



Ouderenzorg nu en in de toekomst

Uitwerking van onze visie op de integrale ketenzorg voor (kwetsbare) ouderen

OHRA Direct geregeld

N nationale nederlanden

Versie	Datum publicatie	Toevoeging / wijziging	Pagina	Reden
1.0	24-05-2018	In de 2e alinea de verwijzing naar het inkoopbeleid Eerstelijns paramedische zorg opnemen.	12	De verwijzing naar het inkoopbeleid Eerstelijns paramedische zorg zijn we vergeten op te nemen.

Inhoudsopgave

1 Aanleiding	4
2 Visie op integrale ketenzorg voor (kwetsbare) ouderen	5
2.1 De integrale keten voor (kwetsbare) ouderen	6
2.2 Geen zorgvraag, wel welzijn	8
2.3 Reguliere zorgvraag en welzijn	9
2.4 Crisissituatie	11
2.5 Conclusie	12

1 Aanleiding

CZ groep heeft op 1 april 2017 zijn beleidsvisie **‘Ouderenzorg nu en in de toekomst’** gepubliceerd. Hierin staat beschreven waarom we moeten kijken naar andere manieren om de zorg te organiseren, zodat het zorgsysteem ook in de toekomst houdbaar en betaalbaar blijft. In die beleidsvisie staat beschreven hoe we de focus willen leggen op het organiseren van een integrale zorgketen, hoe we de borging van veiligheid en zelfredzaamheid zien en welke interventies mogelijk zijn wanneer er een mismatch ontstaat tussen vraag en aanbod in de regio. Nu, een jaar later, is het tijd om een verdiepingsslag te maken door het organiseren van een integrale zorgketen via een netwerk van zorgaanbieders en andere relevante organisaties rondom (kwetsbare) ouderen en mantelzorgers.

De grote complexiteit van de zorgbehoefte van (kwetsbare) ouderen vereist dat iedere schakel doet waar hij in gespecialiseerd is. Het vraagt om een samenwerking om de ouderen en de mantelzorgers heen, waarin verschillende partijen hun specialisme inzetten, onderling het aanbod zeer consequent en gedisciplineerd afstemmen en de behoefte van de (kwetsbare) ouderen centraal stellen. Alleen dan werkt de zorgketen als een geïntegreerd, samenwerkend zorgcontinuüm en worden complicaties

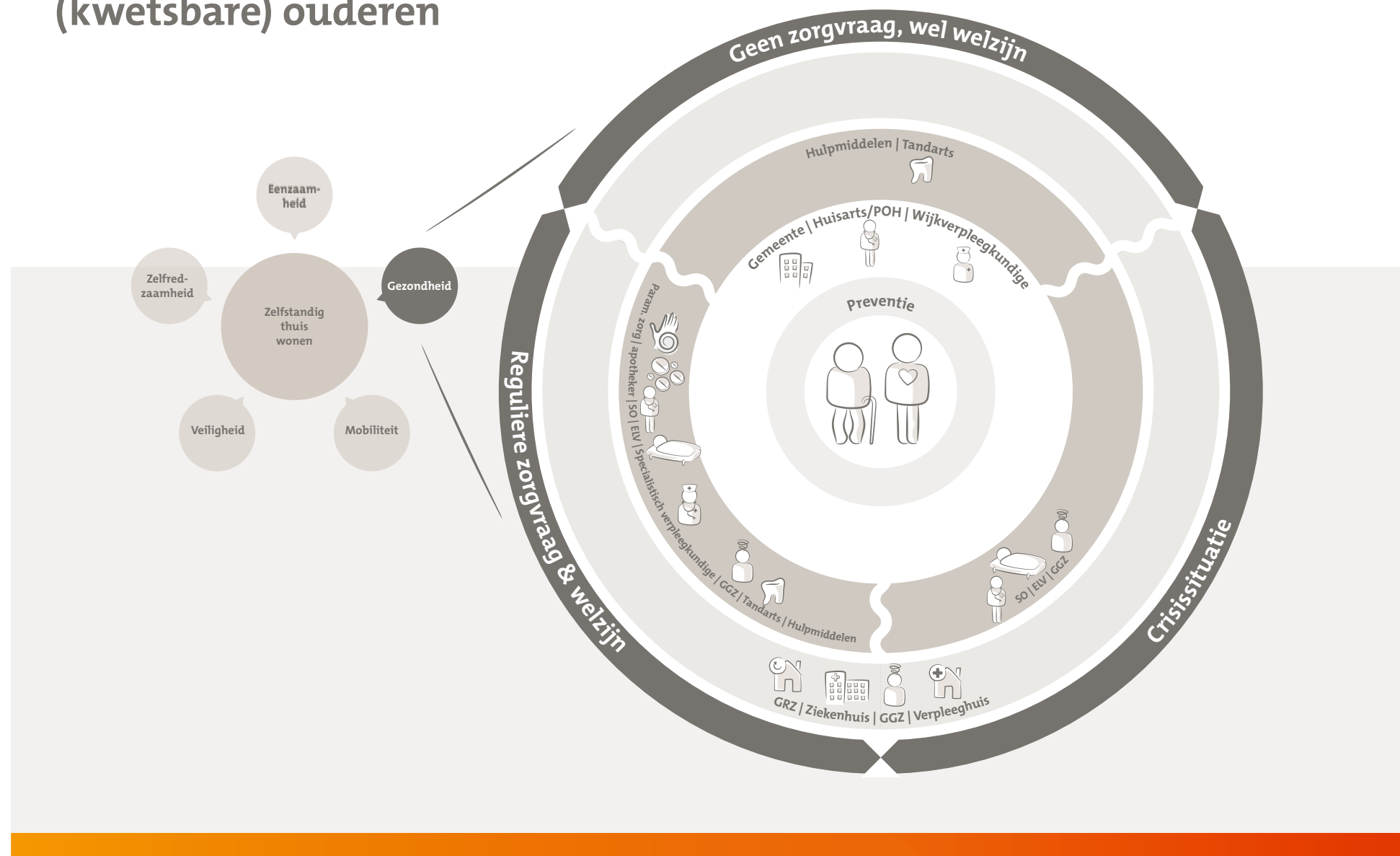
in de zorgverlening voorkomen. Zorg en/of ondersteuning moeten tijdig op de juiste plek plaatsvinden en door de juiste zorgaanbieder worden uitgevoerd. Deze uitdaging gaan we graag aan met netwerken van zorgaanbieders en andere relevante organisaties om te komen tot een integrale keten voor (kwetsbare) ouderen.

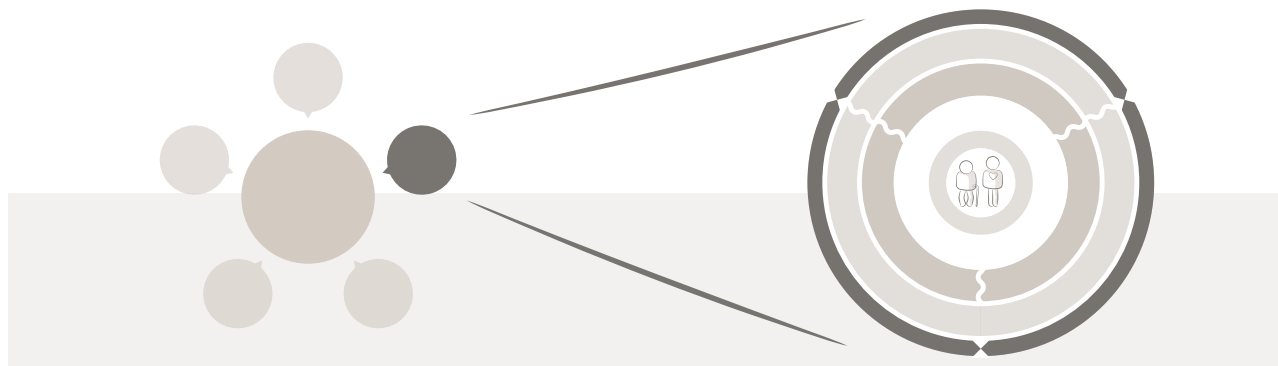
CZ groep contracteert de zorg sectoraal, waardoor misschien niet altijd in de regio herkenbaar is vanuit welk totaalperspectief wij denken. Met onder meer onze visie, dit verdiepingdocument en regionaal overleg met stakeholders over de zorg, brengt CZ groep meer transparantie aan in de onderlinge samenhang in het beleid van de verschillende sectoren op het gebied van ouderenzorg. Hiermee willen wij een goede samenwerking in de keten faciliteren. Daarbij leggen we de focus op de verbindingen tussen de verschillende zorgsoorten om het beleid rondom ‘zo lang mogelijk verantwoord thuis wonen’ te realiseren. Om onze visie te laten slagen, beperken we ons niet alleen tot de Zorgverzekeringswet. We gaan waar nodig ook het gesprek aan over de inhoud van de zorg en de financiering met gemeenten en met de verpleeghuizen, al dan niet via het zorgkantoor.

Leeswijzer

In dit document scherpen wij onze visie op de integrale zorgketen voor (kwetsbare) ouderen in Nederland aan. Hier willen we **de komende 5 jaar** naartoe werken. Deze visie is mede tot stand gekomen door (inkoop)gesprekken met Zorgbelang en met verschillende partijen in de ketens over de levering van zorg aan (kwetsbare) ouderen en de knelpunten die ze hierbij ervaren. Het document is bedoeld als preambule bij ons zorginkoopbeleid.

2 Visie op integrale ketenzorg voor (kwetsbare) ouderen





Ons streven is om mensen zo lang mogelijk verantwoord zelfstandig te laten wonen. Met regie over hun eigen leven en zo nodig met zorg en ondersteuning. Naast de gezondheidszorg spelen meerdere aspecten een rol bij het langer zelfstandig en verantwoord thuis wonen, zoals (het gevoel van) veiligheid, zelfredzaamheid, voorkomen van eenzaamheid en mobiliteit.¹

De rol van CZ groep ligt vooral op het aspect gezondheid², maar we kopen ook zorg en ondersteuning in die de andere domeinen raken. In het kader van veiligheid kopen we bijvoorbeeld valpreventie, medicatiebeoordelingen en hulpmiddelen in.

¹ Bron figuur: 2017, WHO. Global Age-friendly Cities: A Guide. & Philips Care Management.

² Het aspect gezondheid zien wij niet als de afwezigheid of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Wij volgen hierbij het concept positieve gezondheid van Machteld Huber. www.allesisgezondheid.nl, geraadpleegd op 26-02-2018.

In dit document richten we ons op het domein gezondheid. We onderscheiden hier drie situaties waarin (kwetsbare) ouderen en hun mantelzorgers zich kunnen bevinden:

1. ze hebben geen zorgvraag, maar maken (soms) gebruik van welzijnszorg;
2. ze maken op reguliere basis gebruik van zorg en welzijn;
3. er is sprake van een crisissituatie.

In de tijd kan het verschillen in welke situatie de (kwetsbare) ouderen en de mantelzorgers zich bevinden.

Preventie is onlosmakelijk verbonden met alle drie de situaties. Denk hierbij aan Advanced Care Planning (ACP), vroegsignalering, medicatiebeoordeling en wijkgerichte preventie.

Om dit alles op een goede, naadloze manier te kunnen organiseren, moeten alle partners in de regio samenwerken op het gebied van ouderenzorg. Alle onderdelen van de zorgketen moeten zorg leveren:

- met oog voor eigen regie;
- die van goede kwaliteit is;
- die voldoende beschikbaar is;
- die aansluit bij de behoefte van de (kwetsbare) ouderen en de mantelzorgers.

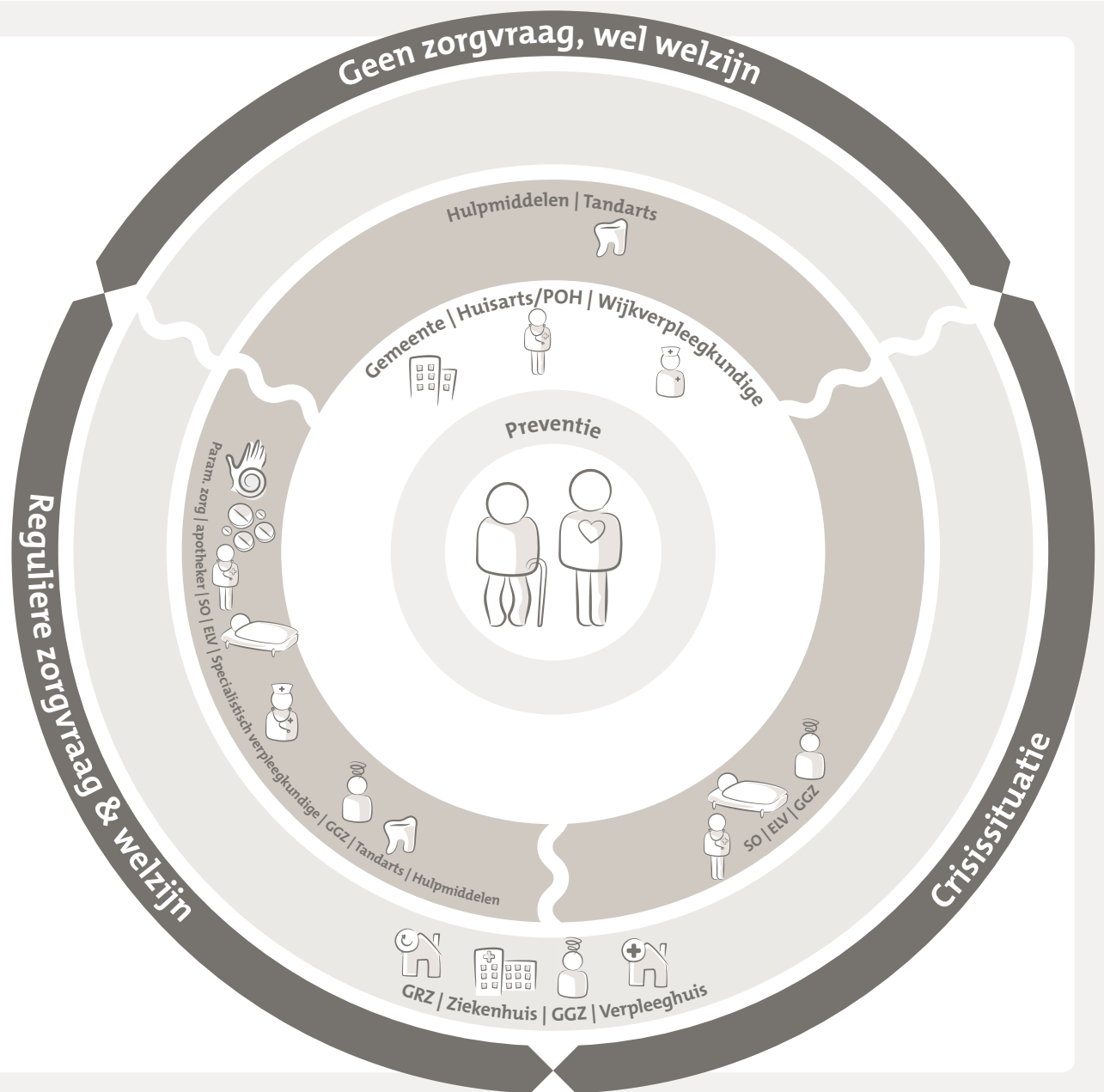
CZ groep wil zorgaanbieders stimuleren om dit samen met ons te doen, zodat (kwetsbare) ouderen de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. In de volgende paragrafen lichten we nader toe wat er de komende 5 jaar minimaal geïmplementeerd moet worden om de keten voor ouderenzorg optimaal te laten functioneren.

2.1 De integrale keten voor (kwetsbare) ouderen

Zoals aangegeven in de beleidsvisie **‘Ouderenzorg nu en in de toekomst’** is het cruciaal dat zorgaanbieders zich verenigen in een netwerk. Zij kiezen een integrator³ uit hun midden die samen met de andere partners de keten voor ouderenzorg procesmatig, organisatorisch en inhoudelijk inricht. CZ groep heeft nagedacht over een aantal minimale voorwaarden om de integrale keten optimaal te laten functioneren. Deze zijn weergegeven in het figuur op de volgende pagina.

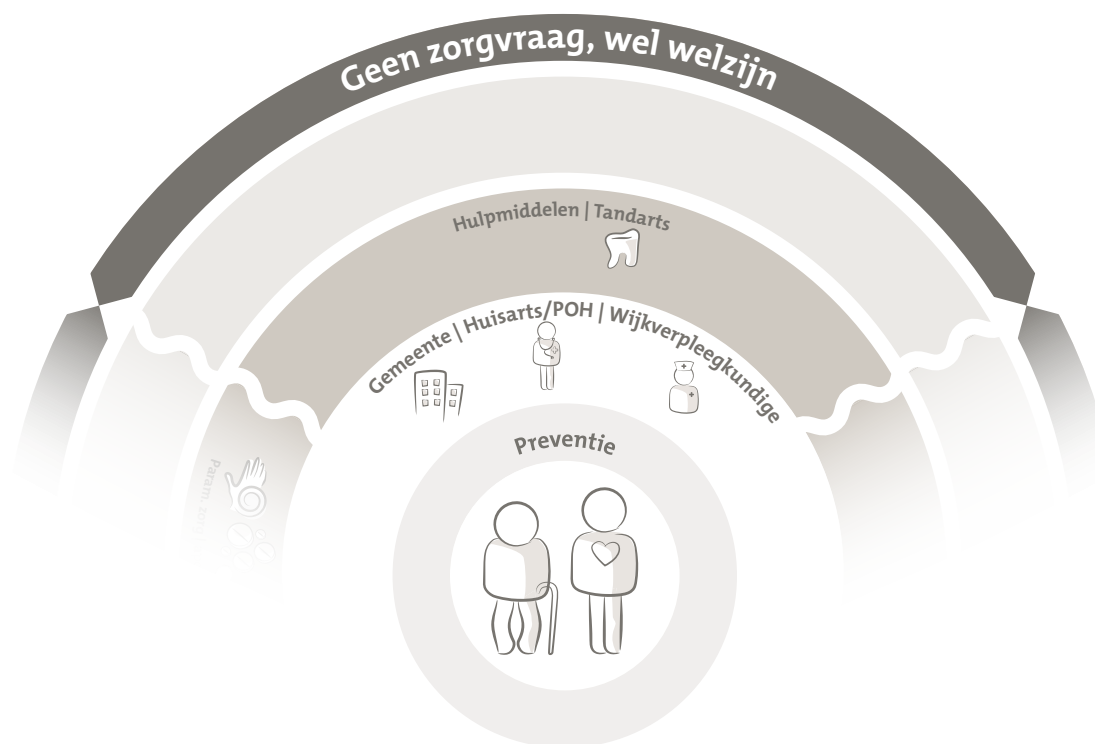
³ Een integrator is iemand die ervoor zorgt dat alle zorgaanbieders en andere relevante organisaties uit het netwerk samenwerken om te komen tot een integrale keten voor (kwetsbare) ouderen in de regio die voldoet aan de minimale voorwaarden in dit visiedocument.

1. Bij het leveren van zorg en ondersteuning staan de (kwetsbare) ouderen en de mantelzorgers centraal. Hierbij wordt onder andere rekening gehouden met eigen regie, zelfredzaamheid, samen beslissen en zorg en ondersteuning die aansluiten bij de behoeften van de (kwetsbare) ouderen.
2. Er is voldoende afstemming en samenwerking tussen de partijen in de keten:
 - a. Alle relevante partijen (onder meer huisarts, gemeente, VVT, ziekenhuis, GGZ) zijn een integrale aanpak overeengekomen over vroegsignalering, crisisopvang, vlotte doorstroming, en observatie en diagnostiek van (kwetsbare) ouderen.
 - b. Er zijn uitgewerkte zorgpaden beschikbaar over de hele keten heen voor de meest voorkomende aandoeningen, zoals CVA, dementie en trauma.
3. De zorgaanbieders in de keten moeten voldoende opnamecapaciteit hebben om (kwetsbare) ouderen te plaatsen die (tijdelijk) behoefte hebben aan opname. Als de (kwetsbare) oudere permanent verblijft in het verpleeghuis, moet het mogelijk zijn dat de partner ook meegaat.
4. Er is een digitaal informatie-uitwisselingsysteem in de keten, eventueel via centrale aansturing.
5. De regio heeft een 'early warning system' en een interventie-systeem:
 - a. Er is minimaal een groepje van verschillende zorgaanbieders uit de regio benoemd dat in geval van een dreigende crisis (zoals een tekort aan bedden of personeel, of bij een griep epidemie) bij elkaar komt om de crisis op te lossen.
 - b. Regio's hebben noodplannen klaarliggen en deze zijn bekend en toegankelijk voor alle stakeholders.
6. Er is aandacht voor zorgvernieuwing en de implementatie van e-health-toepassingen in de keten.



2.2 Geen zorgvraag, wel welzijn

(Kwetsbare) ouderen wonen thuis zonder dat ze gebruik maken van formele zorg. Daarbij is het belangrijk dat de gemeente waar nodig zorgt voor welzijnszorg, zoals preventie, dagbesteding, huishoudelijke hulp, mantelzorgondersteuning, et cetera. Daardoor kunnen de ouderen zo lang mogelijk zelfstandig en veilig thuis blijven wonen. De huisarts, de praktijkondersteuner (POH) en de wijkverpleegkundige hebben hierbij ook een rol. Zij signaleren welke ouderen kwetsbaar zijn en zetten daar indien nodig preventieve maatregelen voor in. De minimale voorwaarden voor deze situatie zijn opgenomen in nevenstaande figuur:



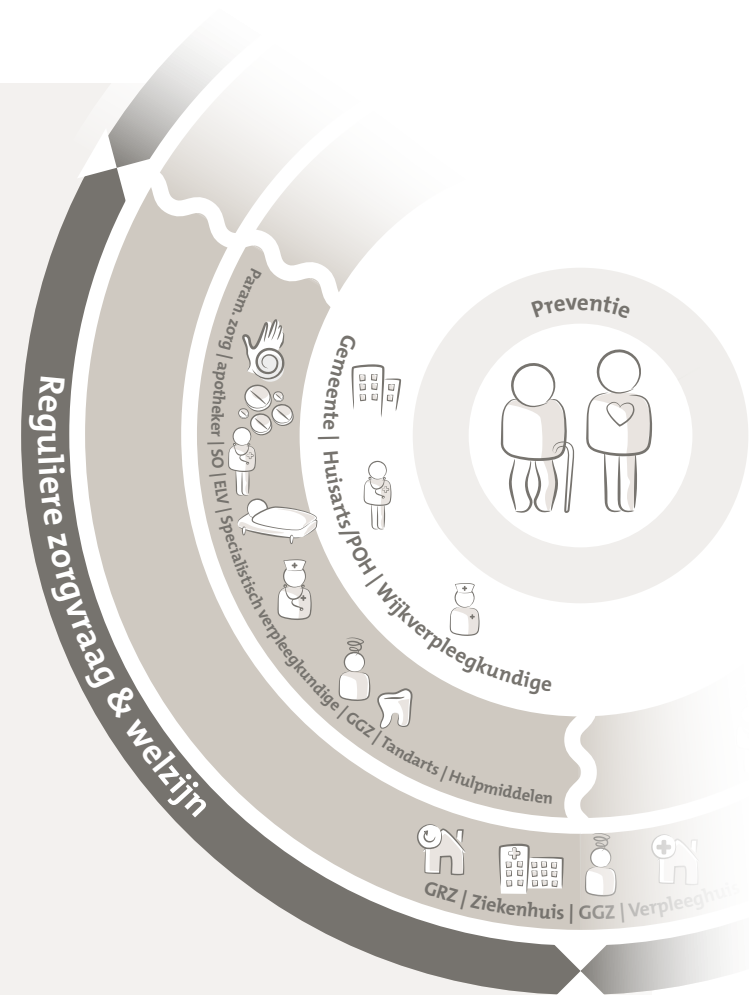
1. Welzijnszorg zonder medische zorgvraag wordt geleverd door de relevante stakeholders, onder meer de gemeente en de woningcorporaties:
 - a. Er is respijtzorgopvang beschikbaar voor mensen bij wie de mantelzorger wegvalt of een time-out nodig heeft.
 - b. Er is een aanbod van daginvulling voor thuiswonende ouderen.
 - c. Er is een aanbod van huishoudelijke hulp voor wie dat nodig heeft.
 - d. Er worden woningaanpassingen uitgevoerd voor wie dat nodig heeft.
 - e. Er is een spoedprocedure om mensen in geval van nood binnen een dag de benodigde Wmo-zorg en ondersteuning te kunnen bieden.
 - f. Er is een passend woningaanbod voor ouderen binnen de gemeente (waaronder (ex-)GGZ-patiënten en verslaafden).
 - g. Er wordt schuldhulpverlening georganiseerd.
 - h. Er is aandacht voor het informele netwerk, zoals inloopvoorzieningen waar ouderen elkaar kunnen ontmoeten en wehelpen.nl.
2. Er is minimaal een gezamenlijke aanpak (huisarts, wijkverpleging, Wmo) op preventie, waarbij aandacht is voor vroegsignalering, medicatiebeoordeling en wijkgerichte preventie voor (kwetsbare) ouderen. Advanced Care Planning (ACP) kan hiervoor een geschikt instrument zijn.
3. Hulpmiddelen kunnen een bijdrage leveren aan de ondersteuning van onder meer zelfredzaamheid, veiligheid en mobiliteit voor (kwetsbare) ouderen.

2.3 Reguliere zorgvraag en welzijn

Bij het ontstaan van een medische zorgvraag moet er toegang zijn tot de juiste zorg, zoals huisartsenzorg en/of wijkverpleegkundige zorg. De huisarts en de

wijkverpleegkundige werken volgens het generalisten-model en beschikken over brede kennis van ziekte-(processen). Wanneer zij specialistische kennis nodig hebben, moet dit 24/7 beschikbaar zijn. De minimale voorwaarden voor deze situatie zijn opgenomen in onderstaande figuur.

1. Samenwerking in de keten:
 - a. Alle kwetsbare ouderen krijgen ACP door een van de zorgaanbieders uit het netwerk.
 - b. Er is een gezamenlijk MDO⁴ waarin kwetsbare ouderen worden besproken.
 - c. De professionals in de eerste lijn hebben zorgpaden uitgewerkt rondom veelvoorkomende situaties (als onderdeel van de integrale zorgpaden, zie paragraaf 2.1 onder 2b).
 - d. Er is een transmurale zorgbrug⁵ ingesteld, waarbij in ieder geval het volgende georganiseerd is:
 - vóór opname in het ziekenhuis vindt overdracht plaats vanuit de betrokken zorgaanbieders in de eerste lijn, mits de wijkverpleegkundige, de huisarts of de POH al betrokken is bij de hulpverlening.
 - voorafgaand aan het ontslag uit het ziekenhuis wordt de wijkverpleegkundige, de huisarts of de POH betrokken bij de zorg die na thuiskomst moet worden georganiseerd.
 - e. Als (kwetsbare) ouderen ontslagen worden uit het ziekenhuis, dan zorgt het ziekenhuis in ieder geval dat de ontslagbrief binnen 24 uur bij de huisarts is. Daarnaast geeft het ziekenhuis alle relevante documentatie aan de (kwetsbare) ouderen mee, zodat de zorgaanbieder direct de noodzakelijke zorg kan leveren.
2. Beschikbaarheid van specialistische kennis en opnamecapaciteit:
 - a. Er is een regionaal coördinatiepunt, dat bestaat uit minimaal één telefoonnummer waar zorgaanbieders terecht kunnen met adviesvragen aan de specialist ouderengeneeskunde en een actueel inzicht in vrije respijt-, ELV- en GRZ-bedden. In de optimale situatie is het ook mogelijk voor de huisarts om advies te vragen aan een andere (medisch) specialist.
 - b. In de regio is er GGZ-expertise beschikbaar. Deze kan bijvoorbeeld georganiseerd worden door de FACT-teams en/of de afdeling ouderenpsychiatrie aan te laten sluiten bij de wijkteams.
 - c. In de regio zijn voldoende respijtzorgbedden beschikbaar voor vervangende mantelzorg, voldoende ELV-, GRZ- en GGZ-bedden om (kwetsbare) ouderen tijdelijk op te nemen ter observatie en/of behandeling, en voldoende Wlz-bedden voor als structurele terugkeer naar huis niet meer mogelijk is.
 - d. Zorgaanbieders in de keten hebben minimaal aandacht voor het voorkomen van eenzaamheid, geneesmiddel gerelateerde problemen, voeding, valpreventie en (dagelijkse) mondzorg.
3. Passend Wlz-aanbod beschikbaar:
 - a. Wanneer mensen thuis willen blijven wonen, behoort een VPT of MPT tot de mogelijkheden, ook als iemand niet in een aanleunwoning woont.
 - b. Er is voldoende capaciteit beschikbaar voor het opnemen van Wlz-cliënten, eventueel samen met hun partner. De toegang (indicatie) is de verantwoordelijkheid van het CIZ.



- ⁴ CZ groep wil niet voorschrijven welke zorgaanbieders moeten deelnemen aan het MDO. De regio's moeten hier gezamenlijk afspraken over maken. Sommige regio's hebben al ervaring opgedaan met het gezamenlijk MDO en daarin zitten de huisarts/POH, de wijkverpleegkundige, de Wmo-consulent en de specialist ouderengeneeskunde en/of geriater uit het ziekenhuis.
- ⁵ De Transmurale Zorgbrug slaat een brug tussen professionals in ziekenhuizen en professionals in de eerstelijnszorg. Dit zorgt voor ondersteuning bij de begeleiding van kwetsbare ouderen die na een ziekenhuisopname weer thuis komen. De Transmurale Zorgbrug richt zich op meer functiebehoud en zelfstandigheid van ouderen na ontslag uit het ziekenhuis. <http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-transmurale-zorgbrug.html>, geraadpleegd op 26-02-2018.

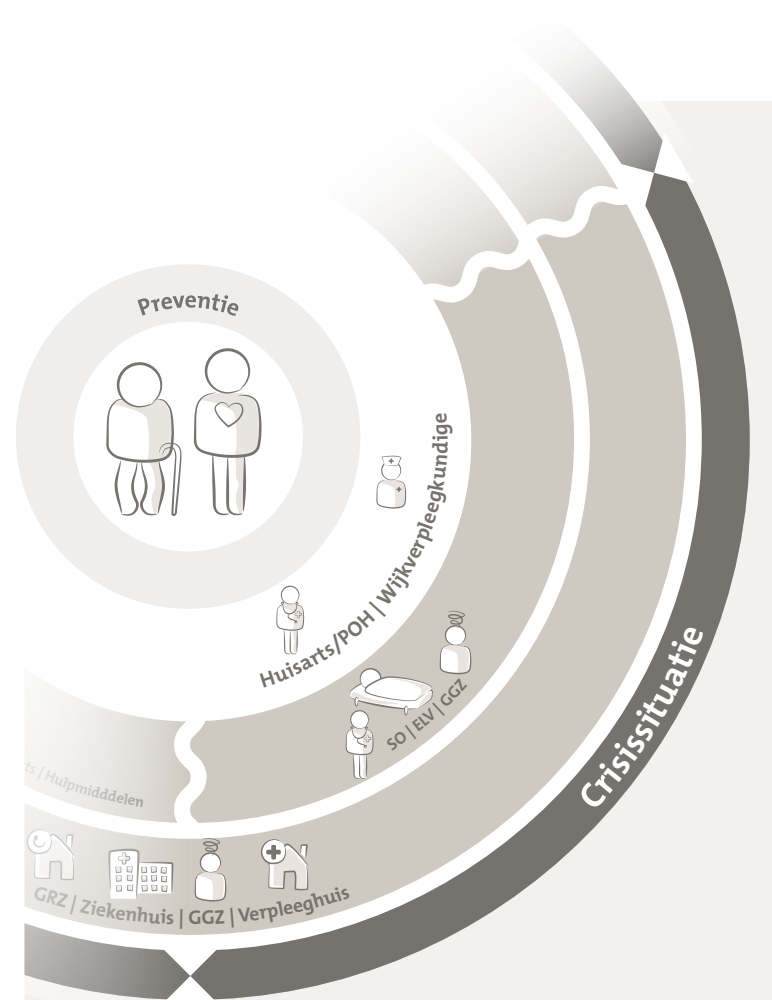
2.4 Crisissituatie

In crisissituaties is er 24/7 direct kennis én zo nodig zorg en ondersteuning thuis en/of in een instelling beschikbaar om de huisarts te ondersteunen en SEH-opname te voorkomen. Het is belangrijk dat goed wordt ingeschat welke plek voor de (kwetsbare) oudere het best passend is. Als de crisis voorbij is, kan de (kwetsbare) oudere weer terug naar huis, al dan niet met formele zorg of hij wordt opgenomen in een verpleeghuis.

Het gaat hier niet om een acute zorgvraag.⁶ De minimale voorwaarden voor deze situatie zijn opgenomen in nevenstaande figuur.

⁶ Bij acute zorg gaat het om gezondheidsproblemen die directe zorgverlening vereisen, zoals het breken van een heup. RVZ, Acute Zorg, 2003. Voor crisiszorg hanteren we in onze visie de definitie zoals die in de Wlz gebruikelijk is: 'Onder situaties waar onmiddellijke verlening van zorg noodzakelijk is, wordt verstaan: a. Een plotselinge wijziging in de gezondheidssituatie (aandoeningen, stoornissen, beperkingen) van een cliënt in de thuissituatie of van de informele hulp (wegvallen mantelzorg); b. die leidt tot een substantieel andere inhoud (functie en/of plaats) en omvang van de benodigde zorg (waarbij de verzwaarde zorgbehoefte naar verwachting blijvend is); c. waarbij het noodzakelijk is om opname binnen 24 (voor VV) tot 48 (voor GGZ) uur in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's of ander gevaar voor de cliënt en/of zijn gezin en/of woonomgeving te voorkomen. (Normen komen voort uit NZa beleidsregels).' ZN. Bijlage 6 crisiszorg in de Wlz, juni 2016, pagina 5.

1. 24/7 direct kennis én zo nodig zorg beschikbaar:
 - a. Er is een regionaal coördinatiepunt beschikbaar (zie paragraaf 2.3 onder punt 2a) voor huisartsen, huisartsenposten, ziekenhuizen, een crisisdienst GGZ voor adviesvragen en een actueel inzicht in vrije respijt-, ELV- en GRZ-bedden en Wlz-crisisbedden (waarbij die bedden zo veel mogelijk geclusterd zijn). In de optimale situatie vindt vanuit dit regionaal coördinatiepunt sturing plaats naar de beschikbare voorzieningen.
 - b. Er moet voldoende opnamecapaciteit beschikbaar zijn voor diagnostiek en observatie voor (kwetsbare) ouderen waarbij de diagnose nog niet (volledig) is gesteld of van wie het vervolgtraject nog niet bekend is. Zo worden kwetsbare ouderen doorgestuurd naar de juiste zorgaanbieder en ontvangen zij de juiste zorg.



2.5 Conclusie

Zorgaanbieders staan voor grote uitdagingen. Zij moeten onder meer invulling geven aan de maatschappelijke problemen die gepaard gaan met de vergrijzing, arbeidsproblematiek en beperkingen vanuit de huidige wet- en regelgeving. CZ groep wil met dit document alle partners handvatten bieden om in de regio aan de slag te gaan met het implementeren van de integrale keten voor (kwetsbare) ouderen, rekening houdend met de ‘couleur locale’.

We gaan met zorgaanbieders het gesprek aan om samen te komen tot een regionale integrale keten voor (kwetsbare) ouderen. We hebben per regio in beeld gebracht welke minimale voorwaarden uit dit document daar al geïmplementeerd zijn. Aan de hand daarvan hebben we een aantal speerpunten benoemd, die tot uitdrukking komen in het zorginkoopbeleid per sector. Denk daarbij aan het opzetten van een transmurale zorgbrug, de implementatie van regionale coördinatiepunten en de (administratieve) ontlasting van huisartsen. Tijdens de inkoopgesprekken bekijken we per regio waar we voor 2019 mee aan de slag gaan. Op onze website vindt u het zorginkoopbeleid van de specifieke sectoren **huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en huisartsen-dienstenstructuren, wijkverpleging, medisch specialis-tische zorg, Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatie-zorg, Eerstelijns paramedische zorg, Farmacie** en **GGZ**. Het zorginkoopbeleid V&V Wlz is te vinden op de **website van het CZ zorgkantoor**.

Daarnaast organiseren we via onze afdeling ‘Regie in de regio’ samenwerking tussen partners in de regio om inwoners gezonder te houden. Een van de aandachts-

gebieden is de zorg voor (kwetsbare) ouderen. Wij willen dat we zorg kunnen bieden die ze écht nodig hebben. Dichtbij, van hoge kwaliteit en passend bij hun zorgvraag. Zo denken wij toekomstbestendige zorg rondom (kwetsbare) ouderen mede vorm te kunnen geven.

We zijn ons ervan bewust dat het een grote uitdaging is en vragen alle partners om met elkaar tot oplossingen te komen. Soms zullen we daarvoor buiten de gebaande paden moeten treden met respect voor elkaars rollen en verantwoordelijkheden. Zorgaanbieders in het hele land zetten goede stappen op weg naar een integrale keten voor ouderenzorg. CZ groep stimuleert deze ontwikkelingen waar mogelijk en helpt zorgaanbieders om te komen tot een integrale keten voor (kwetsbare) ouderen. Zo bewandelen we samen deze boeiende en complexe weg naar betere en integrale zorg voor (kwetsbare) ouderen.



Alles voor betere zorg