

GEÏNTEGREERDE  
**OUDEREN**  
**ZORG**

---

**Geïntegreerde Ouderenzorg**  
**Noord-Limburg**

**Plan van Aanpak**



## Inhoud

|  |     |
|--|-----|
| Achtergrond .....                              | 3   |
| Doelgroep .....                                | 3   |
| Doelstelling .....                             | 4   |
| Te behalen resultaten .....                    | 6   |
| Indicatoren .....                              | 6   |
| Voorwaarden .....                              | 6   |
| Expertteam .....                               | 8   |
| Voorkeur 1e tranche huisartsenpraktijken ..... | 9   |
| Rollen .....                                   | 11  |
| Planning.....                                  | 12  |
| Aandachtspunten gedurende voortgang .....      | 134 |

## Achtergrond

Met dit project geeft de stuurgroep een vervolg aan het project 'eerstelijns ouderenzorg' (2009-2011) waarmee de samenwerking tussen huisartsen en verzorgingshuizen is verbeterd bij 5 modelpraktijken.

Van de start af aan was het de intentie om de ervaring opgedaan met het project 'eerstelijns ouderenzorg' te verbreden naar de thuiszorg en op het gebied van wonen en welzijn. Mede dankzij de module 'Zorg voor kwetsbare ouderen' van coöperatie VGZ (verder te noemen VGZ) kan dit nu gestalte krijgen.

## Doelgroep

De VGZ-module 'Zorg voor kwetsbare ouderen' omschrijft de doelgroep als volgt: Ouderen (75+) in de eerste lijn zowel intra- als extramuraal.

De term kwetsbaar staat voor gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden. Er is sprake van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.

Bij meer chronische aandoeningen neemt de kans op een depressie – en daarmee kwetsbaarheid – aanzienlijk toen. Maar kwetsbaarheid ontstaat niet alleen door gezondheidsproblemen en daaruit voortkomende beperkingen. Het ontstaat ook door de mate waarin mensen beschikken over sociale vaardigheden, financiële middelen en een sociaal netwerk.

We maken hierbij de opmerking dat het binnen dit project gaat om ouderen (75+) in de eerste lijn zowel *intra-* als extramuraal. Als we spreken over *intramuraal*, dan gaat het om een verzorgingshuis daar waar de huisarts de behandelend arts is (dus geen verpleeghuis).

## Doelstelling

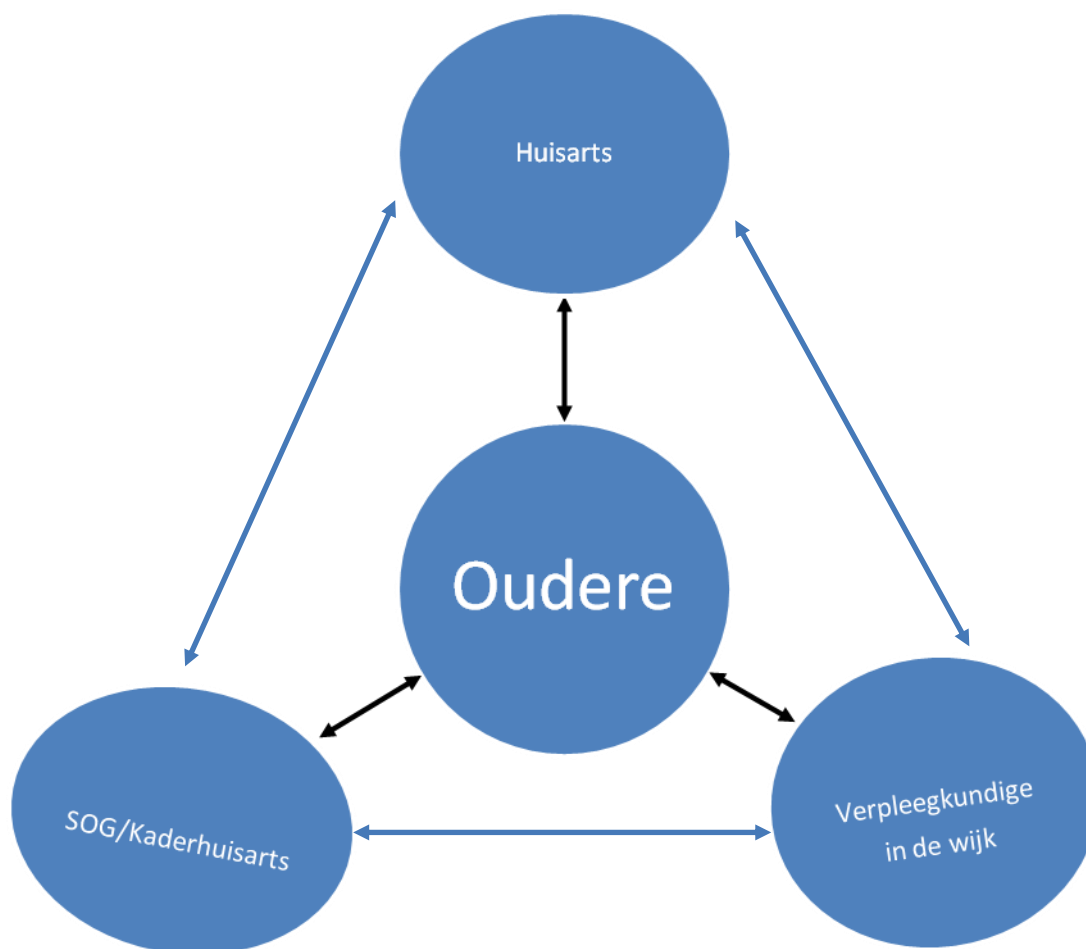
Het doel van het project Geïntegreerde Ouderenzorg Noord-Limburg is het tot stand brengen van een structurele verandering in de (organisatie van) zorg voor ouderen in een kwetsbare positie. Het project richt zich derhalve op de randvoorwaarden voor de geïntegreerde ouderenzorg. Het uiteindelijke resultaat is een blijvende verandering.

Het project is gericht op het creëren van de voorwaarden zodat:

- Ouderen in een kwetsbare positie vroegtijdig bekend zijn
- De (te verwachten) problematiek van de oudere in een kwetsbare positie in kaart wordt gebracht
- Een integraal zorg en behandelplan wordt opgesteld
- Zorg en behandeling samenhangend en gecoördineerd worden aangeboden
- Resultaten en ontwikkelingen structureel periodiek worden getoetst in een multidisciplinair overleg (MDO)

Om zodoende:

- De oudere in een kwetsbare positie zo lang en zo zelfstandig mogelijk in de eigen sociale context te laten functioneren
- De beschikbare mensen en middelen zo effectief en doelmatig mogelijk in te zetten



Kenmerkend zijn de begrippen:

- Vroegtijdig
- Integraal
- Samenhangend
- Gecoördineerd
- Multidisciplinair

De insteek van het project (en zorgverzekeraar) is zorg en behandeling: het medisch model. Voorts wordt deze insteek verbreed naar alle elementen wonen en welzijn. Pas dan is er sprake van een multidisciplinair netwerk rond de oudere in een kwetsbare positie.

## **Te behalen resultaten**

### **Op 31 december 2012:**

- participeert 30% van de 112 huisartsen en zijn 70% van de ouderen in een kwetsbare positie van die praktijken in beeld; Te weten 525.
- is er consensus over screeningsinstrumenten, ICT toepassingen, registratie en communicatie;
- is er productomschrijving 'geïntegreerde ouderenzorg'
- is er overeenstemming over DBC bekostiging.

### **Op 31 december 2013:**

- participeert 60% van de 112 huisartsen en zijn 80% van de ouderen in een kwetsbare positie van die praktijken in beeld; Te weten 1200.
- zijn screeningsinstrumenten, ICT toepassingen, registratie en communicatie geïmplementeerd;
- is er consensus over de manier waarop verbinding wordt gemaakt met wonen, welzijn, wijkgericht werken;
- wordt geïntegreerde ouderenzorg kostendekkend aangeboden.

### **Op 31 december 2014:**

- Participeert 80% van de 112 huisartsen en zijn 90% van de ouderen in een kwetsbare positie van die praktijken in beeld; Te weten 1800.
- is er een aantoonbare verbinding met wijkgericht werken/wonen en welzijn;
- is geïntegreerde ouderenzorg een reguliere werkwijze in Noord-Limburg.

## **Indicatoren**

Het opstellen van de juiste indicatoren blijkt heel lastig te zijn. Dit zien we overal in Nederland terug. Wat gaat men hoe meten?

Vanuit twee andere pilotgebieden vanuit coöperatie VGZ zal voor de zomer 2012 een concept indicatorenset komen die uiteindelijk teruggebracht dient te worden naar 6-7 duidelijke KPI's (kritieke prestatie indicatoren).

Met de stuurgroep wordt bekeken welke waarden wij in Noord-Limburg belangrijk vinden om te meten en die zullen we vergelijken met de concept indicatorenset zoals hierboven benoemd.

## Voorwaarden

Om het project kans van slagen te bieden en het uiteindelijke resultaat (structurele geïntegreerde ouderenzorg) te borgen, moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan.

- Bestuurlijk draagvlak; Op 17/11/11 is een bestuurlijke startconferentie gehouden. Draagvlak is hiermee een feit. Op 23/11/11 is dit middels een persbericht extern gecommuniceerd.
- ICT; Het patiëntendossier inclusief zorgplan dient (al dan niet gedeeltelijk) inzichtelijk te zijn voor de eerstelijns hulpverleners en die moeten ook via het dossier met elkaar kunnen communiceren. De regio beschikt over een webbased HuisartsInformatie Systeem dat steeds meer wordt ingericht als KetenInformatieSysteem. Twee speciale modules 'probleeminventarisatie' en 'zorgplan' zijn al ingebouwd. Uitbreiding/optimalisatie zal op termijn volgen.
- Projectleiding: De projectleider vormt een expertteam om zich heen om zo voldoende gebaseerd advies aan de stuurgroep te kunnen verstrekken. De projectleider dient partijen bij elkaar te brengen, voorstellen te ontwikkelen en deze samen met projectpartners tot uitvoer te brengen op het gebied van scholingsbehoefte en randvoorwaardelijke ondersteuning.
- Expertteam; zie verder voorkeur in Plan van Aanpak.
- Forum: Nader te bekijken op basis van behoefte van participanten. Op welke wijze willen we betrokkenen en/of externen blijvend informeren over de voortgang? Via een forum of op andere wijze?
- Communicatie. Om zoveel mogelijk naamsbekendheid te krijgen en middels successen ons project maximaal te verbreden, dienen we hierover frequent te communiceren. Dit kan bv op de onderstaande manieren. Binnen de Stuurgroep kan besloten worden welke middelen we wanneer kunnen benutten.
  1. Persberichten lokale kranten
  2. Website (bv. [www.cohesie.org](http://www.cohesie.org))
  3. Zorgbelang
  4. Interne nieuwsbrief Cohesie richting huisartsen(posten)
  5. Externe digitale nieuwsbrief bv. 2-maandelijks naar "stakeholders" (zoals woningbouwcorporaties, welzijnsinstellingen, vrijwilliger- en mantelzorgorganisaties, kleinere thuiszorgaanbieders, et cetera)
  6. Communicatie aan andere ketens
  7. Publicatie in 'Gezond!' (2-maandelijkse uitgave als bijlage bij dagblad De Limburger en Limburgs Dagblad over de Limburgse gezondheidszorg in de meest brede zin)
  8. Informeren over project Noord-Limburg bij projecten m.b.t. ouderenzorg in de omgeving Eindhoven, Nijmegen en Midden en Zuid Limburg.

## Expertteam

Het expertteam is mede verantwoordelijk voor de kwaliteit van de te behalen resultaten. Tezamen zullen zij hun expertise daar in zetten waar nodig.

Tweewekelijks zullen zij onderling contact hebben telefonisch of per email. Maandelijks zullen zij fysiek bij elkaar komen. De projectleider neemt hiervoor de initiatieven en bekijkt welke expertise op welk moment noodzakelijk is.

### Voorkeur Expertteam:

Frank van Kemenade (Marjolein van de Pol als backup Kaderarts, onderzoeker, lector)  
Functie: Kaderarts ouderengeneeskunde, huisarts, voorzitter Laego  
Beschikbaarheid: elke dinsdagmiddag 4 uren

Jan Hagens (backup zijn Vincent von Meijenfeldt en Annette van Lier)  
(alle 3 bezig met kaderopleiding)  
Functie: Specialist Ouderengeneeskunde  
Beschikbaarheid: wekelijks 4 uren in overleg  
In dienst: De Zorggroep

Conny van Deursen (Ilse van Pol als backup van Conny van Deursen, Arcade, Tegelen)  
Functie: nurse practitioner  
Beschikbaarheid: wekelijks 4 uren in overleg  
In dienst: Pantaleon

Wijkverpleegkundige niveau 5 vanuit thuiszorg  
Kim Vousten, Marjo Everaerts of Annemie Coenders vanuit De Zorggroep, regio Horst-Venray



## **Voorkeur 1e tranche huisartsenpraktijken**

Onderstaande praktijken verdienen de voorkeur om als eerste mee te starten, omdat door hun deelname aan de modelpraktijken vanuit het project 'eerstelijns ouderenzorg' de voorwaarden gunstig zijn om aan de slag te gaan.

Bekeken dient te worden of deze praktijken zelf ook bereid zijn om als eerste te starten.

Als we met deze 5 praktijken aan de slag gaan in de 1<sup>e</sup> tranche, verwachten we hieruit al minimaal 579 ouderen in een kwetsbare positie in beeld te hebben waarbij 24% van de huisartsen betrokken zijn. Dit is gebaseerd op het projectplan waarin men per normpraktijk (van 2350 patiënten) 25 ouderen in een kwetsbare positie verwacht te hebben.

### **Pantaleon Steenbakkersstraat 2 5981 WT Panningen**

Dhr. F.J. van Kemenade  
Dhr. N.L.J. Magis  
Dhr. J.M.C. Loozen  
Dhr. M.R. Rozenberg  
Mw.M. van de Pas-van de Bergh  
B.R.W. van der Linden  
Dhr. C.J.T. Derks  
Mw. P.D.M. Bakker-Keereweer

Totaal patiënten Pantaleon = 20252  
**215** ouderen in een kwetsbare positie te verwachten

### **Arcade Bongerdstraat 227 5931 NE Tegelen**

Dhr. T.M. Mangnus  
Dhr. H.G.A. Cremers  
Dhr. P.M.G. Nijskens  
Dhr. M. Reitsma

Totaal patiënten Arcade = 8937  
**95** ouderen in een kwetsbare positie te verwachten

### **Groenveld Prinsenstraat 10 5913 ST Venlo**

Dhr. M.J.J.S. Crobach  
Dhr. J. Migchels  
Mw. A.van der Welle-Migchels  
Dhr. L.A.P. Verhappen  
Mw. E.M.F. Moura  
Dhr. H.L.H. Dirix  
Mw. M.A.E. Dirix-Teunissen

Totaal patiënten = 11470

122 ouderen in een kwetsbare positie te verwachten

**Gezondheidscentrum Withuis**  
**Straelseweg 193**  
**5914 AL Venlo**

Mw. N.J.A.G. Flos  
Dhr. P.M.M. van Limpt  
Mw. A.M. Coolen  
Mw. I.A. Beekenkamp  
Mw. F. Rijks

Totaal patiënten = 10473  
112 ouderen in een kwetsbare positie te verwachten

## **Rollen**

Het definiëren van verschillende rollen schept duidelijkheid in samenwerkingsprocessen. Van belang is om ieders verantwoordelijkheden en taken op welke momenten helder te omschrijven, zodat iedereen weet wat wanneer van hem/haar verwacht wordt en dat men elkaar hier ook op kan aanspreken.

Het resultaat van de inzet van verschillende disciplines moet uiteindelijk leiden tot één samenhangende werkwijze voor geïntegreerde zorg aan ouderen in een kwetsbare positie in Noord-Limburg.

In het projectplan staat een beschrijving van rollen binnen de geïntegreerde ouderenzorg. Die beschrijving van de rollen zal door het expertteam samen met de projectleider verder uitgewerkt/aangepast worden bij de nadere uitwerking van het project.

Het gaat hierbij om de volgende rollen.

- Huisarts
- Kaderhuisarts ouderenzorg
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verpleegkundige in de wijk
- Praktijkverpleegkundige/verpleegkundig specialist

Extra opmerking: de kaderhuisarts ouderenzorg en de specialist ouderengeneeskunde dienen vanaf het begin duidelijk gepositioneerd te worden.

## Planning

Het perspectief op termijn van 'Geïntegreerde Ouderenzorg' is een samenhangende en wijkgerichte benadering van zorg en diensten aan ouderen in een kwetsbare positie. 'Geïntegreerde Ouderenzorg' is een van de initiatieven die op dit vlak in Noord-Limburg worden genomen. Ieder initiatief heeft zijn eigen kenmerken, de uiteindelijke doelen zijn (nagenoeg) gelijk. Kenmerkend voor Geïntegreerde Ouderenzorg is dat zorg/het medisch perspectief als insteek is gekozen.

Doel is dat *in ieder geval* de (medische) zorg samenhangend/geïntegreerd wordt georganiseerd. De verbreding/aanhaking naar wonen en welzijn zal naar gelang de lokale situatie plaatsvinden. Het zijn dus de lokale spelers (gemeente, welzijn, wonen, huisartsenvoorziening, zorgorganisaties) die gezamenlijk het tempo en de mate van verbreding bepalen. Dat deze verbreding uiteindelijk plaats moet vinden is een gegeven. Het geschetste perspectief op termijn is dus geen vrijblijvende keuze, maar het richtinggevend kader.

Onderstaande staat de planning van het verdere project beschreven. Deze planning wordt in een bijlage visueel weergegeven.

Voor 2012 is deze uitgewerkt in 3 tijdslijnen te weten:

1. Planning voortgang
2. Methodiekontwikkeling
3. Verbreding WWZ

Voor 2013 en 2014 wordt alleen een algemene planning weergegeven en ter zijner tijd geconcretiseerd.

### Ad 1. Planning voortgang

|               |  |
|---------------|--|
| 1.3.12        | doorgeven welke huisartsenpraktijken mogen starten   |
| 1.3.12-1.4.12 | inventarisatie per praktijk volgens eenzelfde format   |
| 1.4.12-1.6.12 | begeleiden instroom praktijken; per praktijk concrete planning maken   |
| 1.4.12-1.7.12 | ouderen in een kwetsbare positie in beeld brengen  |
| 1.6.12        | starten MDO's  |
| 1.7.12        | welke huisartsenpraktijken kunnen in 2 <sup>e</sup> tranche instromen (zeker nog 7 in 2012 i.v.m. beschreven resultaat), indien alles voorspoedig verloopt |
| 1.10.12       | start 2 <sup>e</sup> tranche   |
| 1.12.12       | evaluatie/bijstellen o.b.v procesindicatoren   |

### Ad 2. Methodiekontwikkeling

|                 |  |
|-----------------|--|
| 1.3.12 - 1.4.12 | expertteam definitief benoemen en in kaart brengen wat hun bijdrage kan zijn, hoeveel tijd beschikbaar voor project, beschrijven hoe we met elkaar communiceren, hoe frequent  |
| 1.3.12 – 1.4.12 | Financiële consequenties goed in beeld hebben en voorwaarden aanvraag module 'Zorg voor kwetsbare ouderen' helder hebben   |
| 1.3.12          | Format maken en per praktijk inventariseren hoeveel patiënten, kennis POH, aanwezige POH, verpleegkundig specialist, huisarts die kartrekker is, welke SOG inzetten, et cetera |

|                   |  |
|-------------------|--|
| 1.4.12 - 1.6.12   | volgens welke methodiek (screening/casefinding) gaan we ouderen in een kwetsbare positie in beeld brengen (onderzoek/probleeminventarisatie); bespreken met expertteam |
| 1.4.12 - 1.6.12   | Hoe stellen we kernteam samen? Wie maakt zorgbehandelplan? Hoe dient MDO samengesteld te zijn? Werkwijze MDO afstemmen.  |
| 1.4.12 - 1.10.12  | mogelijkheden DBC bekijken   |
| 1.6.12 - 31.12.12 | randvoorwaarde ICT; hoe kan ICT ons proces op de juiste wijze ondersteunen?  |

### Ad 3. Verbreding WWZ

Uiteindelijk dient er een snelle schakeling (korte lijnen) te zijn tussen eerstelijns zorg en wonen & welzijn. Via deze schakeling moeten niet-medische vragen direct doorgeleid worden naar de andere betrokken disciplines.

|                  |   |
|------------------|---|
| 1.4.12           | contact thuiszorginstellingen   |
| 1.5.12           | contact apotheken   |
| 1.4.12 – 1.10.12 | Pilot verbreding inzetten Wonen (via gemeente en woningbouwcorporaties) & Welzijn (welzijnsinstellingen) gemeente Peel en Maas  |
| 1.7.12           | afstemming VieCuri met klinisch geriaters   |
| 1.10.12 - 1.1.13 | bekijken mogelijkheden verbreding Wonen (via gemeente/woningbouwcorporaties) & Welzijn (welzijnsinstellingen) overige gemeenten |
| 1.1.13           | raakvlakken andere ketens bekijken en procedures vastleggen   |

### 2013

- 1.1.13 - 1.7.13 Instroom overige huisartsen
- 1.1.13 - 1.7.13 Doorzetten verbreding wonen en welzijn
- 1.12.13 Evaluatie en eventuele bijstelling
- 31.12.13 60% huisartsen betrokken, 80% ouderen in een kwetsbare positie in beeld
- Screeningsinstrumenten, ICT toepassingen, registratie en communicatie zijn geïmplementeerd.
- Er is consensus over wijze verbinding maken met wijkgericht werken, wonen en welzijn.
- Geïntegreerde ouderenzorg wordt kostendekkend aangeboden.

### 2014

- 1.1.14 - 1.7.14 Uitrol project
- 1.1.14 - 31.12.14 Optimaliseren verbreding wonen en welzijn
- 1.10.14 80% huisartsen betrokken, 90 ouderen in een kwetsbare positie in beeld
- Aantoonbare verbinding met wijkgericht werken, wonen en welzijn.
- Geïntegreerde ouderenzorg is een reguliere werkwijze in Noord-Limburg.

## Aandachtspunten gedurende voortgang

Hieronder staan een aantal zaken benoemd die zijn ervaren in de afgelopen 2 maanden en waar in de toekomst de benodigde aandacht naar uit dient te gaan.

### Algemeen

- Huisarts continue in de regio
- Jaarlijkse controle van medicatie bij chronische aandoeningen
- Informatievoorziening richting ouderen en hun omgeving verbeteren
- Het Huis voor de Zorg heeft de suggestie gegeven om de term kwetsbare ouderen te vervangen in: *ouderen in een kwetsbare positie*. Dit zullen wij ook zo hanteren.

### Samenwerken

- Werkafspraken; op welke manier wordt er gecommuniceerd, hoe is iemand bereikbaar?
- Goede consultatiemogelijkheden voor 1<sup>e</sup> lijn door huisartsen bij specialist ouderengeneeskunde
- Wie is wanneer hoofdbehandelaar/medebehandelaar? – goede afspraken maken
- Huisartsenpraktijk moet goed overzicht hebben van sociale kaart in de eigen regio  
Op lokaal niveau kan de afstemming tussen de 1<sup>e</sup> lijnszorg en het lokaal loket of WMO-loket verbeterd worden

### Opleiding

- Instrueren en begeleiden van verplegenden, verzorgenden en mantelzorgers m.n. bij de signaleringsfunctie.
- Inzetten op het opleiden van POH's die zijn toegerust voor casemanagement binnen de ouderenzorg (bv. een leergang ouderenzorg die samen met huisarts (gedeeltelijk) te volgen is)
- Medicatie die als 'zo nodig' wordt voorschreven door huisarts, wordt vaak helemaal niet toegediend aan ouderen door verzorgende.
- Kennisniveau van verzorgende is (te) laag m.b.t. steeds complexer wordende zorg rondom ouderen.
- Inschatting van verzorgende wanneer wel of niet een huisarts geconsulteerd dient te worden is moeilijk. Hierdoor vindt vaak onnodig een visite plaats.

### Voorkeuren

- Meer taakdelegatie van huisartsenzorg
- Voorkeur = verpleegkundig specialist die kennis heeft van huisarts (medisch) en wijkverpleegkundige (zorg); deze persoon beheerst beide gebieden
- Verpleegkundig specialisten meer preventief inzetten overdag om zo huisartsen en huisartsenposten (avond, nacht en weekenden) te kunnen ontlasten
- 1 centraal aanspreekpunt in een regio waar signalen afgegeven kunnen worden m.b.t. ouderen, proces, aandachtsgebieden, sociale steunstructuren, et cetera

### ICT

- Tijdrovend is het in zorgdossier registreren van bevindingen/acties tijdens of na visites. Ideaal zou zijn om dit te doen op een IPAD met snelle internetverbinding ter plekke, na het opschrijven in fysiek zorgplan, zodat niet achteraf patiënt in zorgdossier opgeroepen hoeft te worden.