

ROS



netwerk



CONCEPT
NOG VOOR INTERN
GEBRUIK

Bouwstenen Ouderenzorg

Voor ROS-adviseurs die werken aan geïntegreerde
ouderenzorg in de wijk

Bouwstenen Ouderenzorg

1
Stappenplan gestructureerde zorg
voor kwetsbare ouderen

2
Stappenplan opzetten van een
multidisciplinair netwerk in de wijk

Inleiding

Beste ROS-adviseur,

In deze uitgave vind je de twee bouwstenen Ouderenzorg die gemaakt zijn door het ROS-netwerk ouderen. De inhoud is tot stand gekomen met behulp van vele bronnen.

De eerste bouwsteen is een stappenplan die je kunt gebruiken om de eerstelijnszorgverleners te helpen bij het opzetten van gestructureerde zorg voor kwetsbare ouderen.

De tweede bouwsteen is een stappenplan voor het opzetten van een multidisciplinair netwerk in de wijk.

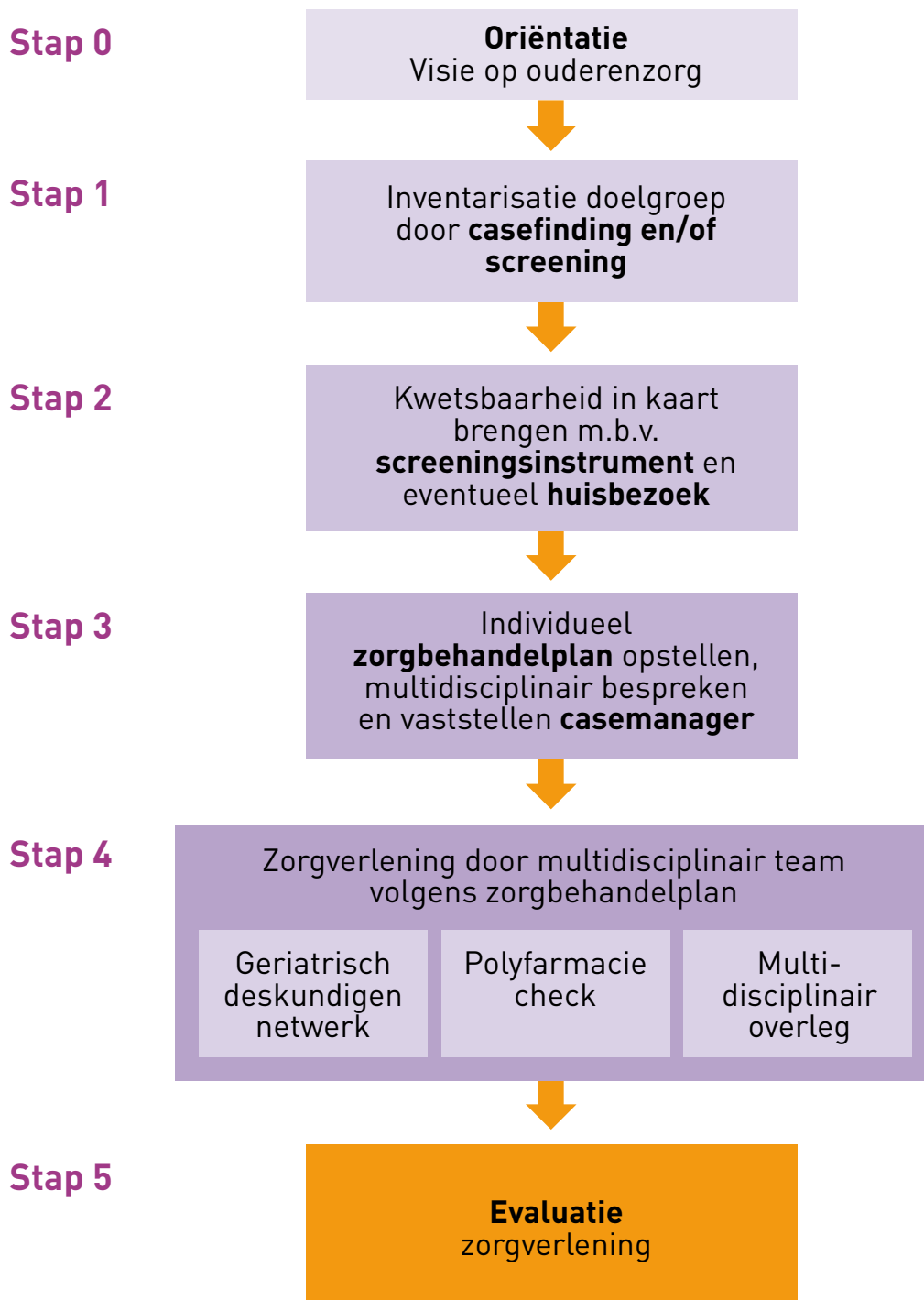
De stappenplannen worden ook als kaart gedrukt en kan je uitdelen aan je klanten of stakeholders. Naast deze folder is ook een productenkoffer ontwikkeld en kan je aanmelden voor het digitale ROS-netwerk ouderenplatform.

december 2013

Namens het ROS-netwerk ouderenzorg,

Jolanda van Kesteren
Anniek Appelman
Adrie Schimmel
Pien van Langen

Gestructureerde zorg voor kwetsbare ouderen vanuit de eerstelijnszorgpraktijk



1 Toelichting stappenplan gestructureerde zorg voor kwetsbare ouderen vanuit de eerstelijnszorgpraktijk

Doel stappenplan

Dit stappenplan is bedoeld als handvat voor de ROS-adviseur die een eerstelijns zorgpraktijk ondersteunt bij het opzetten van proactieve kwetsbare ouderenzorg. In de praktijk kan het aangepast worden aan de lokale situatie en afspraken. Proactief wil zeggen dat de gezondheidsrisico's in kaart gebracht worden en er interventies worden aangeboden, gericht op het voorkomen van verdere problemen in functioneren en welzijn. Hierbij wordt uitgegaan van de wensen, problemen en mogelijkheden van de oudere en zijn eventuele mantelzorgers.

Voor kwetsbaarheid (of frailty) worden diverse definities gehanteerd. Binnen het ROS-netwerk wordt aangesloten bij de definitie van de LHV die kwetsbaarheid beschrijft als gelijktijdige afname op meer gebieden (domeinen) 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. Kwetsbaarheid ontstaat niet alleen door gezondheidsproblemen en de daaruit voortkomende beperkingen, maar ook door de mate waarin mensen beschikken over sociale vaardigheden, financiële middelen en een sociaal netwerk.

Het stappenplan kan op 2 manieren worden gebruikt:

- De stappen tijdens het zorgproces worden, bij een eerste gesprek over ouderenzorg, met de zorgverlener doorlopen. Dit kan een huisarts zijn, maar ook een andere eerstelijnsprofessional, zoals de praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige. Vaak fungeert de huisarts als centraal aanspreekpunt. Door het stappenplan te doorlopen wordt duidelijk wat er nodig is om ouderenzorg gestructureerd op te zetten.

- Het stappenplan kan ook ondersteuning bieden bij het schrijven van een plan van aanpak. Het is belangrijk om in de praktijken een visie op ouderenzorg te formuleren, het liefst met meerdere disciplines samen. Dit kan ondersteunen in het opbouwen van een netwerk.

De verschillende instrumenten die gebruikt kunnen worden zijn te vinden in de productenkoffer ouderenzorg, waar nog meer achtergrondinformatie te vinden is.

Doelgroep stappenplan

Het stappenplan is bedoeld voor de ROS adviseur, maar kan ook van belang zijn voor de eerstelijns professional.

Stap 0 Oriëntatie

In deze fase is het belangrijk om de visie op de zorg voor kwetsbare ouderen helder te krijgen en wat de komende tijd opgepakt gaat worden. De Geïntegreerde Gebieds Analyse kan hierbij een hulpmiddel zijn. Ook de informatie over het opzetten van een netwerk in de wijk is relevant. Zie hiervoor het product "Stappenplan voor het opzetten van een multidisciplinair netwerk in de wijk".

Rol ROS adviseur

Bespreken van:

- Het belang van een heldere visie op ouderenzorg en
 - Het belang van casefinding en/of screening aanbevelen om goed aan te kunnen sluiten op ondersteuning van de kwetsbare ouderen.
 - De organisatie en uitvoering van het zorg behandelplan
 - Het opzetten van een netwerk.
 - Financiering
- N.B. geadviseerd wordt de NHG-praktijkwijzer ouderenzorg als handvat binnen de huisartspraktijk te hanteren.

Stap 1 Inventarisatie doelgroep door casefinding en/of screening

De inventarisatie van de doelgroep wordt met de huisarts besproken. Er wordt afgesproken wat de leeftijdsgrens is vanaf waar de oudere in kaart gebracht wordt. In de regel zijn dat de ouderen van 75+ en de ouderen die 65 jaar of ouder zijn en meerdere complexe problemen hebben. Op basis van populatiekenmerken kan hier natuurlijk vanaf geweken worden.

Casefinding gebeurt op basis van de bevindingen van de huisarts en vindt continu plaats. De oudere waarvan vermoed wordt dat hij kwetsbaar is, wordt doorverwezen naar de praktijkondersteuner huisartsen (POH) ouderenzorg of wijkverpleegkundige.

Screening kan door de POH ouderenzorg of wijkverpleegkundige gedaan worden en gebeurt op basis van objectieve criteria en met behulp van een screeningsinstrument. Er kunnen verschillende methoden toegepast worden.

Er is geen evidence welke methode de voorkeur heeft:

- Objectieve screening van alle ouderen binnen de praktijk. Voordeel hiervan is dat alle kwetsbaren gesignaleerd worden en hiermee de praktijk op orde komt. Nadeel is dat dit een grote investering vergt.
- Screening van een geselecteerde groep. Hierbij kan een onderverdeling gemaakt worden van de ouderen in de praktijk 3 groepen:
 - Zeker kwetsbaar
 - Zeker niet kwetsbaar
 - Onbekend

Vervolgens kan gescreend worden bij de groep onbekend. En kan met de groep zeker kwetsbaar verder gegaan worden met stap 2. De kwetsbare ouderen worden gemarkeerd in het HIS. ICPC code A 05 voor kwetsbare ouderen, ICPC code P 70 voor mensen met dementie .

De problemen worden op deze wijze tijdig gesignaleerd en het zorgaanbod wordt daardoor beter afgestemd op de behoefte van de oudere.

Rol ROS adviseur

Alle bovengenoemde stappen doornemen met de betrokkene. Bij onduidelijkheden per stap ondersteunen.

² Informatie wijkscan <http://www.lvg.org/leden/regionale-ondersteuningsstructuren/ros-wijkscan-2>

³ Zie hiervoor NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg

Stap 2 Kwetsbaarheid in kaart brengen met behulp van screeningsinstrument en eventueel huisbezoek

Na de casefinding en/of de screening wordt voor een groot deel van de doelgroep duidelijk of de oudere wel of niet kwetsbaar is en of er sprake is van complexe problematiek.

Instrument

Voor de ouderen waar niet zeker van is of zij kwetsbaar zijn, ga je met behulp van een gevalideerd screeningsinstrument de kwetsbaarheid bepalen. Voor de groep waarvan zeker is dat zij kwetsbaar zijn kan het zelfde instrument gebruikt worden om te bepalen op welke domeinen de ouderen kwetsbaar is.

Met de betrokkenen moet dus besproken worden welk screeningsinstrument en -methodiek gebruikt gaat worden. Voorkeur om in een regio hetzelfde instrument te gebruiken. Andere mogelijke eis is het gebruiksgemak, de ervaring met een screeningsinstrument, kennis in de praktijk. De geselecteerde groep ouderen worden door de huisarts benaderd via spreekuur of brief.

Huisbezoek

Er wordt eventueel een huisbezoek afgesproken waarin een verdiepingsslag gemaakt wordt. Binnen het huisbezoek wordt ook duidelijk of er mantelzorg aanwezig is en of er andere hulpverleners zijn betrokken. Ook kan geobserveerd worden of de kwetsbare oudere nog steeds de regie over zijn eigen leven heeft (hygiëne, voeding, andere risicofactoren als vallen).

Polyfarmacie

Tijdens de inventarisatie is tevens aandacht voor verantwoord medicijngebruik. Er wordt een polyfarmaciecheck gedaan als daar reden toe is.

De huisarts en POH ouderenzorg of wijkverpleegkundige bespreken de uitkomsten van de screening en/of huisbezoek. De prioritering van de zorg- en ondersteuningsvragen van de kwetsbare oudere worden benoemd. Hierbij is het advies om netwerkafspraken te maken. Zie hiervoor het product "Stappenplan voor het opzetten van een multidisciplinair netwerk in de wijk".

Rol ROS adviseur

Voor- en nadelen van screeningsinstrumenten doornemen of doorgeven waar deze informatie te vinden is. Eventueel huisbezoek doornemen.

⁴ Bij complexe problematiek is er sprake van twee of meer van de volgende problemen, die vaak met elkaar interacteren: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problemen, multimorbiditeit, polyfarmacie en maatschappelijk isolement.

N.B.

De complexiteit kan betrekking hebben op de problematiek van de patiënt (case complexity) en op de zorg (care complexity).

- Case complexity gaat vooral over de medische complexiteit en omvat bijvoorbeeld alle (para)medische behandelingen om het functionele niveau van de patiënt te behouden of te verbeteren.
- Care complexity gaat over verpleging, verzorging en de mantelzorg.

Een complexe zorgsituatie ontstaat bij veel of ingewikkelde zorgvragen:

- veel betrokken hulpverleners.
 - onzekerheid over te voeren beleid.
 - onvoorspelbaarheid van het verdere beloop.
 - gebrek aan overeenstemming tussen verschillende hulpverleners.
- Case complexity en care complexity gaan vaak samen, noodzakelijk is dat niet.

⁵ <http://www.platformouderenzorg.nl/screening/screening> kun je op een eenvoudige manier bepalen welk screeningsinstrument je zou kunnen gebruiken

⁶ https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/stappenplan.pdf

Stap 3

Individueel zorgbehandelplan opstellen, multidisciplinair bespreken en vaststellen casemanager

Er wordt een individueel zorgbehandelplan voor de kwetsbare oudere opgesteld. Dit plan heeft een gestandaardiseerde indeling. Er kan gebruik gemaakt kan worden van het format in de NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg. De na te streven doelen van de kwetsbare oudere worden beschreven in het zorgbehandelplan. De NHG en LAEGO adviseren hierbij gebruik te maken van de methodiek SFMPC, waarbij de letters staan voor Somatisch, Functioneel (ADL), Maatschappelijk, Psychisch en Communicatie.

Een sociale kaart per patiënt is onderdeel van dit plan.

De casemanager wordt vastgesteld.

De casemanager is de contactpersoon die het ziekteverloop en de functionele mogelijkheden en beperkingen monitort (zie checklist in de NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg), de oudere en mantelzorgger ondersteunt en begeleidt en de zorg coördineert.

Rol ROS adviseur

Voorbeelden en tips geven voor het werken met een individueel zorgbehandelplan in een multidisciplinair team.

⁷ Voor uitgebreide informatie, zie: Hertogh CMPM, Functionele geriatrie, Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen, Maarssen; Elsevier / De Tijdstroom; 1997

Stap 4 Zorgverlening door multidisciplinair team volgens zorgbehandelplan

Geriatrisch deskundigen netwerk
Het heeft de voorkeur dat er een geriatrisch deskundigen netwerk opgezet wordt. Aan dit netwerk kunnen de (kader) huisarts ouderenzorg, de geriater en/of de specialist ouderengeneeskunde (SOG) deelnemen. Het multidisciplinaire team kan het deskundige netwerk zo nodig consulteren. Hierdoor is het mogelijk dat kwetsbare ouderen zo lang mogelijk in de thuissituatie kunnen verblijven.

Polyfarmaciecheck zie stap 2

Multidisciplinair overleg

Afstemming is van belang. De samenstelling van het multidisciplinaire overleg (MDO) afstemmen op de wensen en behoeften van betrokkenen en de kwetsbare oudere die wordt besproken in het multi disciplinaire overleg (MDO).

Mogelijke MDO's zijn:

De kwetsbare oudere wordt besproken in het multidisciplinaire overleg (MDO)

- MDO met disciplines als huisarts, POH, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, diëtist, apotheker
- MDO met een klein kernteam waarin de huisarts, POH ouderenzorg, casemanager kwetsbare ouderen zitten
- MDO rond thema's waarin samenwerkingsafspraken worden gemaakt en/of intervisie plaats vindt.

Daarnaast bespreken of en welke digitale overlegtafel gebruikt gaat worden voor de communicatie van patiënt naar hulpverlener en voor de onderlinge communicatie.

Rol ROS adviseur

Ondersteuning bieden bij het opzetten van een MDO en geriatrisch deskundigen netwerk en het werken met een digitale overlegtafel.[1]

Stap 5 Evaluatie zorg- verlening

Evaluatie en bijsturing van het zorgbehandelplan van de individuele patiënt. De doelen van de kwetsbare oudere worden geëvalueerd. Op organisatorisch niveau worden de proces- en methodische doelstellingen geëvalueerd en aangepast of geborgd.

Rol ROS adviseur

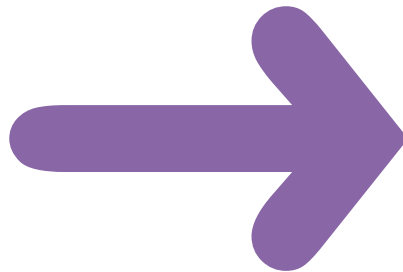
Beschikbaar blijven voor vragen.

[1] Zie overzicht digitale communicatie tools binnen ROS toolkit ouderenzorg (Alfresco)

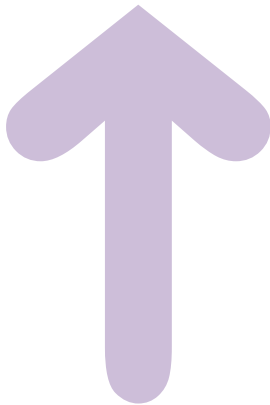
Stappenplan voor het opzetten van een multidisciplinair netwerk in de wijk

2

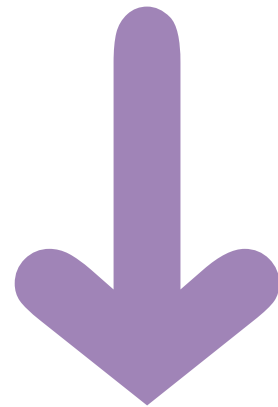
Evaluatie en
bijsturing



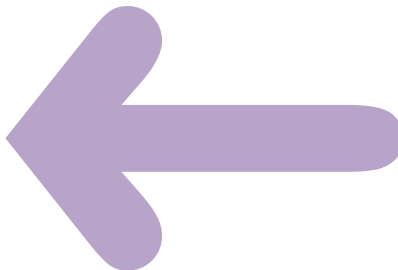
Oriëntatie
en wijkanalyse



**Multidisciplinair
netwerk in
de wijk**



Uitvoering



Wijkplan opstellen

Toelichting stappenplan voor het opzetten van een multidisciplinair netwerk in de wijk

Inleiding

Ouderen blijven, op eigen verzoek en ingegeven door veranderingen in wet- en regelgeving, steeds langer thuis wonen. Hierdoor concentreert de zorg voor ouderen zich meer en meer in de wijk. Dit vraagt een verandering bij de zorgvrager en de mensen uit zijn directe omgeving. Het vraagt echter ook een verandering van de wijk waar iemand woont en de zorg- en hulpverleners die hier actief zijn. Met deze verandering moet worden voorkomen dat de zorg los en versnipperd van elkaar wordt georganiseerd. Om tot een “sluitende aanpak” te komen zullen partijen samen moeten werken. In dit document worden de stappen beschreven die gevolgd kunnen worden om te komen tot een multidisciplinair netwerk in de wijk. Doel is hiermee een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van samenhangende zorg.

Context

De ontwikkeling van een wijknetwerk kan niet los worden gezien van de ontwikkelingen op regionaal en landelijk niveau.

- Er zijn afspraken die alleen wijkoverstijgend gemaakt kunnen worden zoals. Hierbij kan je denken aan infrastructuur en overkoepelende facilitaire voorzieningen als ICT, maar ook regionale protocollen en ketenafspraken met specialistische zorg.
- Daarnaast is het goed om rekening te houden met het feit dat samenwerkingspartners vaak wijkoverstijgend werken.
- Beleid vanuit de overheid en verzekeraars is van invloed op de wijk, maar vaak slecht op wijkniveau te beïnvloeden.

Het is van belang bij de ontwikkeling van het wijknetwerk altijd rekening te houden met de ontwikkelingen die op grotere schaal plaatsvinden.

Voor wie is het stappenplan bedoeld?

Deze opzet is geschreven voor ROS-adviseurs. Bij dit stappenplan wordt een samenvattingkaart gemaakt voor extern gebruik. ROS adviseurs kunnen binnen het gehele traject als procesbegeleider optreden. Het is ook mogelijk dat de ROS adviseur onderdeelen ondersteunt. Het document geeft hierom voor iedere stap aan welke ondersteuning de ROS zou kunnen bieden. De wijze waarop de ROS voor deze taken gefinancierd wordt is niet uitgewerkt omdat dit per ROS kan verschillen.

De stappen die worden onderscheiden binnen het totale proces zijn:

- Oriëntatie en wijkanalyse
- Opstellen van het wijkplan
- Uitvoering
- Evaluatie en bijsturing.

Deze stappen vormen een cyclisch proces.

Het plan heeft als vertrekpunt de eerstelijns zorgverleners. Primair is deze opzet geschreven vanuit het oogpunt van huisartsen (en andere zorgverzekeringswet gefinancierde eerstelijns zorgverleners) waarbij uitgegaan wordt van praktijken waar proactieve zorg voor kwetsbare ouderen wordt geboden of in de nabije toekomst geboden zal gaan worden. Het kan ook prima gebruikt worden door alle andere betrokkenen in de wijk.

Belangrijke begrippen

Profielschets huisartsenpraktijk

Zorg voor kwetsbare ouderen is speerpunt binnen de huisartspraktijk. Intern zijn / worden allerlei processen ingericht op proactieve zorg voor deze groep kwetsbare ouderen. Op het moment dat de eerste ouderen in kaart worden gebracht wordt direct duidelijk dat de belangrijkste hulpvragen gericht zijn op het behouden en verbeteren van kwaliteit van leven. Deze vragen kunnen niet uitsluitend uit de huisartsenpraktijk worden opgepakt. Afstemming met andere professionals is noodzakelijk.

De wijk

Een wijk is een min of meer duidelijk begrenst deel van een gemeente. De exacte reikwijdte van een wijk die is vastgelegd binnen een gemeente is vaak startpunt voor een wijksamenwerking. Van belang is echter te realiseren dat patiënten zich niet altijd aan wijkgrenzen houden en zorgverleners niet centraal in een wijk gepositioneerd zijn, maar ook aan de randen kunnen zitten. Wat “de wijk” exact inhoudt zal daarom per samenwerkingsverband afgestemd kunnen worden. N.b. het is daarom goed onderscheid te maken tussen zaken die op wijkniveau afgestemd kunnen worden en zaken die beter regionaal (wijkoverstijgend) georganiseerd moeten worden.

Betrokkenen in de wijk

De wijk is de plek waar burgers / patiënten wonen. Om hen heen bevinden zich ook de mantelzorgers en de burgernetwerken (community care). De wijk is ook het speelveld van welzijn, verple-

ging, verzorging en thuiszorg en van de eerstelijns (zorgverzekeringswet gefinancierde) zorg. De wijk behoort bij een gemeente. Gezamenlijk vormen zij de betrokkenen in de wijk. Specialistische en intramurale zorg kan in een wijk gesitueerd zijn. Vaak is hierbij sprake van een regionale voorziening. N.b. Betrokkenen in de wijk behoren tot verschillende groepen. Binnen deze groepen is een enorme diversiteit. Deze is van invloed op het proces om te komen tot een netwerk in de wijk. Als (ROS) adviseur zal je in de ondersteuning keuzes moeten maken op basis van deze diversiteit en aan moeten sluiten bij de wensen en mogelijkheden van de betrokkenen.

Stap 1 Oriëntatie en wijk- analyse

Niet alleen de huisartspraktijk heeft de zorg voor kwetsbare ouderen tot speerpunt benoemd. Ook tal van andere partijen zijn hiermee actief. Versnippering dreigt. De oudere en zijn mantelzorgers dreigen te verdwalen in een woud van aanbod en regelingen. Door te werken vanuit een multidisciplinair netwerk kan deze versnippering worden voorkomen.

Om te komen tot een sluitende aanpak voor kwetsbare ouderen, uitgevoerd door een multidisciplinair netwerk in de wijk, moet gestart worden met een wijkanalyse. Een wijkanalyse kan, passende bij de situatie in de wijk, in 2 stappen worden uitgevoerd: oriëntatie en wijkanalyse.

- Bij de oriëntatie wordt globaal gekeken welke partijen er in de wijk actief zijn en welke initiatieven er al lopen. Daarnaast wordt gekeken welke behoeften er bestaan ten aanzien van multidisciplinair wijkgericht werken. N.b. de oriëntatie kan ook als minimum variant worden gebruikt bij startende samenwerking op beperkte schaal.
- Vervolgens kan, in samenwerking met partijen die bij de oriëntatie zijn benoemd, een uitgebreidere wijkanalyse worden opgesteld waarbij vraag en aanbod in kaart worden gebracht en belangrijkste knelpunten worden benoemd. De partijen die deelnemen aan de wijkanalyse, maar ook in de latere fasen van het proces, zijn bij voorkeur een zo breed mogelijke afspiegeling van de betrokkenen in de wijk. Passende bij de situatie in de wijk zullen hiervoor wisselende keuzes gemaakt worden.

De wijkanalyse vormt hiermee de basis voor het wijkplan.

Let op: De gemeente is een belangrijke partner in het wijkgericht werken. Zoek daarom zo snel mogelijk contact met de ambtenaar / wethouder die betrokken is in de wijk!

Checklist globale oriëntatie

- Welke behoeften bestaan er bij partijen t.a.v. samenwerking in de wijk?
 - Hoeveel kwetsbare ouderen zijn er (naar verwachting) binnen mijn praktijk? En wonen zij zelfstandig of binnen de beschermde omgeving van het verzorgingshuis?
 - Wat zijn de belangrijkste wensen en behoeften van de patiënten?
 - Zijn er andere praktijken in de wijk actief en hebben zij de zorg voor kwetsbare ouderen ook tot speerpunt benoemd?
 - Wie zijn de belangrijkste aanbieders van thuiszorg, paramedische zorg, welzijn e.d. in de wijk?
 - Welke initiatieven lopen er in de wijk t.a.v. de zorg voor kwetsbare ouderen. M.a.w. Welke netwerken / initiatieven zijn al actief en in hoeverre zijn hier afspraken mee? Hoe verloopt de samenwerking en kunnen we bij de verdere ontwikkeling hiervan gebruik van maken?
-

Checklist wijkanalyse

- Wat is de zorgvraag in de wijk?
 - Hoeveel ouderen wonen er in de wijk?
 - Hoeveel ouderen zijn naar schatting kwetsbaar?
 - Wat is het zorggebruik in de wijk?
 - Welke chronische aandoeningen komen het meeste voor?
 - Wat zijn verdere kenmerken van de ouderen? Denk aan o.a.
 - Woonsituatie?
 - Sociale status?
 - Financiële mogelijkheden?
 - Aanwezigheid mantelzorg?
 - Welke ontwikkelingen in zorgvraag zijn er de komende jaren te verwachten?
 - Wat is het professionele aanbod in de wijk?
 - Wat zijn de plannen van zorgverzekeraar en gemeente?
 - Wat zijn de toekomstplannen van de professionele aanbieders op gebied van (paramedische) zorg, wonen en welzijn?
 - Welke niet-professionele aanbieders zijn actief? (Verenigingen, zelforganisaties,..)
 - In welke mate voldoet dit aanbod? Wat zijn tekorten en knelpunten?
 - Welke knelpunten zijn er in de zorgverlening voor kwetsbare ouderen?
 - Wat is het niveau van de huidige samenwerking in de wijk?
-

Rol van de ROS

De ROS ondersteunt bij de fase van oriëntatie en wijkanalyse door:

- Verzamelen van data vanuit de ROS-wijkscan / gebiedsgerichte analyse, VAAM, HIS, gezondheidsgegevens GGD, lokaal gezondheidsbeleid,..;
- Inzichtelijk maken van betrokkenen in de wijk;
- Organiseren van een verkennende bijeenkomst waarbij partners in de wijk kunnen kennismaken en gezamenlijk spreken over:
 - de huidige en de in de toekomst te verwachten zorgvraag;
 - het huidige aanbod in de wijk.

N.b. Het moment waarop deze bijeenkomst plaatsvindt en de samenstelling van de deelnemers hangen af van de situatie in de wijk.

Te gebruiken instrumenten:

- Huisarts en gemeente, samenwerking in de wijk
- The big change #10; hoe betrek je de eerstelijnszorg in de wijk
- DESTEP analyse (Ook DE-PEST-analyse)
- ...

Stap 2 Wijkplan opstellen

Als bekend is welke vragen er binnen de wijk verwacht kunnen worden en welk aanbod aanwezig is wordt gestart met het opstellen van een wijkplan. De wijkanalyse vormt hierbij de basis. In het plan wordt een gezamenlijke visie op de zorg voor de ouderen in de wijk beschreven en wordt aangegeven welke strategie gebruikt zal worden om deze visie te realiseren. Tot slot wordt een plan van aanpak uitgewerkt waarin de stappen worden beschreven die genomen zullen worden.

Gezamenlijke visie

Een gezamenlijke visie (en missie) dient als uitgangspunt voor de verdere samenwerking. Het zorgt er voor dat afzonderlijke partners als eenheid in de wijk opereren in een zelfde richting.

Belangrijke vragen hierbij zijn:

- Wat is de gezamenlijke opdracht waar we voor staan? (En wie zijn hierbij onze klanten?)
- Hoe gaan we dit realiseren? En welke normen / waarden en overtuigingen staan hierbij centraal in ons handelen?

Strategische keuzes

Het wijkplan wordt opgesteld in overleg met de belangrijkste partners. Er zullen bij aanvang en in de uitwerking van het plan een aantal (strategische) keuzes gemaakt moeten worden. Keuzes die bij aanvang gemaakt moeten worden:

- Wat zal de reikwijdte van het plan worden en wie moeten hierbij worden betrokken?
 - Gaat er gewerkt worden vanuit een bestaand samenwerkingsverband?
 - Wordt een bestaand samenwerkingsverband uitgebreid?
 - Wordt ingestoken op de hele keten van cure, care en welzijn of wordt gestart met

deelaspecten? (En hoe wordt dan de verbinding in een later stadium bewaakt?)

- Hoe betrek je, voor zover zij nog niet betrokken zijn, gemeente en zorgverzekeraars?
- Wie zijn de aangewezen partners om uit te nodigen? Let hierbij ook op het mandaat van mensen die aan tafel zitten.
- Welke afspraken maak je over de terugkoppeling met de achterban.
- (Hoe) wordt, voor zover zij nog niet betrokken zijn, de (oude) wijkbewoner / patiënt betrokken?
- Wie kan de procesbegeleiding en coördinatie bij het opstellen van het plan primair verzorgen?

In het wijkplan worden vervolgens minimaal de volgende elementen opgenomen:

- Visie op de zorg (en ondersteuning) voor de ouderen in de wijk;
- De missie waar de partners die het plan opstellen zich voor in willen zetten;
- Een globale strategie die op hoofdlijnen beschrijft hoe de missie gerealiseerd kan worden;
- Een uitgewerkt plan van aanpak waarin de onderdelen uit de strategie verder worden uitgewerkt.

Strategie en plan van aanpak

- Op welke manier zal er binnen de wijk samengewerkt gaan worden?
 - Afstemming(-safspraken) (b.v. afstemming over de proactieve samenhangende zorg voor kwetsbare ouderen in de wijk binnen een home team / wijk team,...)
 - Ketenaafspraken (Afspraken over zorg die volgtijdelijk verloopt b.v. bij opname en ontslag uit een ziekenhuis)
 - Projectmatig (Het maken van werkafspraken over specifieke thema's als valpreventie, maar ook t.a.v. de inzet van meetinstrumenten en richtlijnen)
 - Binnen een (nieuwe) gezamenlijke organisatie
- Is coördinatie (aansturing en faciliteren) noodzakelijk en welke vorm zal hiervoor gekozen worden?
 - Participanten netwerk gezamenlijk
 - 1 van de participanten binnen het netwerk
 - Bestuursorgaan / externe partij
- Hoe ziet de samenwerking er in de praktijk uit en welke afspraken moeten hiervoor gemaakt worden?

Basis afspraken die altijd gemaakt moeten worden zijn:

- Uitwisseling contactgegevens
- Uitwisseling van informatie over "wie doet wat (niet) en specialisaties"
- Afspraken over gegevensuitwisseling, verwijzing en terugrapportage
- Afspraken over het doel van de samenwerking en de praktische uitvoering hiervan. (Door het beschrijven van procedures en (medisch) inhoudelijke afspraken. En door het maken van een duidelijke taak- en verantwoordelijkheid verdeling)

- Afspraken over coördinatie
 - van zorg op patiënt niveau
 - t.a.v. de uitvoering van het wijkplan
- Afspraken t.a.v. benodigde overlegstructuren en evaluatie

Gewenst zijn afspraken t.a.v. kwaliteitscriteria.

N.b. sluit waar mogelijk aan bij (landelijke) richtlijnen van (samenwerkende) beroepsgroepen.

Draagvlak creëren

Alvorens over te gaan tot het uitvoeren van het plan is het van belang dat het plan bij alle betrokkenen in de uitvoering bekend en geaccepteerd is:

- Vaak zijn bij de bespreking vertegenwoordigers van praktijken betrokken. Zij zullen hun achterban moeten informeren tijdens de ontwikkeling en moeten bewaken dat het plan ook door hen geaccepteerd wordt. Speciale aandacht hierbij is ook voor de POH en assistenten.
- Draagvlak en commitment van alle partners is van groot belang voor de kans van slagen en voor het behoud van motivatie in de totale groep partners. Soms is het daarom verstandig te starten met een kleine groep enthousiaste betrokkenen waarbij anderen later kunnen aansluiten.

Partijen kunnen (en moeten) het draagvlak binnen de eigen organisatie zelf organiseren. Daarnaast kan een gezamenlijke bijeenkomst voor alle betrokkenen in de wijk als gezamenlijk gedragen startpunt functioneren.

Ook is het van belang te kijken naar de randvoorwaarden die nodig zijn voor de uitvoering van het wijkplan. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen noodzakelijke randvoorwaarden (deze dienen voor aanvang gerealiseerd te zijn en zullen vaak te maken hebben met financiën en menskracht) en wenselijke randvoorwaarden (deze zijn niet noodzakelijk, maar verhogen wel de kans van slagen).

Rol van de ROS

- De ROS kan de procesbegeleiding en coördinatie bij het opstellen en schrijven van het plan primair verzorgen. Hierbij is ook aandacht voor:
 - Bewaken dat de juiste organisaties betrokken worden, maar ook dat eventuele ongewenste organisaties buiten de samenwerking blijven. (b.v. ivm concurrerende doelen, locatie,...)
 - Communicatie
 - Groei van vertrouwen tussen partners in de wijk
 - Mobiliseren van organisaties / partners
- Uitkomst van het proces moet een duurzaam plan zijn waaraan uitvoering gegeven gaat worden door de betrokken partners en hierbij een structurele samenwerking ontstaan die levensvatbaar is.
- Des gewenst kan de ROS ook op langere termijn ondersteunen bij de coördinatie van het netwerk.

Te gebruiken instrumenten en documenten (voorbeelden)

- Voorbeeld spelregels Geriatrisch netwerk van OOGG
- Voorbeelden van samenwerkingsafspraken
- Voorbeelden van thematische protocollen / werkafspraken / ketenzorgprogramma's
- <http://www.samenwerkeneerste-lijnzorg.nl/index.php?p=538388>
- Methodieken voor het opstellen van visie en missie.
- 24 geselecteerde zorginkoop-criteria
- Handboek patiëntenparticipatie van CBO

Stap 3 Uitvoering

Als gezamenlijk een wijkplan is gerealiseerd, is het tijd de gemaakte afspraken uit te voeren. De oudere bewoner uit de wijk staat hierbij vanzelfsprekend centraal.

Tijdens de implementatie zullen altijd zaken aan het licht komen die niet goed zijn afgesproken en uitgewerkt. Ook zullen afspraken in de praktijk gebruikt moeten worden om te zien of ze werken. Het is daarom verstandig in de begin fase van de uitvoering ruimte te houden voor het bijstellen van het plan op basis van voortschrijdend inzicht. Bewaakt moet worden dat dit niet ten koste van de uitvoering gaat.

Tijdens de uitvoering wordt continu gekeken naar mogelijkheden om de gewenste randvoorwaarden te implementeren. (Techniek, organisatie,...)

Aandachtpunten bij de uitvoering zijn:

- Blijf gefocust op de individuele oudere bewoner
 - Communicatie
 - Kwaliteit van de samenwerking, gegevensuitwisseling en overdracht
 - Coördinatie
-

Rol van de ROS

- Ondersteuning bij de implementatie door bij voorbeeld het organiseren van:
 - gezamenlijke bijeenkomsten
 - multidisciplinaire overleggen
 - gezamenlijke (na-)scholing
- Aandacht voor en ondersteuning bij het realiseren van de gewenste randvoorwaarden
- Ondersteuning bij de coördinatie t.a.v. de uitvoering van het wijkplan. Hierbij is ook aandacht voor de opstelling van betrokken organisaties als partner bij de uitvoering van het plan en de verstandhouding van de partijen onderling. (Organisaties gedragen zich als deelnemer aan een netwerk en schakel in een keten.) De coördinator houdt zicht op de ontwikkelingen en de geboekte resultaten. Door deze te benoemen ontstaat vertrouwen en wordt de samenwerking versterkt.
- Verbinding van initiatieven bewaken en initiëren.

Te gebruiken instrumenten

- Kritische succesfactoren bij samenwerken (via www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl)

Stap 4 Evaluatie en bijsturing

Het is van belang op vastgestelde momenten, minimaal 1x per jaar, het wijkplan te evalueren en te bepalen of bijsturing noodzakelijk is.

Vragen die hierbij centraal staan zijn:

- Wat is bereikt en wat (nog) niet?
- Wat is het effect voor wijkbewoners, voor zorgverleners en voor anderen?
- Wat ging goed, en wat ging minder goed?
- Wat zou nog verbeterd kunnen worden?

Op basis van deze vragen kan het plan bijgestuurd en aangevuld worden.

Rol van de ROS

- De ROS kan, als coördinator en/of onafhankelijke partner, een evaluatiebijeenkomst voorbereiden en begeleiden.

N.b. denk ook aan de "patiënt" evaluatie en de evaluatie van jouw rol als adviseur/ondersteuner.

ⁱ Daar waar nog geen proactieve zorg voor kwetsbare ouderen wordt geboden wordt verwezen naar het ROS product "praktijk ontwikkeling".

ⁱⁱ De ouderen dreigen ook nogal wat van deze voorzieningen kwijt te raken in de komende jaren.

ⁱⁱⁱ In situaties waarbij al sprake is van een wijksamenwerking kan de oriëntatie worden over geslagen.

^{iv} Voor kwetsbaarheid (of frailty) worden diverse definities gehanteerd. Binnen het ROS netwerk wordt aangesloten bij de definitie van de LHV die kwetsbaarheid beschrijft als 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. Kwetsbaarheid ontstaat niet alleen door gezondheidsproblemen en de daaruit voortkomende beperkingen, maar ook door de mate waarin mensen beschikken over sociale vaardigheden, financiële middelen en een sociaal netwerk. Door uiteenlopende definities is het lastig de kwetsbaarheid van een populatie te schatten. Het SCPB (CPB, Kwetsbare ouderen, 2011) geeft, op basis van metingen met de TFI, de volgende cijfers:

Leeftijd	% kwetsbare ouderen (thuiswonend)
>65	24%
>75	38%
>80	50%

^v Het kan wenselijk zijn een krachtenveld analyse uit te voeren.

^{vi} Een missie geeft aan waar het samenwerkingsverband voor staat, de visie geeft antwoord op de vraag "hoe denken we dit te bereiken?"

^{vii} <http://www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl/index.php?p=566600>

^{viii} Naar verwachting zal deze laatste vorm niet vaak voorkomen. Het kan wel gebeuren dat er binnen de wijksamenwerking subsamenwerkingsverbanden ontstaan die gezamenlijk een intensievere samenwerking afspreken dan die binnen de wijk breed gekozen wordt. Bijvoorbeeld via de module GEZ.

^{ix} Denk aan het organiseren, voorzitten en verslaglegging? van overleggen, maar ook aan het agenderen van thema's, vormen van een aanspreekpunt en omgaan met geschillen.

^x Let op privacy richtlijnen.

Delen van informatie bij multidisciplinaire samenwerking in de wijk mag, mits;

- de patiënt geïnformeerd is t.a.v. het doel van de uitwisseling en
- de patiënt mondeling of schriftelijk vooraf toestemming geeft

Het is handig als samenwerkingspartners in een wijk samen beschrijven waarom en welke informatie wordt gedeeld en hoe de privacy wordt bewaakt.

^{xi} N.b. Als dit nog niet is gebeurt zal t.a.v. de samenwerkingsafspraken gecommuniceerd moeten worden met de bewoners van de wijk / patiënten.