



SAMENVATTING

Eindrapportages Actielijn 1, 2 en 3

1 februari 2024

Inhoudsopgave

Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopname	— 4
Infrastructuur voor onplanbare zorg in ANW-situaties	— 7
Infrastructuur voor specifieke complexe doelgroepen van kwetsbare ouderen	— 9
Infrastructuur voor domeinoverstijgende financiering	— 12
Ambulante complexe ouderenzorg	— 14
(Door)ontwikkeling arrangementen voor passende ondersteuning en zorg aan huis	— 17
Versterken transformatiekracht individuele VVT-aanbieders	— 19
Additionele aanvragen	— 22



Vooraf

De afgelopen jaren zijn vanuit de Krachtig Verbindende Toekomstvisie (KVT) in samenspraak met het Zilveren Kruis Zorgkantoor meerdere (sub)regionale initiatieven opgestart en gerealiseerd om te komen tot een meer toekomstbestendige ouderenzorg.

Voor het jaar 2023 was de wens om de beschikbare transitiebudgetten, in specifiek het regionaal stimuleringsbudget Wlz, zo effectief mogelijk in te zetten. Daarom is ervoor gekozen om een aantal beleidsaccenten op het reeds ingezette Wlz-beleid aan te brengen en te komen tot een pragmatische uitvoeringsagenda, die bijdraagt aan het bieden en slim organiseren van passende ondersteuning en zorg. Uitgaande van wat ouderen willen en nodig hebben. Door zowel op microniveau (individuele ouderenzorgaanbieders) als mesoniveau (regionale samenwerking) zorg te dragen voor een stevig fundament, waarlangs de verandering kan worden vormgegeven en geborgd.

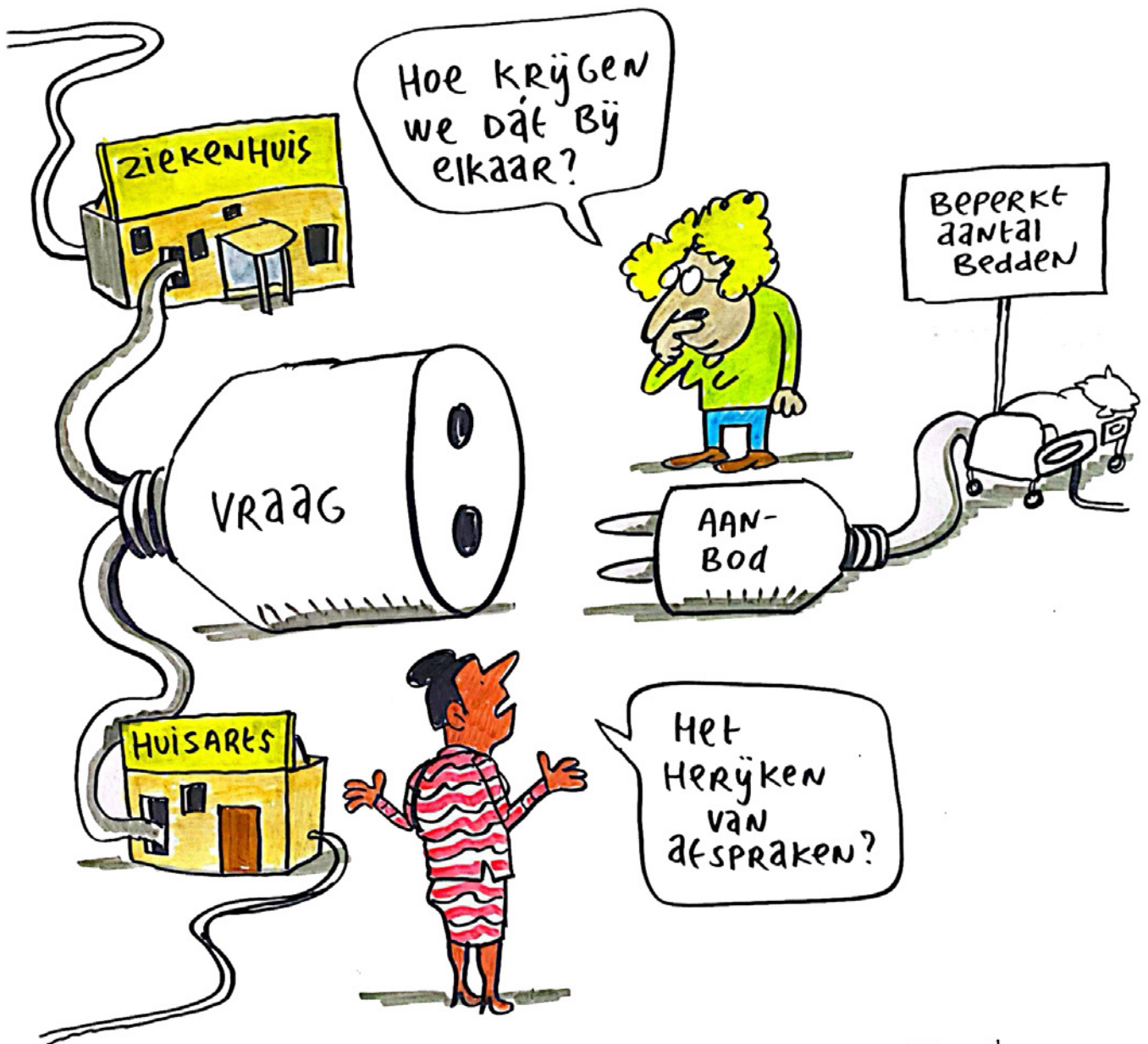
Voor 2023 waren de projecten dus vooral gericht op het versterken van 1. de infrastructuur voor regionale samenwerking (Actielijn 1 en 2) en 2. de eigen transformatiekracht van individuele ouderenzorgaanbieders (Actielijn 3). In een gemiddelde looptijd van acht maanden zijn op ieder project mooie resultaten behaald. Voor u ligt de samenvatting van de behaalde resultaten, op basis van de opgestelde eindrapportages. Tijdens een door de IVVU georganiseerd slotcongres op 30 januari jl., zijn door de projectleiders de resultaten en geleerde lessen per project toegelicht. De presentaties kunt u inzien via de link opgenomen onder ieder project. Behaalde (deel)resultaten van de verschillende projecten staan op de [website van de IVVU](#).

Wij wensen u veel leesplezier!

ACTIELIJN 1

Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopname

Tijdelijk verblijf



Doelstelling en aanpak

Doel van dit project was het verbeteren van de zorgcoördinatie van de ELV-bedden die loopt via het Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland (hierna: ZCC) in de provincie Utrecht. Oftewel: het voorkomen van een mismatch tussen vraag (aanmeldingen) en aanbod (plaatsingen) van ELV-bedden via het ZCC.

Hiertoe hebben we eerst een uitgebreide documentenstudie uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in gehanteerde definities, lopende afspraken en het beleid vanuit zorgkantoren. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met diverse stakeholders. Om zicht te krijgen op het verloop van de zorgcoördinatie en eventuele verbeterpunten hebben we gevallen van het ZCC van 'geen bed beschikbaar' (GGB) teruggelegd bij de afwijzende VVT-organisaties. Ook hebben we plaatsingen of afwijzingen van het ZCC bijgehouden.

Behaalde resultaten

Het projectteam heeft de huidige situatie rondom de coördinatie van ELV-bedden in de provincie Utrecht in kaart gebracht. Ook zijn de oorzaken voor de mismatch tussen vraag en aanbod achterhaald, wat resulteert in vijf signaleringen:

Signalement 1: verschillende werkwijzen.

Aanvragen voor ELV-bedden gaan deels via het ZCC, maar deels ook rechtstreeks vanuit verwijzers (huisarts, huisartsenpost (HAP), ziekenhuizen, SEH) naar de VVT. Voor de regio Eemland lopen de aanvragen voornamelijk via het ZCE (Zorg Coördinatie Eemland). Daarnaast verwijzen VVT-organisaties deels via Zorgdomein en gaat veel ook telefonisch of via de mail.

Signalement 2: inhoudelijke redenen afwijzingen.

Voor afwijzingen zijn de volgende inhoudelijke redenen naar voren gekomen:

- Obesitas: hiervoor zijn bepaalde hulpmiddelen nodig zoals passende tilliften, bed, toilet.
- Te veel GGZ-problematiek.
- Contra-indicatie: actieve delier en cognitieve problematiek.

Signalement 3: capaciteitsproblemen (periodiek).

Er bestaan meerdere wachtrijen voor dezelfde bedden en binnen deze wachtrijen zijn er weer subwachtrijen, bijvoorbeeld gericht op doelgroepen. GRZ- en ELV-bedden blijken veelal communicerende vaten: als de druk vanuit het ziekenhuis heel hoog is (revalidatie), ontstaan er wachtlijsten en kunnen er overdag en in ANW-situaties geen ELV-opnamen plaatsvinden. Tot slot worden aanvragen ook afgewezen vanwege periodieke personeelstekorten.

Signalement 4: geen opname in ANW.

Door omstandigheden, bijvoorbeeld onvoorziene personele onderbezetting, doen VVT-organisaties ELV-opnamen soms alleen binnen kantoortijden (niet ANW).

Signalement 5: achterwacht SO.

Het ZCC maakt regelmatig gebruik van de SO-achterwacht (mandaat) en dit loopt over het algemeen prima. De achterwacht geeft aan dat zij regelmatig gebeld mogen worden, ook in de weekenden.

Naar aanleiding van deze signaleringen heeft de projectgroep vier verbetervoorstellen geformuleerd:

1. Leer elkaar kennen.

Gedurende de projectperiode hebben enkele zorgcoördinatoren/bemiddelaars het ZCC bezocht om kennis te maken en gezamenlijk te bespreken hoe de samenwerking geoptimaliseerd kan worden. Persoonlijk contact bevordert het met elkaar meedenken over hoe verbeterpunten kunnen worden doorgevoerd.

Advies: nodig VVT-organisaties (zorgbemiddelaars/coördinatoren) uit om in gesprek te gaan en maak een fysieke afspraak met het ZCC. Bijvoorbeeld door het organiseren van een bijeenkomst voor zorgbemiddelaars/coördinatoren bij het ZCC.

2. Werk aan eenduidige verwachtingen rond acuut/spoed.

De vraag is vaak acuut/spoed, maar de problematiek niet. Daarom is het belangrijk de onderlinge verwachtingen goed te managen.

Advies: Ga in gesprek met stakeholders (huisartsen, huisartsenposten, SEH en ziekenhuizen) om onderling af te stemmen wat iedereen verstaat onder acuut/spoed.

3. Hanteer eenduidige werkwijzen.

In de regio zijn in het verleden afspraken gemaakt over de werkwijze rond de zorgcoördinatie voor tijdelijk verblijf en crisisopnamen. In de praktijk zijn echter verschillende werkwijzen zichtbaar.

Advies: Actualiseer de afspraken over eenduidige werkwijzen (ZCC/ZCE) voor de gehele regio. Hiervoor is het noodzakelijk om:

- na te gaan of gemaakte afspraken herijkt moeten worden (inclusief verantwoordelijkheden benoemen en positioneren)



- te bepalen of in de regio twee coördinatiepunten (ZCC, ZCE) nodig zijn en zo ja, hoe de samenwerking eruitziet
- te komen tot een eenduidige structuur van aanvraag tot en met definitieve plaatsing. Daarbij is het van belang de gemaakte afspraken te monitoren, te evalueren en te borgen (conform de PDCA-cyclus).

4. **Maak per VVT-organisatie een actueel overzicht van aantal en soort bedden voor tijdelijk verblijf en crisisopnamen.**

Aan de hand van een actueel overzicht inzake de capaciteit voor tijdelijk verblijf en crisisopnamen is te achterhalen in hoeverre vraag en aanbod op elkaar aansluiten. Dan komt ook aan het licht of er sprake is van een capaciteitsprobleem of een mismatch in vraag en aanbod. Op basis van dit project kunnen hierover nog geen uitspraken worden gedaan.

Advies: Kom per VVT-organisatie tot een actueel overzicht van aantal en soort bedden rondom tijdelijk verblijf en crisisopnamen, inclusief een voorstel voor borging.

De link naar de presentatie op het slotcongres van 30 januari jl. vindt u [hier](#).

ACTIELIJN 1

Infrastructuur voor onplanbare zorg in ANW-situaties

ONPLANBARE ANW-ZORG
LEUNT OP SAMENWERKINGS-
VERBANDEN



Doelstelling en aanpak

Doel van dit project was om in de regio Utrecht te inventariseren hoe de verschillende ouderenzorgorganisaties momenteel hun avond-, nacht- en weekendzorg (hierna: ANW) hebben georganiseerd en wat hierin hun behoeften zijn. Met als achterliggend doel het inrichten van een dekkend netwerk voor de ANW-zorg in de ruime ROAZ-regio.

Hiertoe hebben we vanaf de zomer verschillende gesprekken gevoerd met VVT-organisaties in de regio, zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de ambulancedienst RAVU. In aanvulling hierop is een beknopte vragenlijst opgesteld en uitgezet onder VVT-organisaties in de regio. Hiermee wilden we beter zicht krijgen op de huidige organisatie van ANW-zorg en toekomstige behoeften hieromtrent. In totaal hebben zeventien unieke organisaties de vragenlijst ingevuld.

Behaalde resultaten

Het leveren van onplanbare zorg vereist een dienstverlening die 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar is voor alle thuiswonende cliënten van zorgaanbieders (thuiszorgorganisaties en VVT-organisaties met VPT-cliënten) in de regio, voor wie de noodzakelijke zorg niet kan wachten tot een regulier, vooraf georganiseerd zorgmoment. Hier ligt dan ook een link met het bieden van acute zorg overdag gedurende de week en onplanbare ANW-zorg. In de acute-zorgketen is de onplanbare avond- en nachtzorg een belangrijke schakel. Hoe beter die schakel functioneert hoe minder instroom naar andere vormen van spoedzorg zoals spoedeisende zorg in het ziekenhuis noodzakelijk is. De toevoeging in dit project ligt vooral in het gedurende niet-reguliere tijden snel kunnen inspringen op acute situaties thuis, met een team van deskundige medewerkers van het juiste niveau en op ambulante wijze.

Allereerst is aan de hand van dit project inzicht geboden in lopende initiatieven, c.q. de verschillende samenwerkingsverbanden waarbinnen ANW-zorg wordt aangeboden en de wijze waarop deze worden gefinancierd:

- GAAF (Geïntegreerde Aansturing Ambulante Functies) verzorgt sinds dertien jaar voor een deel van de regio de alarmopvolging voor ouderen bij een incident: de bereikbaarheidsfunctie. De zorg wordt via het ZCC verleend door VIG'ers van de RAVU in B-ambulances. Dit betreft ongeveer 2.500 ritten per jaar. Tot nu toe wordt deze dienstverlening betaald vanuit de beschikbaarheidsfinanciering van de RAVU.
- Samen Sterker, waarin Beweging 3.0, De Haven en Icare de uitvoering van de onplanbare nachtzorg op zich nemen voor instellingen in de regio Eemland. Zij regelen daarbij zowel het personeel als het vervoer van dat personeel. Deelnemende instellingen betalen abonnementsgeld (in de vorm van een bedrag per cliënt) aan de drie uitvoerende partijen.
- Losse aanbieders met een eigen oplossing voor het leveren van onplanbare ANW-zorg. Deze aanbieders laten hun extramurale ANW-zorg verrichten door de intramurale ANW-coördinator. Dit is een verpleegkundige die op één van de intramurale locaties van de betreffende aanbieder de achterwacht houdt en uitrukt op acute extramurale meldingen. Deze zorg wordt bekostigd vanuit het reguliere contract van de aanbieder met de zorgverzekeraar.

Daarnaast hebben we eventuele behoeften rond de toekomstige organisatie van ANW-zorg geïnventariseerd. Partijen die betrokken zijn bij GAAF of Samen Sterker blijken tevreden te zijn met de huidige organisatievorm, net als partijen die in kleiner verband samenwerken. Partijen die zelfstandig ANW-zorg organiseren, reageren echter wisselend op samenwerking rondom ANW-zorg. Het merendeel wil aansluiten bij een samenwerking, andere partijen gaan liever zelfstandig verder. Als redenen hiervoor noemen zij potentieel lange aanrijtijden en de onbekendheid met cliënten bij samenwerking. De belangrijkste lessen uit dit project is dat de regio weliswaar een dekkend netwerk van aanbod van onplanbare ANW-zorg heeft, maar dat dit uit verschillende samenwerkingsverbanden en zelfstandige aanbieders bestaat. Partijen die zelfstandig onplanbare ANW-zorg organiseren, staan in het algemeen open voor samenwerking, maar vanwege het geringe aantal meldingen voelen zij zich niet genoodzaakt om de zorg anders te organiseren.

De link naar de presentatie op het slotcongres van 30 januari jl. vindt u [hier](#).

ACTIELIJN 1

Infrastructuur voor specifieke complexe doelgroepen van kwetsbare ouderen



Doelstelling en aanpak

Doel van dit project was het ontwikkelen van een kennisnetwerk voor specifieke complexe doelgroepen voor de regio Utrecht, waarbinnen netwerkpartners elkaars kennis en kunde kunnen inzetten door outreachend (samen) te werken. Hierbij is aangesloten op de kennisinfrastructuur van de landelijke en regionale netwerken van expertisecentra LVHC en bij andere regionale ontwikkeling (bijvoorbeeld ONUe, ONTiE en ONZe).

Hiertoe hebben we meerdere activiteiten uitgevoerd. Ten eerste is deskresearch uitgevoerd naar de landelijke LVHC-structuur en doelgroepen, de stand van zaken rond de LVHC-structuur in de regio Utrecht en naar overige kennisnetwerken inzake complexe doelgroepen. Vervolgens heeft de projectleider alle in de projectgroep vertegenwoordigde organisaties geïnterviewd en ook gesproken met de adviseur die betrokken is bij de ontwikkeling van kenniscentra in de ouderenzorg in de regio Utrecht. Op basis van de interviewuitkomsten is tot slot een enquête opgesteld, die via de IVVU is verzonden naar alle IVVU-leden. Elf van hen hebben de enquête ingevuld.

Behaalde resultaten

Het project heeft vier resultaten opgeleverd:

Resultaat 1: Binnen het samenwerkingsverband is overeenstemming bereikt over de definitie van specifieke complexe doelgroepen waarop dit project zich richt. De landelijke definities golden hierbij als uitgangspunt.

Op basis hiervan zijn de volgende adviezen geformuleerd voor kennisnetwerken die voor een soortgelijke uitdaging staan:

- Start de inrichting van het kennisnetwerk voor specifieke doelgroepen vanuit de doelgroepen binnen de (LV)HC. Binnen de regio Utrecht wordt zo al drie jaar samengewerkt rond de LVHC-doelgroepen, en voor een aantal doelgroepen zijn expertisecentra (in ontwikkeling). Die bestaande structuur biedt een basis en kansen voor samenwerking om outreachend werken vorm te geven.
- Sluit voor het definiëren van doelgroepen aan bij de landelijke ontwikkelingen.
- Start met het vormgeven van outreachend werken van VVT naar VVT. Dit kan intramuraal zijn, maar ook van VVT-organisaties naar complexe cliënten in de eerste lijn. De consultatie die mobiele geriatrische teams van VVT-organisaties nu al in de eerste lijn bieden, valt buiten

de scope van dit project. Dit betreft in de regel zorg voor minder complexe cliënten uit hoogvolumedoelgroepen, die binnen ONUe, ONZe en ONTiE wordt opgepakt.

- Focus in eerste instantie op doelgroepen waarbij (de vraag naar) de beschikbare kennis binnen de VVT ligt, te weten Huntington, Korsakov, LBS, GP, D-ZEP, NAH+. Breid dit geleidelijk uit naar andere doelgroepen waarvoor al duidelijke afspraken gelden: Parkinson en jonge mensen met dementie.
- Sluit voor doelgroepen waarvoor specialistische kennis primair binnen andere sectoren (VGZ, verslavingszorg, GGZ) aanwezig is, aan bij kennisnetwerken of mobiele teams vanuit die sector.

Resultaat 2: Een overzicht van de specifieke complexe doelgroepen en bijbehorende volumes bij VVT-aanbieders, zoals bij resultaat 1 gedefinieerd.

De exacte aantallen per doelgroep blijken niet bij alle organisaties bekend te zijn. Meerdere organisaties hebben maar enkele cliënten uit een doelgroep. Dit is in lijn met een onderzoek van ActiZ waaruit blijkt dat de gemiddelde organisatie maar één of twee cliënten met een bepaalde aandoening heeft. Weer andere organisaties hebben cliënten uit meerdere complexe doelgroepen. Verder hebben de meeste organisaties alleen intramurale cliënten, hoewel sommige zowel intramurale als extramurale cliënten binnen een doelgroep hebben.

Binnen de regio Utrecht zijn momenteel twee erkende expertisecentra en twee expertisecentra in ontwikkeling.

De erkende expertisecentra zijn:

- Het syndroom van Korsakov (QuaRijn).
- Langdurige bewustzijnsstoornis (Accolade Zorg).

De expertisecentra in ontwikkeling zijn:

- D-ZEP (ZorgSpectrum)
- NAH+ (t/m 2023 AxionContinu). Wegens te hoge kosten en uitblijvende financiering heeft AxionContinu besloten uit dit netwerk te stappen. Daarmee is NAH+ niet verankerd in de regio Utrecht.



Resultaat 3: De ambities, doelstellingen en beoogde resultaten van de deelnemende organisaties rond outreachend werken inzake specifieke complexe doelgroepen zijn beschreven.

De belangrijkste ambities, doelstellingen en beoogde resultaten luiden als volgt:

- Betere kwaliteit van zorg voor specifieke complexe doelgroepen van kwetsbare ouderen.
- Zinnige en doelmatige zorg voor specifieke complexe doelgroepen van kwetsbare ouderen.
- Passende zorg op de juiste plek.
- Kennis- en expertisedeling, elkaar informeren over het zorgaanbod voor specifieke complexe doelgroepen van kwetsbare ouderen.
- Elkaar versterken en/of aanvullen in de zorg voor medemensen: expertise inzetten buiten de grenzen van de eigen instelling/het eigen domein.
- Zorgen dat cliënten uit de complexe specifieke doelgroepen de juiste zorg op het juiste moment krijgen, onafhankelijk van waar ze verblijven. Dit door middel van:
 - vroegsignalering
 - ondersteuning bij het stellen van de juiste diagnose (niet elk alcoholprobleem is Korsakov)
 - betere toeleiding naar de juiste indicaties
 - voorkomen dat iemand (onnodig) in de Wlz komt
 - voorkomen van escalaties
 - langer thuis
 - voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames
 - voorkomen van niet-noodzakelijke verhuizingen naar (specialistische) afdelingen
 - voorkomen van een crisissituatie.

Resultaat 4: Een voorstel voor verdere ontwikkeling van de benodigde infrastructuur, gericht op outreachend werken. Hierin staat beschreven hoe kennisdeling en outreachend werken vorm kunnen krijgen, worden randvoorwaarden aangegeven en voorstellen gedaan voor de governancestructuur, de wijze van bekostiging en de wijze van informatie delen. Hierbij wordt gezocht naar samenhang en samenwerking met de landelijke LVHC-netwerken.

De link naar de presentatie op het slotcongres van 30 januari jl. vindt u [hier](#).

ACTIELIJN 1

Infrastructuur voor domeinoverstijgende financiering

Domeinoverstijgende
FINANCIERING





Doelstelling en aanpak

Doel van dit project was om een instrument te ontwikkelen op basis waarvan in/bij domeinoverstijgende projecten/afspraken de kosten en baten rechtvaardig over de deelnemende partijen worden verdeeld. Bijvoorbeeld op basis van type product/dienst, uitgaven van organisatie en/of doelgroepen. Dit instrument kan vervolgens dienen als basis om te komen tot financiële samenwerkingsafspraken of het goede gesprek te starten voor regionale samenwerkingen. Van concurrentiemodellen naar regionale modellen. Uitgangspunt is dat de verdeelsystematiek geënt is op landelijke ontwikkelingen die voor de VVT-sector relevant zijn.

Hiertoe hebben we een kennissessie georganiseerd, deskresearch uitgevoerd, diverse project- en stuurgroepoverleggen georganiseerd waarin onder andere doel van het instrument en programma van eisen zijn besproken. Ook is onder verschillende leveranciers een uitvraag uitgezet en heeft selectie plaatsgevonden in overleg met Lysias, de ontwikkelaar van het instrument.

Behaalde resultaten

Op dit moment leggen we met experts uit het veld en Lysias (in samenwerking met Cebeon) het fundament van het instrument. Betrokken organisaties hebben drie projecten aangedragen die hierbij als testcasus gebruikt worden. Daarbij kijken we of het instrument oplevert wat beoogd wordt in het programma van eisen. Dit leidt tot meer interesse in en grotere betrokkenheid vanuit organisaties.

Belangrijkste les tot nu toe: de financiële kosten en baten zijn net zo belangrijk zijn als de maatschappelijke kosten en baten. Om beide aspecten voldoende inzichtelijk te maken, zal het instrument daarom ruimte bieden om het initiatief uit te schrijven en de verschillende soorten kosten en baten te benoemen. Bij de output zullen zowel de maatschappelijke als de financiële kosten en baten weergegeven worden.

De link naar de presentatie op het slotcongres van 30 januari jl. vindt u [hier](#).

ACTIELIJN 2

Ambulante complexe ouderenzorg

Ambulante complexe
ouderenzorg





Doelstelling en aanpak

Doel van dit project was het verkennen van de mogelijkheden om te komen tot dekkende afspraken over behandeling en begeleiding thuis. Waarbij medische kennis vanuit een Wlz-setting kan worden aangeboden aan ouderen thuis, zodat opnames voorkomen of vertraagd worden en schaarse capaciteit en deskundigheid optimaal worden ingezet.

Hiertoe zijn we medio 2023 samen met ONUe, ONTiE en ONZe gestart met de samenwerking binnen het project ambulante complexe ouderenzorg (ACO). Binnen ACO is afgestemd welke activiteiten specifiek voor de subregio zijn en welke overstijgend voor de gehele regio. Vervolgens hebben we de overstijgende activiteiten onderverdeeld per subregio, in lijn met waar de subregio al bij betrokken was.

Behaalde resultaten

Op regionaal niveau hebben we vijf mijlpalen benoemd en hiervoor doelstellingen geformuleerd. Hierna volgen de behaalde resultaten per mijlpaal:

Mijlpaal 1: Financiële vraagstukken

- Advies voor bestuurders hoe om te gaan met financiële tekorten (memo in januari 2024 gereed). In het advies wordt voorbeeld Netwerk Oudergeneeskunde Amsterdam (NOA) en handreiking zorgkantoor meegenomen.
- SO-kostprijsberekening opgesteld en parameters getoetst bij alle netwerken.
- Gesprek met afzonderlijk zorgkantoor, NZa en InEen over speelruimte binnen GZSP over de uitzonderingsregel. Deze regel kent zijn slechts twee uitzonderingen: gericht overleg met de behandelend arts. En bekostiging van de huisarts voor de inzet tijdens een meedenkconsult.
- Overzicht netwerken/andere projecten in het land plus welke acties zij ondernemen rond bekostigingsvraagstukken.

Activiteiten die doorschuiven naar 2024:

- Verkenning knelpunten in bekostiging regiebehandeling SO-huisarts.
- Verkenning behoefte HA-SO-inzet regiebehandeling door SO in Wlz-zorgtraject.

Mijlpaal 2: Borging

- Basisnetwerkstructuur ONTiE opgezet en geleerde lessen meegenomen in voorstel inrichting ACO.
- Voorstel inrichting ACO en borging netwerken opgesteld.
- Voorstel inrichting ACO besproken, gevolgd door akkoord bestuurders in stuurgroep ACO.

Mijlpaal 3: Systematiek effectmeting

- ONUe en ONZe hebben data verzameld aan de hand van verwijzingen/inzet per minuut SO-Psych, 2022 en 2023.
- Regio ONZe: tevredenheidsmeting onder huisartsen, resultaat volgt in Q1 2024.
- Overzicht netwerken/andere projecten in het land plus hun activiteiten op het gebied van dataverzameling.
- Zilveren Kruis is gevraagd wat zij inzichtelijk willen hebben omtrent de effecten van oudergeneeskundige netwerken. Helaas nog geen input ontvangen.
- ONTiE is traject over evalueerbaarheid van netwerkzorg gestart.

Activiteiten die doorschuiven naar 2024:

- Advies ONTiE over andere manier van werken rondom evalueerbaarheid netwerk wordt in 2024 opgeleverd. Daarna volgt bespreking binnen ACO en/of ONUe en ONZe.

Mijlpaal 4: Bevorderen samenwerking

- Themagroepen ingericht rond de ontwikkeling van specifieke vraagstukken, zoals Wzd, medicatie eerste lijn, probleemgedrag en systeemproblematiek, Welzijn op recept, indicatiestelling in samenwerking met ZCC. Loopt door in Q1 2024 om de doelen van 2023 te behalen.
- Congres georganiseerd door en voor professionals in de regio over Korsakov, Parkinson en Wzd. Psychologen hebben twee workshops verzorgd over het bevorderen van samenwerking met huisartsen rond GGZ-problematiek.

Mijlpaal 5: Kennis delen en implementeren

- Standpunt rol SO in eerste lijn inzake Wzd beschreven, evenals een standpunt over 'rol SO inzake Wzd bij niet-geregistreerde organisaties', inclusief onderbouwing standpunt en advies voor vervolg (hoe te komen tot eenduidige kaders/werkwijzen en hoe huisartsen informeren). Uitgangspunt: uitvoering van de inzet laten aansluiten bij lokale verschillen (eenduidig, maar niet eenvormig). Gezien de beperkte financiële middelen aarzelen bestuurders om dit thema doorgang te geven binnen ONUe. Waarschijnlijk wordt in ieder geval op korte termijn met de diverse geclusterde woonvormen en niet-geregistreerde thuiszorgorganisaties gesproken over Wzd-issues (SO's van ONUe worden namelijk daar ingezet, omdat genoemde organisaties geen eigen SO hebben en regelmatig blijkt dat hun Wzd-kennis te beperkt is).
- Conceptversie inzake werkafspraken rechterlijke macht is gereed.
- Visie en protocol opgesteld voor inzet dementie-remmende medicatie (voor SO en HA). Daarnaast is een eenduidige werkwijze ontwikkeld voor verstrekken medicatie door SO in eerste lijn (in afstemming met HA en apotheek).

Activiteiten die doorschuiven naar 2024:

- Doorontwikkelen AGT/MGT in alle regio's, mede op basis van tevredenheidsmeting huisartsen.
- Uitwerking werkafspraken teleconsultatie volgt in Q1 2024, evenals mogelijkheden omtrent de bekostiging hiervan. De mogelijkheid van teleconsultatie binnen ONTiE wordt besproken met de andere netwerken en mogelijk uitgerold in 2024.
- Delen van bevindingen ONUe-werkgroepen medicatie eerste lijn/systeemproblematiek met ONTiE en ONZE en kijken hoe dit in hun regio's geïmplementeerd kan worden (Q1 2024). Voor voorschrijven medicatie is 24/7 bereikbaarheid SO randvoorwaardelijk. Hoe dit in de regio vorm te geven, wordt eveneens in Q1 2024 bepaald.

De link naar de presentatie op het slotcongres van 30 januari jl. vindt u [hier](#).

ACTIELIJN 2

(Door)ontwikkeling arrangementen voor passende ondersteuning en zorg aan huis

passende ondersteuning
en zorg aan huis



Doelstelling en aanpak

Doel van dit project was om inzicht te krijgen in de onderliggende systematiek en processen, en deze om te zetten in generieke handvatten op inhoud en proces voor ouderenzorgorganisaties. Dit om passende ondersteuning en zorg aan kwetsbare ouderen aan huis te bieden, vanuit de gedachte van zelf- en samenredzaamheid (reablement).

Ter voorbereiding hebben we deskresearch uitgevoerd naar drie reeds geïmplementeerde landelijke initiatieven. Vervolgens is een scan uitgevoerd onder enkele VVT-organisaties in de regio Utrecht inzake de implementatie van reablement: hoe geven zij hier invulling aan, waar lopen zij tegenaan en waar liggen behoeften ten aanzien van (door)ontwikkeling? Analyse van de uitkomsten heeft inzichten opgeleverd voor generieke handvatten op inhoud en proces.

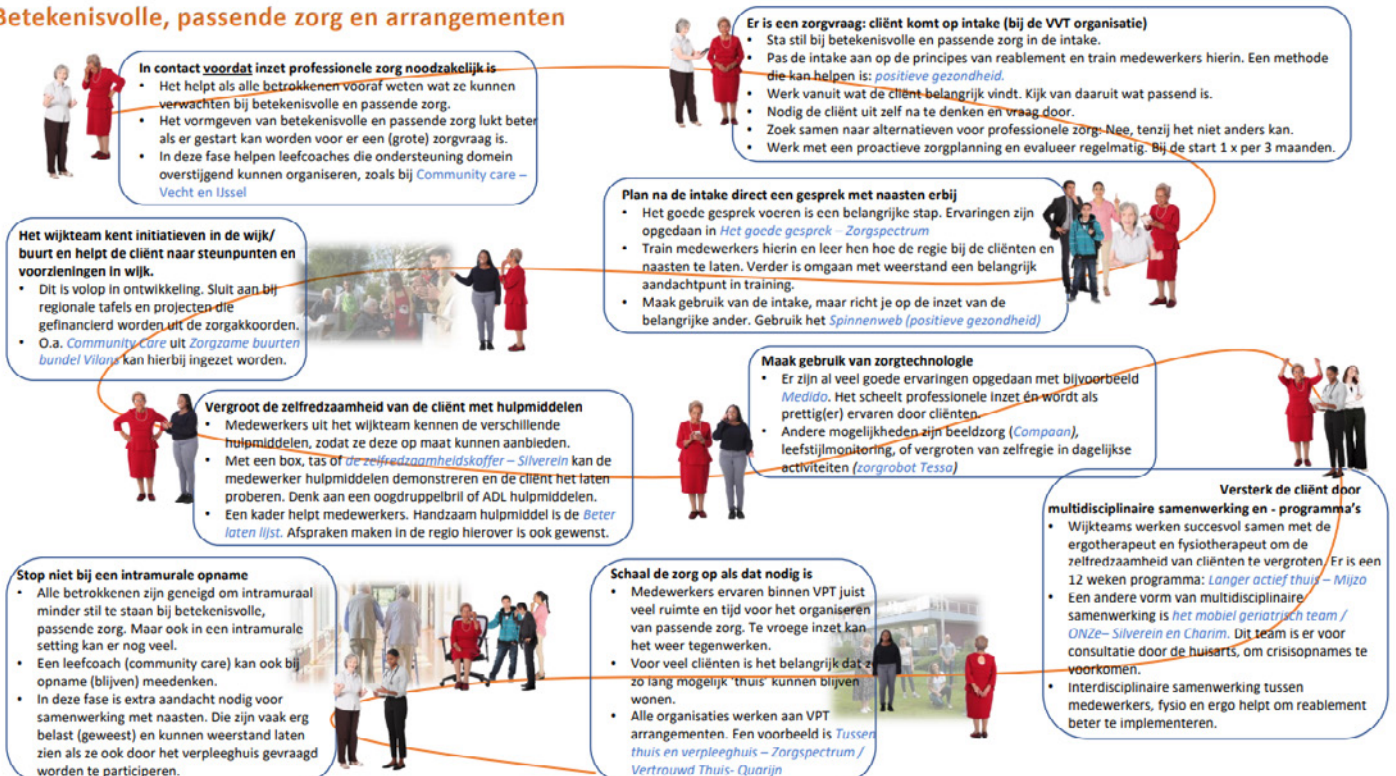
Behaalde resultaten

Op basis van een aantal samenwerkingssessies hebben we een eindrapport opgesteld, met daarin de volgende elementen:

- De cliëntreis: inzicht in methoden om passende arrangementen samen te stellen tijdens het zorgproces (zie figuur hieronder).
- Handvatten voor organisaties om betekenisvolle en passende zorg te faciliteren.
- Overzicht van ervaringen van organisaties in de regio om elkaars inzichten te benutten.

De link naar de presentatie op het slotcongres van 30 januari jl. vindt u [hier](#).

Betekenisvolle, passende zorg en arrangementen



ACTIELIJN 3

Versterken transformatiekracht individuele VVT-aanbieders

De transitie in de ouderenzorg is alleen als VVT-sector gezamenlijk te realiseren, in samenwerking met partners uit aanpalende domeinen. Om collectief de goede en waar mogelijk grote stappen te zetten, dienen individuele zorgorganisaties daar goed op voorbereid te zijn en blijvend hun aandeel te kunnen leveren. Actielijn 3 had daarom tot doel de transformatiekracht van individuele VVT-aanbieders te versterken. Hierbij hebben we gekozen voor vier thema's waarop organisaties projecten konden indienen. Hierna volgen per thema de behaalde resultaten, succesfactoren, belemmeringen, opgedane inzichten en financiële verantwoording.

Algemeen

Actielijn 3 omvatte in 2023 54 projecten, waarvan de meeste zijn gestart in of net na de zomer. In de eindrapportage is vaak te lezen dat er een mooie start is gemaakt, maar dat het tijd en energie vergt voordat een organisatie nieuw gedachtegoed, nieuwe werkwijzen en nieuwe samenwerkingen omarmt. Vorig jaar zijn elf projecten volledig afgerond; de overige lopen door in 2024. Soms betreft dit activiteiten die nog niet hebben kunnen plaatsvinden, maar vaak gaat het ook over het verder vormgeven van de transitie in de eigen organisatie.

Ontwikkelen en/of implementeren van zorg-aan-huisarrangementen

Dertien projecten waren gericht op het ontwikkelen en/of implementeren van zorg-aan-huisarrangementen. De verschillen tussen organisaties blijken groot. Sommige organisaties hadden al succesvolle pilots lopen met het aanbieden van VPT en wilden opschalen, andere waren nog in een oriënterende fase en wilden uitzoeken of en zo ja hoe zij VPT en MPT konden aanbieden. Daardoor lopen ook de resultaten uiteen. Organisaties in een oriënterende fase geven aan een goede basis te hebben gecreëerd om te starten met VPT. Ze hebben in kaart gebracht welke cliënten baat kunnen hebben bij deze leveringsvorm en op welke manier, medewerkers hebben scholing gekregen en een aantal organisaties heeft een visie op VPT ontwikkeld. Organisaties met meer ervaring met VPT/MPT melden dat zij het aanbod in VPT/MPT succesvol hebben opgeschaald en een groei in aantal cliënten hebben gerealiseerd.

Ook hebben organisaties zich aangesloten bij regionale overleggen voor kennisdeling met ketenpartners.

Als succesfactor werd vaak de brede beschikbaarheid van kennis over VPT/MPT genoemd. De samenwerking met in- en externe stakeholders en het delen van kennis maakten het mogelijk een goede basis te leggen. De opgedane ervaring vergemakkelijkte het opschalen in volgende teams. Ook enthousiaste medewerkers, bewoners en naasten werden bestempeld als succesfactor. Motivatie en draagvlak zorgden voor inspiratie en goede samenwerkingen leidden ertoe dat organisaties met en van elkaar konden leren. Ook de vaak korte lijnen binnen teams werden genoemd als succesfactor.

Organisaties ervaarden ook enkele belemmeringen bij het uitvoeren van de projecten. Zo was bij een aantal organisaties sprake van wisseling in managers, beperkte personeelscapaciteit of verliep de werving van nieuwe medewerkers moeizaam. Bij sommige organisaties toonden cliënten geen of beperkt interesse in VPT/MPT. Een van de organisaties geeft ook aan dat cliënten én medewerkers snel teruggrijpen op de noodzaak van meer intramurale plekken, en dat nog niet iedereen beseft dat er naar andere leveringsvormen gekeken moet worden.

Gevraagd naar opgedane inzichten, stelden meerdere organisaties dat een gemotiveerd en geëngageerd team helpt om plannen voor elkaar te krijgen. Kennisdeling, effectieve samenwerking en flexibiliteit bij tegenslagen waren belangrijk voor het behalen van resultaten. Het blijkt lastig om VPT-zorg buiten aanleuncomplexen te realiseren, zeker bij cliënten met een hogere ZZP-indicatie. Daarnaast is het zaak verwachtingen aan de voorkant te managen (eigen inzet netwerk, eigen regie cliënt, welzijn, huishoudelijke ondersteuning) en is goede monitoring en sturing noodzakelijk om het rendabel te houden. Een aantal organisaties geeft verder aan inzichten te delen met andere organisaties in VPT-netwerken, bijvoorbeeld in Eemland.

Herijken strategische koers en/of zorginhoudelijke visie

Twaalf projecten waren gericht op het herijken van de strategische koers en/of zorginhoudelijke visie, passend bij de transformatie waar de zorg voor staat. Bijkomend doel was bewustwording te creëren bij teamleiders, medewerkers, vrijwilligers en naasten, zodat zij ook zouden bijdragen aan het behalen van de strategische doelen. Ook op dit punt lopen de resultaten uiteen. Sommige organisaties hebben hun strategische koers of zorginhoudelijke visie herijkt en tevens een roadmap ontwikkeld om hier invulling aan te geven. Bijvoorbeeld door een veranderorganisatie vorm te geven en een communicatieplan op te stellen. Andere organisaties hebben gefocust op het opstellen van een aanpak en het creëren van draagvlak binnen en buiten de organisatie.

Ook bij dit thema werden enthousiaste en betrokken medewerkers, bewoners en naasten als succesfactor genoemd. Het aanstellen van ambassadeurs binnen de organisatie droeg mede bij aan die betrokkenheid. Een aantal organisaties zag ook begeleiding door een extern bureau als waardevol. Andere succesfactoren betroffen commitment van en samenwerking met directie en MT.

In de rapportages werd meer dan eens aangegeven dat het herijken van de strategische koers en/of visie een lange adem vergt. Het vereist ook nieuwe manieren van werken, aanpassingen in dossiers, informatiebijeenkomsten en scholing. Dankzij de projecten is een goede start gemaakt, maar bij veel organisaties loopt dit proces langer door. Overige belemmeringen waren de afwezigheid van of wisselingen in projectleiders en bestuurders, gebrek aan personele capaciteit, en dat de organisatie niet altijd klaar was voor de ontwikkelingen.

Meerdere organisaties deelden het inzicht niet uit te gaan van beelden, medewerkers vroegtijdig te betrekken in het proces om hun motivatie en betrokkenheid te vergroten, en aandacht te besteden aan weerstand en kritische feedback. De dialoog over de gezamenlijke opgave is van belang om te komen tot verandering en regionale samenwerking. Daarnaast gaven organisaties aan dat het vertalen van een beschreven visie, missie en strategie naar daadwerkelijke resultaten tijd, aandacht en vasthoudendheid vergt. Ook het leer- en ontwikkelvermogen van de organisatie vormt een belangrijke factor.

Organiseren van meer samenwerking tussen formele en informele zorg, en van naastenparticipatie

Voor het thema organiseren van meer samenwerking tussen formele en informele zorg, en van naastenparticipatie liepen twintig projecten. Beide thema's zijn vanwege onderlinge overlap samengevoegd in één lerend netwerk. Alle projectplannen waren gericht op het beter betrekken van naasten, vrijwilligers, mantelzorgers en informele zorgverleners, maar de uitwerking verschilde per organisatie, afhankelijk van de behoeften van organisatie en betrokkenen. Sommige organisaties hebben een visie ontwikkeld om informele zorgverleners en naasten meer te betrekken. Veel organisaties hebben familiebijeenkomsten georganiseerd en de nieuwe denkwijze besproken in intakegesprekken met familie. Medewerkers hebben training gekregen om dit in praktijk te brengen. Verder zijn applicaties, e-learningen en folders over familieparticipatie ontwikkeld, en heeft een aantal organisaties aandacht besteed aan medezeggenschapsstructuren.

Een duidelijke succesfactor was om open het gesprek aan te gaan met betrokkenen en de verbinding te zoeken. Een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel zorgde voor enthousiasme en drive om ermee aan de slag te gaan. Duidelijke kartrekkers, betrokken bestuurders en een urgentiegevoel om te veranderen, werden ook als succesfactoren genoemd.

In veel rapportages staat aangegeven dat bij deze ontwikkeling sprake is van een cultuuromslag. De belangrijkste opgedane inzichten zijn dat dit vraagt om tijd, afstemming, betrokkenheid, herhaling van de boodschap en andere werkwijzen van alle betrokkenen. In de projecten is een start gemaakt met de transitie, maar het realiseren van de cultuuromslag zal naar verwachting van de organisaties een meerjarig proces zijn.

Stimuleren van zelf- en samenredzaamheid

Het thema stimuleren van zelf- en samenredzaamheid telde negen projecten, die veelal in het teken stonden van het onderzoeken en implementeren van nieuwe technologieën ter verbetering of ontlasting van de zorg. Bijkomende doelen waren het verkrijgen van inzicht in behoeften van cliënten en medewerkers, en om de cliënt leidend te laten zijn bij het vergroten van diens zelfredzaamheid. Bij een aantal organisaties lag de focus meer op de (voorbereiding voor) implementatie van technologieën, zoals slimme sensoren en leefcirkels. Medewerkers zijn daarbij getraind in het gebruik van deze nieuwe technologieën. Andere organisaties richtten zich in de projecten op reablement en het ontwikkelen van kennis en expertise

daarover. Een aantal organisaties geeft aan ook professionals en naasten te hebben betrokken bij de transitie, en dat dit heeft geleid tot actievere participatie van cliënten en naasten.

Bij de technologieprojecten werden een zorgvuldige voorbereiding en training als succesfactor genoemd. Ook commitment van MT/Raad van Bestuur en de benodigde kennis en expertise droegen bij aan het behalen van resultaten. Bij de reablement-projecten werd aangegeven dat openlijk over de benodigde transitie praten, dialoog stimuleren en het goede voorbeeld geven motiverend werkte voor medewerkers en andere betrokkenen. Andere succesfactoren betroffen contacten met voorlopers op het gebied van reablement, vertrouwen en het samen met cliënten en naasten op zoek gaan naar oplossingen.

Bij bijna alle projecten werd als belemmering de korte doorlooptijd benoemd. Het vergt meer tijd om deze transitie vorm te geven, zodat ook alle organisatorische en technologische randvoorwaarden kunnen worden ingevuld.

Een aantal organisaties gaf aan dat het heel waardevol was om te leren van collega-organisaties in het land, die al verder zijn met de transitie. Het gedachtegoed moet met elkaar beleefd en ervaren worden, en het is verstandig om de tijd te nemen om tot een gedeeld beeld van reablement te komen. De inzet van technologie leidde bij een aantal organisaties tot minder benodigd personeel. Daarnaast gaven organisaties aan dat veel technologische toepassingen het welbevinden van de bewoners ondersteunen.

Dialogospel

Speciaal voor het slotcongres '...En door!' op 30 januari jl. is een dialogospel ontwikkeld waarmee organisaties ervaringen kunnen uitwisselen over lopende, c.q. doorlopen transformaties. Aan de hand van zes vragen en bijbehorende antwoordcategorieën is gesproken over onder andere de aanleiding, doelstellingen, gekozen aanpak, behaalde successen en geleerde lessen. Was u onverhoopt niet bij het congres aanwezig, maar bent u wel benieuwd naar het spel, dan kunt u dit opvragen bij de IVVU.

Dialogetafelspel





ACTIELIJN 1 EN 2

Additionele aanvragen

Gedurende het jaar zijn meerdere aanvragen gedaan voor het onvoorziene budget onder Actielijn 1 en 2. Hieronder wordt een aantal ervan beknopt toegelicht.

Effectmetingssystematiek ONTiE

ONTiE heeft een effectmeting uitgevoerd met een nieuwe systematiek, gebruikmakend van warme en koude data. Deze systematiek wordt in Q1 2024 geëvalueerd. Inzichten uit de evaluatie worden verwacht op 1 april 2024 en gedeeld binnen het ACO-netwerk en met de IVVU.

Verkenning scenario's inzet SOG's in VPT

SOG's onderzoeken gezamenlijk hoe de samenwerking en afstemming in de regio in te richten om de toenemende vraag naar inzet in VPT en MPT het hoofd te kunnen bieden. Dit in samenspraak met huisartsen, HAP en wijkverpleging, met als doel kwetsbare ouderen in Eemland van zorg te kunnen blijven voorzien. Deze verkenning volgt op het reeds ingestelde oudergeneeskundig netwerk ONTiE. Inmiddels is de verkenning uitgevoerd en zijn scenario's ontwikkeld en uitgewerkt in een plan van aanpak.

D-ZEP

Voor D-ZEP is een helder in- en exclusieprotocol ontwikkeld, dat ook gedeeld is met de regio. Er staat een afdeling, specifiek ingericht voor de doelgroep. Het team zorg en behandeling is geschoold. De afdeling heeft wetenschappelijke gegevens en financiële data gedeeld met het landelijke kennisnetwerk voor het verkrijgen van een passend NZa-tarief vanaf 2025. Daarnaast zijn cliënten behandeld conform landelijke afspraken en grotendeels ook teruggekeerd naar de oorspronkelijke woonsetting.



De IVVU is een vereniging van zorgorganisaties in de regio Utrecht. De leden richten zich op het bieden van kwalitatief verantwoorde ouderenzorg in de meest brede zin. Collectief uitgangspunt van de leden is het realiseren van (gespecialiseerde) zorg, ondersteuning en dienstverlening, die aansluit op de vraag en wensen van de cliënten.

030 - 60 555 44
info@ivvu.nl
Dukatenburg 84
3437 AE Nieuwegein



Vereniging van instellingen voor verpleging en verzorging in Utrecht