördinatiefunctie/loket te realiseren en doe voorstellen waarmee realisatie van de regionale coördinatiefunctie/loket gestimuleerd kan worden (wegnemen belemmeringen).
- In de verdere uitwerking is een aantal zaken niet meegenomen:
 - De toegankelijkheid en beschikbaarheid van de SO in de eerstelijnszorg. Dit vraagstuk reikt verder dan een ‘loket voor opnames’.
 - De goede toegankelijkheid en beschikbaarheid van gegevens. De uitwerking van dit vraagstuk vindt elders in dit Plan van Aanpak plaats (zie Hoofdstuk 5 gegevensuitwisseling).

6.3 Procesvoorstel voor vervolg

Landelijk zijn voor eerstelijnsverblijf inmiddels al acties belegd. Verzekeraars zullen, samen met aanbieders, zorg dragen voor het regionaal beschikbaar komen van één loket voor vervolgzorg (zie ook <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/06/20/kamerbrief-over-voortgang-aanpak-drukke-in-de-acute-zorg>). Hier worden daarom geen nieuwe acties opgezet, maar wordt aangesloten bij de afspraken die in voornoemd kamerstuk zijn gemaakt.

Vorm een werkgroep “coördinatiefunctie beschikbaarheid kortdurend verblijf” voor het vervolg traject. Voorgesteld wordt dat de volgende partijen deelnemen aan deze werkgroep:

- VWS
- ZN
- Actiz
- LHV
- InEen
- V&VN (transferverpleegkundige)

Een kaderhuisarts (Laego) en Verenso (SO) worden als inhoudelijk experts betrokken.

2. Stel vast in hoeverre de gemaakte afspraken tegemoetkomen aan de behoefte van een brede insteek, dat wil zeggen een coördinatiefunctie/loket voor de toegankelijkheid en beschikbaarheid van verschillende soorten bedden (ELV, Wlz, Wmo).

3. Bekijk hoe de wensen rond de brede insteek op de verschillende tafels komen.
Overige activiteiten zijn afhankelijk van het verloop van het landelijk traject. Een mogelijke activiteit is een inventarisatie van regionale loketten door een extern bureau.

6.4 Resultaten

Deze zijn afhankelijk van het landelijk traject dat wordt/is ingezet.

6.5 Planning

Onder voorbehoud van het vaststellen van het plan van aanpak zorg voor kwetsbare ouderen ziet de planning er als volgt uit:

Activiteiten 'Toegang kortdurend verblijf via één loket'	maand
Vormen van een nieuwe werkgroep	3

7. Regionale ondersteuning

7.1 Inleiding

De zorg voor kwetsbare ouderen wordt geboden bij mensen thuis en dicht in de buurt. Dagelijks werken verschillende zorgverleners lokaal in buurten, wijken en dorpen met elkaar samen om de zorg voor kwetsbare ouderen te kunnen verlenen. Rond een aantal overstijgende zaken bestaat bij de betrokken zorgverleners behoefte aan ondersteuning. Het gaat hierbij om ondersteuning op het gebied van professionele samenwerking, informatiebeleid en ICT, kwaliteitsverbetering, implementatie en organisatie, innovatie en zorgvernieuwing en het maken van gemandateerde afspraken met lokale overheden en zorgaanbieders. Eerstelijns zorgorganisaties die deze ondersteuning op wijk- en regioniveau organiseren, maken daarvoor afspraken met andere eerstelijns zorgaanbieders (paramedici, apothekers, wijkverpleegkundigen) en bijvoorbeeld ziekenhuizen, gemeenten, GGz-en VVT-instellingen. Dit zijn bijvoorbeeld gezondheidscentra en zorggroepen. Met de zorgverzekeraar maken zij financieringsafspraken over de vergoeding voor deze ondersteuning op wijk- en regioniveau. Ook Regionale Ondersteunings Structuren (ROS) kunnen ondersteuning bieden om de (multidisciplinaire) zorg voor kwetsbare ouderen te bevorderen. Dit onderdeel heeft tot doel de afspraken over regionale ondersteuning tussen regionale zorgverzekeraars en regionale zorgaanbieders te inventariseren. Zij zullen hierbij actief worden betrokken.

7.2 Naar een nieuwe financiering van samenwerking in de eerstelijns

Zeer relevant voor regionale ondersteuning is dat de financieringsafspraken voor gezondheidscentra en ketenzorgaanbieders per 1 januari 2018 gaan veranderen. Er komen vier nieuwe betaaltitels voor organisatie & infrastructuur (O&I) die de huidige betaaltitels voor GEZ (gezondheidscentra) en organisatie van ketenzorg gaan vervangen:

- praktijkmanagement;
- wijkmanagement;
- ondersteuning ketenzorg;
- regiomanagement.

Onderdeel van de verandering in betaaltitels is het maken van resultaatgerichte afspraken tussen eerstelijns zorgorganisaties (m.n. zorggroepen en gezondheidscentra) en zorgverzekeraars.

7.3 Wat betekent dit voor de zorg aan kwetsbare ouderen?

Uit de impactanalyse die in het O&I-traject werd uitgevoerd, blijkt de complexiteit van het maken van resultaatgerichte afspraken, vooral als het gaat om afspraken met een multidisciplinair karakter. Eerstelijns zorgorganisaties en zorgverzekeraars vinden het lastig om elkaar te vinden in concrete (multidisciplinaire) resultaatafspraken. De themagroep 'regionale samenwerking' heeft geconcludeerd dat in het kader van het Plan van Aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen twee aspecten van regionale ondersteuning zouden kunnen worden gestimuleerd:

- Waaruit bestaat de regionale ondersteuning van eerstelijns zorgorganisaties aan zorgverleners die (multidisciplinaire) zorg leveren aan kwetsbare ouderen in buurten, wijken en dorpen? Welke ondersteuning kunnen eerstelijns zorgorganisaties bieden bijvoorbeeld bij het leveren van zorg, inzet van beroepsgroepen (paramedici, apothekers, wijkverpleegkundigen, specialist ouderengeneeskunde etc) of ondersteunende diensten (bijv. ICT-leveranciers).
- Op welke wijze wordt deze regionale ondersteuning gericht op (multidisciplinaire) zorg aan kwetsbare ouderen vertaald in afspraken tussen eerstelijns zorgorganisaties en zorgverzekeraars. Wat zijn hiervan de beoogde resultaten en hoe worden deze inzichtelijk gemaakt? Hoe kunnen deze afspraken een plek krijgen in nieuwe betaaltitels (m.n. wijk- en regiomanagement)?

7.4 Resultaat

Het resultaat van het deelproject Regionale Ondersteuning is tweeledig:

1. het inzichtelijk maken van de betekenis van de O&I –functies toegespitst op de zorg voor kwetsbare ouderen en wat er nodig is om deze te organiseren in de regio
 - a. voorbeelden ter verduidelijking van de O&I-functies toegespitst op regionale ondersteuning bij de zorg voor kwetsbare ouderen
 - b. inzicht in benodigde randvoorwaarden;
2. het inzichtelijk maken van het type resultaatafspraken dat eerstelijns zorgorganisaties en zorgverzekeraars kunnen maken over de regionale ondersteuning van de zorg voor kwetsbare ouderen en wat voor resultaten dit oplevert voor de kwetsbare ouderen op het gebied van ervaren gezondheid (bijvoorbeeld volgens het 4-domeinen model), kwaliteit van de geleverde zorg en doelmatigheid.
 - a. overzicht met voorbeelden van resultaatafspraken tussen eerstelijns zorgorganisaties en zorgverzekeraars over ondersteuning van zorg voor kwetsbare ouderen;
 - b. bijeenkomst(en) met vertegenwoordigers van eerstelijns zorgorganisaties en zorgverzekeraars.

In dit proces gaat het alleen om het verduidelijken van functies voor regionale ondersteuning en wat hiervoor nodig is. We bewaken daarbij expliciet dat dit niet de concurrentie tussen zorgaanbieders en verzekeraars ongewenst kan verstoren. De inventarisatie is uitdrukkelijk niet bedoeld om tot een blauwdruk voor regionale afspraken te komen.

7.5 Aanpak

De aanpak om tot de beoogde resultaten te komen bestaat uit een aantal stappen. De kern zijn interviews met aanbieders die regionale ondersteuning voor zorgverleners bieden en gesprekken met zorgverzekeraars. Continue afstemming met de lokale en regionale organisaties is belangrijk om ervoor te zorgen dat de producten voldoende aansluiten bij de behoefte uit de praktijk.

7.5.1 Opstellen gespreksleidraad voor interviews

Bij het opstellen van een goede gespreksleidraad voor de interviews zal gebruik worden gemaakt van een aantal bronnen:

- Aan de hand van de projectbeschrijvingen (uit de inventarisatie van 2016) en de achtergrondinformatie uit de impactanalyse van het O&I-traject worden beschrijvingen verzameld van O&I-functies en resultaatafspraken toegespitst op kwetsbare ouderen. We maken hierbij ook gebruik van het NHG visiedocument Huisartsenzorg voor kwetsbare ouderen en inzichten uit bestaande programma's zoals 'Beter Oud' en 'De nieuwe praktijk'.
- In gesprekken met eerstelijns brancheorganisaties verkennen we welke type afspraken tussen zorgverleners in de eerste lijn (o.a. huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en paramedici) en andere aanbieders van zorg en ondersteuning (o.a. ziekenhuis, gemeenten, GGz, VVT) over regionale ondersteuning nodig zijn. Daarbij wordt ook ingezoomd op de (kneelpunten in de) ANW-zorg.

7.5.2 Interviews

Volgens de uitgangspunten in het plan van aanpak zien wij een belangrijke rol voor de partijen in de regio: zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten. In gesprekken met vertegenwoordigers van eerstelijns zorgorganisaties (o.a. zorggroepen en gezondheidscentra, huisartsenposten, LHV regiobureaus) gaan we op zoek naar concrete voorbeelden van regionale ondersteuning die aansluit bij de behoefte van kwetsbare ouderen en zorgverleners in buurten, wijken en dorpen. De rode draad uit deze voorbeelden beschrijft waaruit regionale ondersteuning zou kunnen bestaan. Via gesprekken met eerstelijns zorgorganisaties en zorgverzekeraars wordt inzicht verkregen in resultaatafspraken gericht op de zorg voor kwetsbare ouderen. In deze gesprekken wordt aandacht besteed aan de toegevoegde waarde van regionale ondersteuning en resultaatafspraken op het gebied van ervaren gezondheid, kwaliteit van de geleverde zorg en doelmatigheid. Uit het kernwerkgebied van vier zorgverzekeraars wordt gesproken met twee eerstelijns zorgorganisaties en de betreffende zorgverzekeraar.

7.5.3 Bijeenkomsten

Tijdens één of meerdere bijeenkomsten krijgen vertegenwoordigers van eerstelijns zorgorganisaties en zorgverzekeraars een terugkoppeling van de bevindingen uit de literatuurverkenning en de interviews. De bijeenkomst(en) zijn er op gericht de interactie tussen eerstelijns zorgorganisaties en zorgverzekeraars te bevorderen bij het maken van afspraken over regionale ondersteuning van (multidisciplinaire) zorg aan kwetsbare ouderen. Voor de bijeenkomst(en) zullen ook vertegenwoordigers van ouderen- en patiëntenorganisaties worden uitgenodigd om het ouderen- en patiëntenperspectief naar voren te brengen. Deelnemers aan de bijeenkomst(en) worden gestimuleerd om met elkaar in gesprek te gaan over de bruikbaarheid van de functiebeschrijvingen en de voorbeelden van de resultaatafspraken.

7.5 Planning

Onder voorbehoud van het vaststellen van het plan van aanpak zorg voor kwetsbare ouderen ziet de planning er als volgt uit:

Activiteiten 'regionale ondersteuning'	maand
opstellen gespreksleidraad	1-2
interviews	3-4
bijeenkomst(en)	4-6

8. Kosten-batenanalyse

8.1 Inleiding

De persoonsgerichte, proactieve en multidisciplinaire zorg voor deze doelgroep (hoge zorgcomplexiteit gecombineerd met hoge complexiteit van persoonlijke leefomstandigheden) wordt beschouwd als *aanvullend aanbod multidisciplinaire (eerstelijns) zorg*. Deze persoonsgerichte, multidisciplinaire proactieve benadering, kost een extra inspanning, en dus extra geld en capaciteit en is daarmee aanvullend op de reguliere zorg. Dit geldt niet alleen voor de huisartsenzorg, maar ook voor de andere disciplines in de eerste lijn. Naar verwachting levert het ook iets op: een besparing op duurdere vormen van zorg, bijvoorbeeld voorkomen van heropnames en vermindering van toestroom naar de acute zorgketen, zowel binnen als buiten ANW-uren. Er zijn aanwijzingen dat vooral de zorgkosten in de allerlaatste levensfase afnemen. De kosten gaan daarbij voor de baat uit. We willen in dit plan van aanpak inzichtelijk maken wat de kosten en baten zijn, in termen van de benodigde capaciteit aan mensen, middelen en financiën. Dat kan helpen bij het maken van regionale afspraken.

Vanuit de werkgroep wordt de aanbeveling gedaan een kostenbaten analyse over de schotten heen in samenhang met andere partijen te laten uitvoeren door een op dit gebied deskundig onderzoeksbureau. Met dit bureau worden de parameters benoemd, en een onderzoeksopzet uitgewerkt.

8.2 Aanpak

Voor de uitvoering van de kosten-batenanalyse wordt een extern onderzoeksbureau benaderd. Er wordt een begeleidingsgroep (InEen, LHV, ZN) samen gesteld die de opzet en uitvoering van het onderzoek begeleidt.

8.3 Planning

Onder voorbehoud van het vaststellen van het plan van aanpak zorg voor kwetsbare ouderen ziet de planning er als volgt uit:

Activiteiten kosten-batenanalyse	maand
Selecteren onderzoeksbureau	1-2
Afstemming onderzoeksopzet	3-4
Uitvoering onderzoek	4-6

9. Communicatie van landelijke aanbevelingen en uitwerkingen

9.1 Inleiding en opdracht

De opdracht aan de themagroep 'Communicatie' luidde: Communiceer landelijke aanbevelingen en plannen richting lokale en regionale partijen, zodat deze behulpzaam kunnen zijn bij lokale en regionale vormgeving.

De landelijke aanbevelingen in dit Plan van Aanpak moeten lokaal in de praktijk 'landen'. We weten dat een 'one size fits al' hierbij niet succesvol is en we realiseren ons ook dat een top-down-methodiek niet werkt. Het proces om samen te (willen) werken kopieer je niet van een ander. De vraag is dus: wat wil men lokaal nu echt? Uit de rapportage van de landelijke inventarisatie komt naar voren dat direct contact met een beroepsbeoefenaar - elders, of in de directe omgeving - het beste resultaat geeft als het om succesvol samenwerken gaat. Maar wat elders werkt hoeft in de eigen omgeving niet te werken.

9.2 Wat is de uitdaging en wat moet er gebeuren?

Het Plan van Aanpak beoogt te bereiken dat overal in Nederland een bepaald niveau in de zorg aan kwetsbare ouderen wordt gehaald (zowel overdag als tijdens avond-, nacht- en weekenduren), waarbij de diverse disciplines met elkaar samenwerken rondom een patiënt. Dit niveau wordt nu nog niet overal gehaald en daarom is dit Plan van Aanpak opgesteld.

Er is al enorm veel bekend en het is niet de bedoeling het wiel keer op keer opnieuw uit te vinden.

De vraag is: Hoe stimuleren we beroepsbeoefenaren in hun eigen omgeving om de toegankelijkheid van de zorg tijdens kantooruren en de spoedzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren rondom de kwetsbare oudere te organiseren?

9.3 Uitgangspunten voor communicatie

Kwetsbare ouderen is een breed thema dat landelijk veel aandacht krijgt; er is een 'momentum'. Tegelijk heeft de themagroep vastgesteld dat er al veel materiaal ligt, en dat er verschillende programma's lopen waarin een krachtige communicatie plaatsvindt (bijvoorbeeld: Beter Oud, De Nieuwe Praktijk, het NHG-visiedocument 'Huisartsenzorg voor ouderen').

Enkele belangrijke aandachtspunten voor de communicatie over het Plan van Aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen zijn:

- stem af met de communicatieafdelingen van de betrokken partijen (en laat ruimte voor eigen invulling vanuit de branche- en beroepsorganisaties);
- het delen van succes- en faalfactoren (website/platform);
- leg de focus op datgene wat wél mogelijk is (initiatieven, energie, storytelling);
- geef aandacht aan 'bekend zijn met collega's in het veld en elkaars kennis en kunde';
- neem voorbeelden van netwerken die werken (voorbeeld: dementienetwerken - aanspraak maken op elkaars kunde en kennis);
- maak plannen waarvan het resultaat realistisch en haalbaar is;
- hoewel dit plan van aanpak gericht is op zorgverleners en professionals in de zorg rond kwetsbare ouderen is het belangrijk oog te hebben voor het perspectief van de kwetsbare oudere en diens naast betrokkenen in de communicatie;
- overschat communicatiemiddelen niet - met communicatie alleen wordt de verandering niet bereikt.

9.4 Eerste stappen

- Destilleer uit de onderdelen van het Plan van Aanpak opdrachten voor communicatie en de mogelijke boodschappen. We richten ons daarbij vooral op de concrete producten die worden of zijn ontwikkeld.
- Maak daarvan korte kernboodschappen met een positieve inhoud
- Sluit aan bij en zoek verbinding met lopende programma's
- Zorg dat de boodschap aansluit bij de praktijk en vraag/onderzoek wat kwetsbare ouderen, zorgverleners en hun organisaties nodig hebben

- Onderscheid verschillende doelgroepen in de communicatie-uitingen (bijvoorbeeld professionals, kwetsbare ouderen/mantelzorgers) en pas de boodschap per doelgroep aan

9.5 Waar zit mogelijk weerstand tegen deze verandering?

Gezamenlijk communiceren veronderstelt gezamenlijke belangen en het (deels) loslaten van individuele belangen. De acties in dit Plan van Aanpak gaan over een gezamenlijke doelstelling en stip op de horizon. Omdat dit proces nog niet vanzelfsprekend is en moet worden gefaciliteerd bestaat het risico dat de communicatie-uitingen onvoldoende aansluiting vinden in de praktijk. De wens om te komen tot gezamenlijke communicatie met meerdere bestuurlijk ingewikkelde organisaties, brengt als risico met zich mee dat er verlies van momentum optreedt door langdurige afstemming en trage snelheid van reageren. Uitsluitend ingaan op de positieve effecten van samenwerking heeft het risico in zich dat men in het veld de obstakels onvoldoende herkend ziet.

9.6 Welke aanpak adviseren we?

Bij de zorg voor kwetsbare ouderen zijn veel stakeholders betrokken. De thema's in dit Plan van Aanpak bestrijken zowel kwetsbare ouderen en hun naaste omgeving, zorgverleners in de eerstelijns (lokaal en regionaal) en partijen in het sociaal domein. De communicatie moet zorgvuldig worden aangepakt.

De themagroep adviseert om – zodra het Plan van Aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen is vastgesteld - een communicatiebureau in te schakelen. De opdracht is om een communicatiestrategie (a) uit te werken en (b) te ondersteunen bij de uitvoering. Dit geeft de beste garantie op een synchroon verloop van de uitvoering met de strategie die gekozen wordt, en met oog voor wat de praktijk nodig heeft (zie uitgangspunten).

9.7 Planning

Onder voorbehoud van het vaststellen van het plan van aanpak zorg voor kwetsbare ouderen ziet de planning er als volgt uit:

Activiteiten 'communicatie'	maand
Selectie communicatiebureau	2
Communicatieplan	2-4
Uitvoering	vanaf maand 4

10. Het vervolg

10.1 Inleiding

Met het opstellen van dit Plan van Aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen voldoet de werkgroep aan de opdracht van het Bestuurlijk Overleg om met een aantal concrete, gerichte en haalbare acties de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren. Het uitgangspunt was 'een stip op de horizon', waarin de vragen en wensen van kwetsbare ouderen het startpunt vormt voor de inrichting van de eerstelijnszorg. Vanuit dit startpunt heeft de werkgroep een analyse gemaakt op 9 aangereikte thema's, met als resultaat het voorliggende actieplan dat in een periode van 12 maanden kan worden uitgevoerd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van bestaande kennis en inzichten, en worden lopende trajecten benut voor de vraagstukken rond kwetsbare ouderen.

Hiermee sluit het Plan van Aanpak aan op de recente afspraken uit het 'Addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018' (dd 1 juni 2017):
"Partijen zullen zich inzetten om zorg voor kwetsbare ouderen met een integrale visie te organiseren en zullen hiertoe een plan van aanpak met daarin aanbevelingen aan het veld opstellen inclusief voorstellen voor het oplossen van knelpunten en belemmeringen op het landelijk niveau. Daarbij zal aandacht zijn voor de specifieke zorgbehoefte van kwetsbare ouderen, toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg (ook in ANW-uren) en samenwerking, afstemming en gegevensuitwisseling tussen zorgverleners in de eerste lijn en met andere domeinen."

Ter afronding van dit Plan van Aanpak wordt een overzicht gegeven van alle deelacties, inclusief een indicatieve planning en worden enkele aanbevelingen gedaan voor de organisatie van het vervolg.

10.2 Overzicht en indicatieve planning

Het Plan van Aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen heeft een looptijd van 12 maanden. Het onderstaande schema geeft een overzicht van de voorgestelde activiteiten in deze periode.

Activiteitenplanning Plan van Aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen												
Activiteit	maand na vaststelling PvA door BO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>'doelgroep en geïntegreerde aanpak'</i>												
uitzetten acties	x											
uitwerken		x	x	x								
1e bestanddelen voor de toolbox opleveren			x	x	x							
<i>'rollen, verantwoordelijkheden en korte lijnen'</i>												
Input aanleveren deskundigheid	x	x	x	x	x	x						
Deskundigheid in kaart brengen					x	x	x	x				
Communicatiebureau inschakelen			x									
Uitwerking concept infographic			x	x	x							
Specificaties infographic					x	x	x					
Realisatie infographic volgens specs						x	x	x	x	x		
<i>'verbinding met sociaal domein'</i>												
Sociaal domein benoemen in Plan van Aanpak	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vertaalslag van samenwerking met sociaal domein naar zorg voor kwetsbare ouderen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>'gegevensuitwisseling'</i>												
Werkgroep samenstellen	x											
Behoefte vaststellen		x	x	x	x	x						
<i>'Toegang kortdurend verblijf via één loket'</i>												
Vormen van een nieuwe werkgroep			x									
Opleveren van product 1-3 (contouren, randvoorwaarden en procesvoorstel)			x	x								
Opleveren van product 4-5 (VWS website met voorbeelden, tips&trics)			x	x	x	x						
<i>'regionale ondersteuning'</i>												
opstellen gespreksleidraad	x	x										
interviews			x	x								
bijeenkomst(en)				x	x	x						
<i>'kosten-batenanalyse'</i>												
selectie onderzoeksbureau	x											
onderzoeksopzet		x	x									
uitvoering onderzoek				x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>'communicatie'</i>												
Selectie communicatiebureau		x										
Communicatieplan		x	x	x								
Uitvoering				x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>'algemeen'</i>												
Projectbegeleiding en secretariaat	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

10.3 Organisatie

Om de uitvoering van dit Plan van Aanpak te begeleiden zou een lichte en effectieve projectorganisatie kunnen worden ingericht. Hierin kunnen drie niveaus worden onderscheiden: een werkgroep en een klankbordgroep, en een externe coördinerende partij die de samenhang tussen de verschillende onderdelen en de voortgang bewaakt. De werkgroep kan een vergelijkbare samenstelling hebben als de Werkgroep Kwetsbare Ouderen. Deze werkgroep bevat de partijen die nodig zijn voor de ontwikkeling van de beoogde producten. Een extern bureau begeleidt de werkgroep, vergelijkbaar met de wijze waarop de vorige fases van het project zijn begeleidt. De tweede kring bestaat uit belanghebbende partijen die belangrijk zijn om input en feedback op te halen, maar die niet direct bij het ontwikkelingswerk zijn betrokken.

De partijen uit het Bestuurlijk Overleg zijn gezamenlijk opdrachtgever voor de uitvoering van het Plan van Aanpak. Uit het midden van de partijen in de werkgroep zou een kleine 'agendacommissie' van twee of drie personen kunnen worden geformeerd met wie de gezamenlijke bijeenkomsten worden voorbereid en tussentijds kan worden afgestemd in telefonisch overleg.

Bij een positief besluit over het plan van aanpak zal onder de partijen geïnventariseerd worden bij welke onderdelen ze betrokken willen zijn en waarvan ze de trekker willen zijn. Zie inleiding (paragraaf 1.5) voor een overzicht van de huidige samenstelling van de werkgroepen. Dit wordt kortgesloten bij de startbijeenkomst van het uitvoeringstraject.

10.4 Kosten

Bij de uitwerking van de onderdelen van dit Plan van Aanpak heeft de werkgroep een voorzichtige schatting van de kosten gemaakt. Het gaat daarbij uitdrukkelijk uitsluitend om kosten die betrekking hebben op inzet van externe mensen en middelen. In totaal worden de kosten van de realisatie van alle activiteiten in dit plan geschat op € 220.00 (exclusief BTW). De bijlage bevat een indicatieve begroting.

Bijlage: Begroting

Onderbouwing zorgaanpak

Externe ondersteuning bij het samenstellen van een 'toolbox'

Subtotaal: €15.000 excl BTW

Korte lijnen en rollen

Ontwikkelen infographic (landelijke format, functies regionaal/lokaal/individueel, testen)

Subtotaal: €35.000 excl BTW

Sociaal Domein

Geen kosten

Gegevensuitwisseling

Geen kosten

Eerstelijnsopvang via één loket

Afhankelijk van landelijk traject, bijvoorbeeld inventarisatie bestaande loketten

subtotaal: €20.000 excl BTW (PM)

Regionale ondersteuning

Opstellen gespreksleidraad, uitvoeren interviews en bijeenkomsten

Subotaal: €25.000 excl BTW

Communicatie

Inzet communicatiebureau

Subtotaal: €25.000 excl BTW

Kosten-batenanalyse:

Inzet onderzoeksbureau

Subtotaal: €65.000 excl BTW

Algemene kosten

Extern projectbegeleiding door extern bureau, gedurende de looptijd van het project

Subtotaal: € 20.000

Overige kosten (o.a. vergaderkosten, secretariaat etc.)

Subtotaal: €15.000 excl BTW