



Ouderenzorg nu en in de toekomst

Beleidsvisie

OHRA Direct geregeld

N nationale nederlanden



Inhoudsopgave

1	Aanleiding	4
2	Structuur van de ouderenzorg	6
	2.1 Goede ketenzorg vraag regionale regie	6
	2.2 Het zorgaanbod	6
3	De toekomst; borging van veiligheid en zelfredzaamheid	13
4	Ondanks beleid ...	16
5	Bijlage	17

1 Aanleiding

De ouderenzorg in Nederland verandert. Dit komt deels door een veranderende bevolkingssamenstelling: het aantal 65-plussers in Nederland stijgt de komende jaren van 3 miljoen (waarvan 0,7 miljoen 80-plussers) naar 4,7 miljoen (waarvan 2 miljoen 80-plussers) in 2040. Dit is 26% van de totale bevolking. De levensverwachting blijft sterk toenemen en het aandeel jongeren in de totale bevolking neemt af. Per oudere zijn er daardoor steeds minder (mantel)zorgers. Daarom moeten we kijken naar andere manieren van zorg organiseren, om het zorgsysteem ook voor de toekomst houdbaar en betaalbaar te maken.

Ouderen hebben ook verschillende wensen als het aankomt op zorg en ondersteuning. Die liggen in de manier waarop zij zorg willen ontvangen, willen wonen en hun leven willen inrichten. Maar ook in de manier waarop zij zorg benaderen: als recht waarvan zij zo veel mogelijk gebruik willen maken óf als een achtervang voor de dingen die zij écht niet meer zelf kunnen organiseren of uitvoeren.

Door deze ontwikkelingen is de ouderenzorg in Nederland de afgelopen jaren getransformeerd van een generieke voorziening tot maatwerk. Het idee daarachter is dat

door veel meer aan te sluiten op wat mensen zelf nog kunnen, het gebruik van formele en publiek gefinancierde zorg kan worden verminderd. Ook kan de behoefte aan diversiteit beter worden ingevuld en tegelijkertijd kan de ervaren kwaliteit worden vergroot.

Hoewel deze veronderstelling klopt, merken we binnen CZ groep dat er ook nog een lacune is. Bijna 900.000 mensen van boven de 65 voelen zich eenzaam. Van alle 65-plussers woont 52% alleen en van alle 75-plussers 65%. De groep kwetsbare ouderen neemt de komende jaren sterk toe van 750.000 tot 1 miljoen in 2025. Kwetsbare ouderen lopen extra risico's op gezondheidsproblemen of opname in een zorginstelling. De gezondheidsproblemen van ouderen zijn psychisch en somatisch. Steeds meer 75-plussers kampen met depressie of dementie. Daarnaast heeft ongeveer 75% van de groep 75–84-jarigen langdurige lichamelijke beperkingen. Ouderen gaan bovendien vaker dan nu voor hun partner zorgen, waardoor het aantal mantelzorgers met geringe draagkracht en een zware draaglast toeneemt. Voor deze mensen is de bescherming die het verzorgingshuis vroeger bood geen optie meer. Het gevoel van onrust en onveiligheid – bij de oudere en zijn omgeving – wordt onvoldoende opgevangen in de huidige setting. Er ontbreekt een vangnet dat kan



inspelen op deze gevoelens en dat soms acute, maar niet levensbedreigende, zorgvragen van ouderen kan opvangen. Daardoor zien we dat ouderen steeds vaker een beroep doen op zorg van de huisarts of de wijkverpleegkundige, of dat zij in sommige situaties (te snel) belanden op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

Daarnaast merken we in de praktijk dat de organisatie van de ouderenzorg beter kan:

- De zorg voor ouderen wordt verleend door verschillende zorgaanbieders, die op uiteenlopende manieren bekostigd worden en georganiseerd zijn. Al deze aanbieders werken vanuit een eigen taakopdracht en eigen – welgemeende – inzichten die niet altijd synchron lopen. Daardoor kunnen onder meer coördinatieproblemen van zorginzet ontstaan.
- Er is sprake van een groeiend tekort aan goed geschoold personeel, vooral in de thuiszorg. Dit uit zich in een hoge werkdruk en een toenemend beroep op mantelzorgers.
- Er is niet overal een goede match tussen de behoefte aan passende woonvoorzieningen voor kwetsbare mensen en het aanbod daarvan. Dit betreft het aanbod van geschikte woningen tussen het verpleeghuis en 'het huis waarin je al jaren woont' in én het aanbod van verpleeghuisplaatsen.

- Het gevoel van onveiligheid wordt te vaak opgevangen met een curatieve verblijfplossing, zoals een opname op de SEH, een eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg. Met capaciteitsknelpunten op die voorzieningen als gevolg.

CZ groep wil iets doen aan deze problematiek binnen het bredere systeem van ouderenzorg, zonder de maatschappelijke transitie – met ook al zijn positieve kanten – terug te willen draaien. In dit document schetsen wij hoe wij onze rol daarin zien, en hoe wij hierin een groeimodel voor onszelf zien de komende jaren.

Leeswijzer

Dit document beschrijft de onderlinge samenhang van het zorginkoopbeleid van CZ groep voor (kwetsbare) ouderen. Het document is bedoeld als preambule bij onze zorginkoop. Daarbij willen we een samenhangende zorgcontracteringsstructuur creëren en komen tot een goede samenwerking tussen de verschillende sectoren, zowel intern als extern. Zo kunnen we een effectieve zorgketen faciliteren voor (kwetsbare) ouderen.

De kern van onze aanpak is dat zorgaanbieders primair de verantwoordelijkheid hebben (en voelen) voor goede zorgverlening in de keten door zorgcontractering. Via onze begeleidingsfunctie (het uitvoeringsorgaan Wlz) willen wij het primaire aanbod aan onze verzekerden versterken.

Dit document is primair gericht op de ouderenzorg binnen de zorgverzekeringswet. CZ groep is in 6 “zorgkantoorregio’s” ook uitvoerder van de Wlz. Hoewel de Wlz gebonden is aan andere regels dan

de Zvw, bijvoorbeeld rondom de toegang tot zorg, zal CZ groep zich inspannen om daar waar mogelijk de structuur zoals beschreven in deze beleidsvisie ook uit te strekken tot de Wlz. Zodat er echt een zorgketen ontstaat voor de verzekerde.

Dit document is als volgt opgebouwd. In dit hoofdstuk hebben we de aanleiding en de huidige knelpunten beschreven. In hoofdstuk 2 staan we stil bij de regionale structuur zoals CZ groep die ziet. Wij willen zorgaanbieders stimuleren om deze per regio te organiseren. Ook gaan we dieper in op het zorginkoopbeleid per sector. Wat doen onze sectoren op het gebied van ouderenzorg en waar zit de verbinding? In hoofdstuk 3 kijken we vooruit: wat is er nodig om te voldoen aan de toekomstige behoefte aan zorg? Om in de situaties waarbij de reguliere zorgcontractering niet de oplossing is, tóch een antwoord te kunnen bieden, beschrijven wij in hoofdstuk 4 verschillende interventies die wij kunnen inzetten.

2 Structuur van de ouderenzorg



2.1 Goede ketenzorg vraagt regionale regie

Voor een goede werking van de keten is afstemming nodig met gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren. CZ groep benadrukt met zijn zorginkoopbeleid het belang om het gesprek in de regio te blijven voeren, omdat iedere regio haar eigen 'couleur locale' kent. Dit gaat breder dan overleg over specifieke thema's, zoals spoedzorg of specifieke inkoopsectoren, maar moet belicht worden vanuit de hele keten. Daarbij moeten bijvoorbeeld ook de reguliere doorstroom, de triage, de opnamecapaciteit en de zorgduur worden meegenomen. Dit kan niet alleen vanuit het ziekenhuis of de thuiszorg worden bekeken, maar vraagt inzet van alle spelers in een regio.

Onder meer via onze sector Regioregie organiseren we samenwerking tussen partners in de regio om inwoners gezonder te houden. En als zij dan toch patiënt worden, willen wij dat we zorg kunnen bieden die ze echt nodig hebben, dichtbij, van hoge kwaliteit en passend bij hun zorgvraag. Met regie in de regio denken wij toekomstbestendige zorg rondom (kwetsbare) ouderen mede vorm te kunnen geven.

CZ groep verwacht het volgende:

- Zorgaanbieders verenigen zich in een netwerk, kiezen een integrator uit hun midden en richten gezamenlijk de keten rondom oudere inwoners procesmatig, organisatorisch en inhoudelijk in. Zij richten het proces zuinig en zinnig in, maken afspraken over afstemming van de zorg (wie levert wat), informatie-deling, afstemming van de zorg op de patiëntvraag, enzovoort.
- Wanneer dit ketenproces niet zinnig en zuinig kan worden ingericht vanwege financiële oorzaken, wordt de inkoper daarover geïnformeerd. Het netwerk doet een voorstel ter verbetering.
- Wanneer in dit proces van inrichten duidelijke impasses ontstaan, wordt de inkoper daarover benaderd.
- Als wij door grote problemen onze zorgplicht niet kunnen nakomen, zetten we een QRT in (zie hoofdstuk 4).

2.2 Integraal zorgaanbod

CZ groep wil de zorgketen voor ouderen zo integraal mogelijk laten functioneren. Zorg moet op de juiste plek plaatsvinden en door de juiste zorgaanbieder. Met oog voor de wensen van ouderen en goede ondersteuning

en begeleiding. Daarbij wordt de zorgverlening goed gecoördineerd en krijgen alle patiënten in eerste instantie de kortste of minst intensieve behandeling of begeleiding, zo dicht bij hun thuissituatie als veilig en verantwoord is. Daarbij wordt onder meer 'samen beslissen' ingezet. Alleen als deze zorginzet onvoldoende resultaat oplevert, wordt overgegaan op een meer intensieve behandeling of begeleiding, zo kort mogelijk, in de eerste of tweede lijn. De overgang van de ene zorgaanbieder naar de andere moet vanzelfsprekend, goed gepland, zonder complicaties en met een goede overdracht plaatsvinden.

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

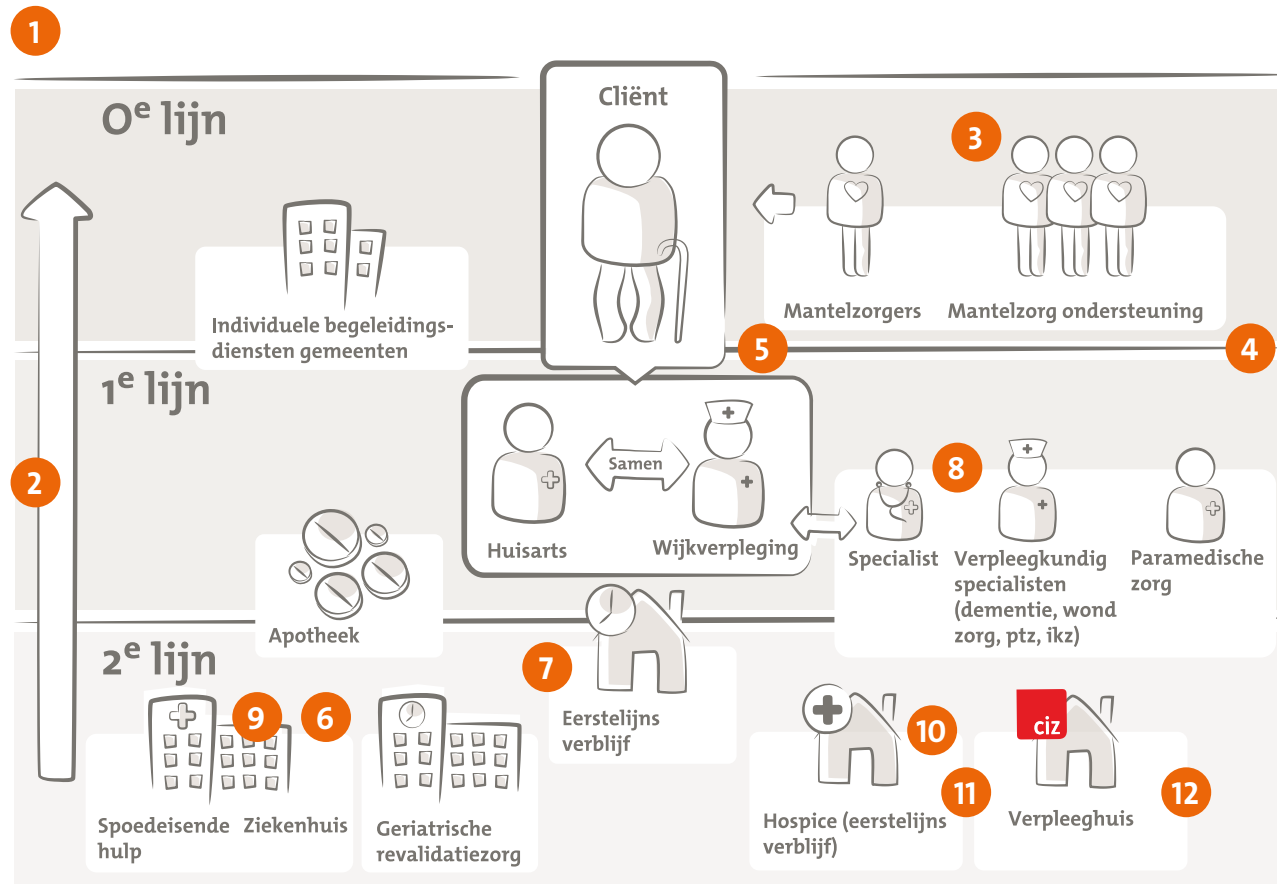
CZ groep contracteert de zorg sectoraal, waardoor wellicht niet altijd duidelijk is vanuit welk totaal-perspectief wij denken. Met onder meer deze beleidsvisie en regionaal overleg over de zorg brengt CZ groep meer lijn aan in het beleid van de verschillende sectoren op het gebied van ouderenzorg. Hiermee willen wij bijdragen aan het faciliteren van een goede samenwerking in de keten. Daarbij leggen we de focus op de verbindingen tussen de verschillende zorgsoorten om het beleid rondom 'zo lang mogelijk verantwoord thuis te wonen' te realiseren.

In onderstaande afbeelding ziet u hoe de zorgketen rondom ouderen eruitziet en welke inkoopdoelstellingen CZ groep daarin nastreeft.

Al onze sectoren houden zich bezig met het inkopen van zinnige en zuinige zorg – zorg die zoveel mogelijk waarde oplevert voor onze verzekerden. We willen dat de zorg afgestemd is op de zorgbehoefte van (kwetsbare) ouderen en van hoge kwaliteit is, tegen acceptabele kosten.

Daarbij willen we de zorg zo laag mogelijk in de keten beleggen. Substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn en van de eerste naar de nulde lijn is een centraal punt.

De inkoopdoelstellingen in onderstaande afbeelding komen verder tot uitdrukking in het beleid per sector voor 2018, zoals beschreven in dit hoofdstuk. Voor het nu geldende beleid rondom ouderenzorg wordt verwezen naar het inkoopbeleid van de specifieke sectoren op onze website. In de bijlage zijn een aantal projecten van CZ groep opgenomen op het gebied van ouderenzorg.



1. Inkopen van zinnige en zuinige zorg, goede waarde (kwaliteit/prijs)
2. Zorg zo laag mogelijk in de keten (bijv. (tijdelijke) ELV in plaats van GRZ, of thuis in plaats van ziekenhuis)
3. Zorgen voor voldoende respijtzorg voorzieningen bij de gemeente
4. Organiseren met gemeenten dat cliënten die zorg nodig hebben dit direct kunnen krijgen
5. Regionale afstemming en preventie
6. Bevorderen goede uitstroom en overdracht per regio (transmurale zorgbrug)
7. Minder herstelzorg, meer preventieve inzet
8. Verbeteren van kennisdeling tussen specialisten en huisarts/ wijkverpleegkundige
9. Voorkomen van spoedopnames op de SEH
10. Toegankelijke hospices waar nodig
11. Borging kwaliteit high care hospices (low care alleen nog maar extramuraal)
12. Voorkomen "oneigenlijk gebruik" GRZ en ELV voor patiënten die eigenlijk naar het verpleeghuis moeten

Huisartsenzorg

De belangrijkste taak van de huisarts is het geven van generalistische, continue en persoonsgerichte zorg in de eigen woonomgeving van de patiënt. Daarbij wordt zelfredzaamheid gestimuleerd. De rol van de huisarts als poortwachter is cruciaal. Hij behoudt het overzicht van de geleverde zorg (de zogenaamde patiëntmanagerfunctie) en bewaakt de doelmatigheid. Zorggerelateerde en geïndiceerde preventie maakt deel uit van het takenpakket van de huisarts.

In het zorginkoopbeleid Huisartsenzorg vertaalt CZ groep dit op de volgende manier:

- **Patiëntgerichte zorg:** Bij het contracteren van zorg maken we afspraken die leiden tot zorg die beter is afgestemd op de zorgvraag van de patiënt en waarbij eigen verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid en samen beslissen worden gestimuleerd.
- **Wijkgerichte samenwerking:** Wij streven naar een wijkgerichte, integrale samenwerking met een centrale rol voor de huisartsenvoorziening en de wijkverpleegkundige. De huisarts werkt samen met de wijkverpleegkundige en andere eerstelijnszorgaanbieders op het gebied van casefinding, signalering van zorgmijders en de zorg voor chronisch zieken en kwetsbare mensen in de wijk. Daarbij is de huisartsenvoorziening de gesprekspartner voor de tweedelijnszorg. Als meerdere zorgaanbieders bij een patiënt betrokken zijn, staat een betere coördinatie en afstemming van zorg in de wijk centraal, net als het werken vanuit 1 zorgleefplan met daarbij aandacht voor gezamenlijke zorgdoelen en een goede informatieoverdracht.

- **Prestatie ouderenzorg:** Om goede zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie te simuleren, heeft CZ groep de prestatie ouderenzorg ontwikkeld. Deze wil de huisartsenvoorziening faciliteren in de overgang van reactieve naar proactieve ouderenzorg. Naast financiering voor onder andere organisatie en coördinatie in de zorg, biedt deze prestatie ook een ICT-tool om de (digitale) communicatie te ondersteunen tussen verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorgverlening. Ook bevat de prestatie een component voor transmurale ouderenzorg met als doel om de afstemming en overdracht tussen huisartsenvoorziening en ziekenhuis te verbeteren. We gaan regionaal bekijken of we gericht de prestatie ouderenzorg kunnen aanbieden bij huisartsenpraktijken met veel 75-plussers. Ook gaan we regionaal bekijken of zorggroepen huisartsen kunnen ondersteunen bij het vormgeven van proactieve, multidisciplinaire en afgestemde zorg voor kwetsbare ouderen. Tot slot gaan we regionaal experimenteren met het integraal en/of afgestemd contracteren en bekostigen van de verpleegkundige spijlfunctie; een combinatie tussen de wijkverpleegkundige en de praktijkondersteuner ouderenzorg.
- **Generalistenmodel:** Ook binnen de huisartsenzorg wordt gewerkt met het generalistenmodel. Uitgangspunt is dat de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt verleend. Als de patiënt gespecialiseerde zorg nodig heeft, verwijst de huisarts hem, na gedeelde besluitvorming, gericht en onderbouwd door naar de tweede lijn.

- **Substitutie van zorg:** In de eerste lijn als dat kan, in de tweede lijn als dat nodig is. Substitutie kan alleen plaatsvinden als de eerste lijn hiervoor is uitgerust. CZ groep stimuleert daarom initiatieven op dit gebied. Momenteel zijn er pilots voor onder andere taakdelegatie, anderhalvelijnszorg, consultatiemogelijkheden, huisartsenbedden, eerstelijnsdiagnostiek en het stimuleren van zelfredzaamheid.
- Waar mogelijk worden e-health en andere innovatieve middelen ingezet die zelfzorg of blended care¹ stimuleren. CZ groep stimuleert en faciliteert zijn verzekeren en de zorgaanbieders bij het gebruiken van tools voor zelfmanagement.

Huisartsendienstenstructuren

- CZ groep wil dat huisartsenposten (HAP's) samenwerken met de spoedeisende hulp (SEH), en bij voorkeur fysiek integreren, met een volgtijdige toeleiding bij 'lopende' patiënten. Het voornaamste argument voor deze samenwerking is dat er voor patiënten 1 loket voor acute zorg komt in de ANW-uren, zodat patiënten geholpen worden op de juiste plek, tegen de juiste kosten.
- CZ groep wil minder ambulanceritten met patiënten die achteraf gezien ook naar de HAP hadden gekund. Dit wordt onderdeel van de taakstellende afspraken die wij met de betrokken zorgverleners maken.

¹ Zorg waarbij 'traditionele face to face' zorgverlening wordt uitgebreid met technologische online interventies om de kwaliteit, de productiviteit en de betaalbaarheid van de zorg te verbeteren.

- Om onnodige verwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen, vindt CZ groep het belangrijk dat huisartsen in de ANW-uren kunnen beschikken over eerstelijnsdiagnostiek (beeldvormende diagnostiek, functieonderzoeken en laboratoriumonderzoek, bij voorkeur in dezelfde fysieke omgeving, oftewel integratie HAP-SEH).

Wijkverpleging

Goede wijkverpleegkundige zorg versterkt de eigen regie en kan de kwaliteit van leven van onze verzekerden in de thuissituatie vergroten. Ook kan dit een beroep op zwaardere zorg en escalatie naar de tweede lijn voorkomen of uitstellen. Zorg en ondersteuning in de nabijheid moeten onze verzekerden in staat stellen om zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te blijven, ondanks ziekte, beperking of ouderdom, zolang dat verantwoord en doelmatig te organiseren is. De focus ligt hierbij op zelfredzaamheid, eigen regie, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik en het bevorderen van sociale contacten. Hierin trekken wij waar nodig en zinvol samen op met de gemeenten.

In het zorginkoopbeleid Wijkverpleging vertaalt CZ groep dit op de volgende manier:

- Generalistenmodel: CZ groep contracteert wijkverpleging vanuit een 'generalistenmodel'. Wij sturen erop dat de wijkverpleegkundige (met haar team) zo veel mogelijk zorg zelf kan oppakken – samen met de huisarts – zodat er niet te veel afstemming nodig is. Ook advies, instructie en voorlichting die is gericht op het versterken van de zelfredzaamheid, maakt hier deel van uit. Voor de generalistische zorg contracteren wij een ruime variatie aan zorgaanbieders, zodat de

verzekerde kan kiezen voor een aanbieder die goed bij zijn zorgvraag past.

- Specialistische kennis: Het wijkverpleegkundige team wordt waar nodig ondersteund door specifieke kennis van een specialist ouderengeneeskunde, een geriater, een casemanager dementie of een palliatieve en wondregisseur². Deze functies kopen wij in bij een beperkt aantal zorgaanbieders per regio. Zij moeten 'white label' werken en hun kennis en kunde inzetten voor alle cliënten in de regio, ongeacht waar die hun basiszorg afnemen.
- Duidelijk aanspreekpunt voor het sociale domein: CZ groep vindt dat een regionale infrastructuur bijdraagt aan de afstemming van de zorg rondom de oudere. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat het sociale wijkteam van de gemeente weet bij wie ze moeten aankloppen als er vragen zijn over de zorg. Deze functie koopt CZ groep gericht in bij een beperkt aantal aanbieders. Aan hen vragen wij vervolgens om samen met de gemeente te zorgen voor een dekkende infrastructuur. Ook voor deze functie geldt dat wij werken vanuit de white-label-gedachte, ofwel: beschikbaar voor alle inwoners van een gebied.
- Experimentruimte: CZ groep maakt in een aantal regio's gebruik van de experimenteerruimte die de NZa biedt om afspraken te maken over een vorm van 'persoonsgebonden bekostiging'. Door af te stappen van het uurtje-factuurmodel, ontstaat ruimte om preventie en zorg terug te leggen in de nulde lijn.
- E-health: De zelfredzaamheid van de verzekerde wordt versterkt door de mogelijkheden van zelfregie te vergroten met bijvoorbeeld ICT en/of domotica.

Eerstelijns Paramedische Zorg

Paramedische zorgaanbieders bevinden zich in de directe omgeving van verzekerden en kunnen oplossingen bieden die de zelfredzaamheid en therapietrouw vergroten. Daarom wil CZ groep in goede afstemming en samenwerking met de paramedische zorgaanbieders het zorgaanbod optimaal laten aansluiten bij de wensen en behoeften van verzekerden.

CZ groep heeft enkele doelgroepen aangewezen voor de zorginkoop 2018, waarbij we kijken naar de totale keten van zorg en niet naar delen daarvan. Deze doelgroepen vertonen veel overlap met de ouderenzorg:

- Zorgketen bij heup- en knieartrose: CZ groep stuurt via zijn zorginkoop op een juiste organisatie en inzet van de zorgketen bij heup- en knieartrose. Wanneer er klachten ontstaan, krijgt de patiënt zorg volgens het stepped care-principe. Daarbij wordt eerst de meest eenvoudige therapie geprobeerd en pas daarna wordt opgeschaald naar een behandeling en eventueel een operatie. Als een patiënt een nieuwe heup of knie heeft gehad, krijgt hij daarna passende revalidatie en ondersteuning (matched care). Tot slot sturen wij bij de zorginkoop op zelfmanagement bij fysiotherapeutische zorg, zeker in het traject voor een (eventuele) operatie. Patiënten kunnen zelf hun pijnklachten verminderen en het fysiek functioneren bij knie- en heupartrose verbeteren of de verergering ervan verminderen.

² Een wondregisseur kan elke zorgverlener zijn die aan de gestelde (kwaliteits)eisen voldoet. Bijvoorbeeld een wondconsulent, een verpleegkundig specialist, een Master in Wound Healing & Tissue Repair etc.

Bijvoorbeeld door een verandering van voeding, waardoor zij afvallen. Of door een balans te vinden tussen belasting en belastbaarheid, of door meer te bewegen en hun fitheid te verbeteren. Wij verwachten dat fysiotherapeuten hier in hun behandeling op ingaan.

- Selectieve inkoop: Ook past CZ groep selectieve inkoop toe binnen de paramedische zorg om zo de beste zorg te kunnen bieden. Dit doen wij bij de behandeling van de ziekte van Parkinson (sectorbreed: fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek, logopedie en ergotherapie) en daarnaast voor fysiotherapie bij bekkenbodemplachten, lymfedevoeding/oedeemproblematiek en claudicatio intermittens. Voor deze behandelingen contracteren wij alleen zorgaanbieders die over een specifieke opleiding of specifieke ervaring beschikken.
- Waarde in de paramedische zorg: Het verhogen van de waarde van de zorg staat centraal in ons zorginkoopbeleid. Bij paramedische zorg ligt de focus nu op fysiotherapie, omdat hier op korte termijn de meeste potentie ligt voor de ontwikkeling naar waarde. Bij fysiotherapie richten we ons voor 2018 op de zorg bij een CVA, bij COPD en bij lage rugklachten. Dit doen wij vanwege de prevalentie van deze aandoeningen, het grote aandeel dat deze zorg heeft op het totaal aantal behandelingen en de beschikbare kwaliteitsinformatie.

Farmaceutische zorg

Ouder worden gaat vaak gepaard met verschillende gezondheidsklachten waar mensen medicatie voor gebruiken. Bij kwetsbare ouderen zien we het aantal verschillende geneesmiddelen dat chronisch wordt gebruikt vaak nog verder toenemen.

Openbare farmaceutische zorg in Nederland bestaat uit 2 onderdelen. Naast het verstrekken van geneesmiddelen hoort daar ook het begeleiden van mensen bij, zodat zij hun medicatie veilig kunnen gebruiken. Hierbij is afstemming met artsen om doelmatig voorschrijven en afleveren mogelijk te maken. Zowel de zorg als (de verstrekking van) de geneesmiddelen koopt CZ groep overwegend in bij apothekhoudenden. In het zorginkoopbeleid vertaalt zich dat op de volgende manier:

- Stabiele basis: Geïntegreerd gehonoreerde prestaties. In het tarief voor de terhandstelling van een UR-geneesmiddel integreert CZ groep de honorering van verschillende prestaties. Zo vindt bij iedere aflevering aan de balie van de apotheek of thuis alle zorg plaats die nodig is om de geneesmiddelen veilig en goed te kunnen gebruiken. De aflevering van de geneesmiddelen vindt plaats op een voor de patiënt passende manier. Dat kan ook betekenen dat hij de geneesmiddelen in een speciaal weekdoseersysteem ontvangt, wanneer hier een indicatie voor is.
- Betalen voor zorg: Separaat gehonoreerde prestaties. Binnen de extramurale farmacie worden 2 zorgprestaties los ingekocht, omdat dit speciale zorgmomenten zijn. Het eerste is het ontslaggesprek na een ziekenhuisopname, waarbij de medicatieoverdracht met de eerste lijn wordt geregeld en de patiënt uitgebreid wordt geïnformeerd over alle veranderingen in zijn medicatiegebruik. Als tweede separate prestatie contracteert CZ groep apothekers voor het uitvoeren van medicatiebeoordelingen. In overleg met de patiënt en de huisarts wordt chronisch geneesmiddelengebruik doorgenomen voor patiënten die bijvoorbeeld meer dan 5 verschillende genees-

middelen gebruiken. Daarbij worden aanpassingen doorgevoerd als dat nodig is.

- Innovatie: Alles voor betere zorg. Farmaceutische zorg kan zo veel meer zijn dan het nu is. Het veld is daarom uitgenodigd om met innovatievoorstellen te komen op het gebied van gedragsondersteuning en voor mensen met dementie.
- Doelmatigheid: Samen de zorg betaalbaar houden. Wij vinden het belangrijk dat de zorgverlener altijd de zelfredzaamheid van de patiënt als uitgangspunt neemt. Doelmatigheid gaat over het nut en de noodzaak van het afleveren van de geneesmiddelen, en in welke vorm en frequentie ze afgeleverd moeten worden.

Eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg

Wanneer zorg in de thuissituatie tijdelijk niet mogelijk of verantwoord is, maar opname in een ziekenhuis of verpleeghuis niet nodig is, zijn er een aantal andere opties. Respijtzorg³ (via de gemeente), eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg, als er sprake is van complexe problematiek waarbij een multidisciplinaire behandeling noodzakelijk is. Deze zorg speelt een belangrijke rol in het voorkomen dat kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis zijn opgenomen, naar een verpleeghuis gaan of vanuit huis op de SEH terecht komen.

³ CZ groep hanteert voor respijtzorg de volgende beschrijving: respijtzorg is vervangende mantelzorg en biedt mantelzorgers de mogelijkheid hun zorgtaken tijdelijk aan een ander over te dragen. Daardoor kunnen zij de zorg beter volhouden. Respijtzorg kan ook nodig zijn wanneer de mantelzorgert uitvalt.

Het doel van het verblijf en de behandeling is dat patiënten hun dagelijkse handelingen weer zelfstandig of met beperkte hulp kunnen uitvoeren en weer thuis kunnen wonen. Daarmee draagt deze zorg bij aan de doelstelling om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen, en het beroep op professionele zorg te verminderen.

In het zorginkoopbeleid Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) vertaalt CZ groep dit op de volgende manier:

- Sturen op goede triage aan de poort: Eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg zijn een goede oplossing voor mensen die tijdelijk niet meer thuis kunnen wonen. We merken echter ook dat deze voorzieningen gemakkelijk worden gebruikt omdat het lastig is om de benodigde zorg thuis of in het verpleeghuis goed af te stemmen of te organiseren. Denk bijvoorbeeld aan zorg die wordt ingezet omdat er in het weekend geen verpleegkundige kan inspringen, omdat het afgeven van een indicatie door het CIZ te lang duurt of omdat de familie een onrustig gevoel heeft als de oudere na een ziekenhuisopname weer snel op zichzelf gaat wonen. De kans is groot dat de beschikbare voorzieningen op die manier vol raken met patiënten, waardoor er geen plaats meer is voor mensen die deze zorg écht nodig hebben. CZ groep vindt het daarom belangrijk dat er bij opname altijd goed wordt gekeken waarom iemand wordt opgenomen, of terugkeer naar huis echt waarschijnlijk is, of de zorg niet thuis kan worden ingezet en welke doelen er worden nagestreefd met de opname (en wanneer die doelen zijn bereikt, zodat iemand weer terug kan naar huis). Zo worden de beschikbare plekken optimaal gebruikt. CZ groep stimuleert dit onder

andere door zorgaanbieders inzicht te geven in hun prestaties ten opzichte van andere regio's en door het delen van goede voorbeelden.

- Bij geriatrische revalidatiezorg streeft CZ groep naar uniforme, onafhankelijke triage in het ziekenhuis door de specialist ouderengeneeskunde, in overleg met de behandelend medisch specialist. Bij eerstelijnsverblijf is dit (mede) de verantwoordelijkheid van de huisarts, die veel informatie over de thuissituatie kan inbrengen en als behandelaar in veel gevallen betrokken blijft.
- Goede overdracht: Als een patiënt wordt overgedragen vanuit het ziekenhuis of de huisarts – of na opname aan de thuiszorg of zelfzorg – is het belangrijk dat er een goede overdracht plaatsvindt. Zo weten alle partijen wat de situatie van de patiënt is, welke bijzonderheden er spelen en wat zijn thuissituatie is. Zorgverleners moeten werken vanuit een gezamenlijk zorgdoel en 1 zorgplan. Waar nodig is het ook belangrijk dat mantelzorgers de juiste vaardigheden krijgen aangeleerd om thuis de zorg goed voort te kunnen zetten. Hierover heeft CZ groep een aantal eisen opgenomen in de overeenkomst.
- Toegankelijke zorg nabij: CZ groep koopt de zorg zo in dat een opname binnen 48 uur mogelijk is. Daarnaast zorgen wij ervoor dat er binnen 30 minuten of 25 kilometer van de woonplaats van een cliënt ten minste 1 GRZ-voorziening en 1 eerstelijnsverblijfsvoorziening beschikbaar is. Door de zorg nabij te organiseren, is de betrokkenheid van de mantelzorgers optimaal.
- Afstemming: Regelmatige afstemming tussen huisartsen en huisartsenposten, eerstelijnsverblijfsvoorzieningen, geriatrische revalidatiezorg, ziekenhuizen en wijkverpleging over de beschikbaarheid,

capaciteit en de toegankelijkheid van voorzieningen is een must om een goede coördinatie in de regio te kunnen organiseren. CZ groep stimuleert dit in zijn zorginkoopbeleid onder meer via het opleggen van minimale eisen aan de betrokken zorgaanbieders. Ons beleid is gericht op het combineren van eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg op 1 plek.

Medisch specialistische zorg (MSZ)

Door toenemende kwaliteits- en volumenormen vindt een verdere concentratie van zorg plaats. Ook zorg die voorheen steevast tot het domein van de medisch specialist behoorde, verschuift steeds meer naar de eerste lijn. Samenwerkingsafspraken, tussenvormen en daadwerkelijke overdracht van zorg vinden meer en meer plaats. Door de zorgvraag integraal te benaderen en de patiënt meer centraal te stellen, wil CZ groep meer onderlinge afstemming aanbrengen in het totale zorgaanbod.

In het zorginkoopbeleid MSZ vertaalt CZ groep dit op de volgende manier:

- Instroom naar het ziekenhuis: Door verdere (fysieke en inhoudelijke) integratie van de HAP en de SEH kunnen we voorkomen dat ouderen 'onterecht' via de SEH in het ziekenhuis belanden. Dit brengt onnodig hoge kosten met zich mee en het ziekenhuis is vaak niet de plaats waar deze oudere de zorg en aandacht ontvangt die hij feitelijk nodig heeft. Belangrijk daarbij is natuurlijk dat er op lokaal niveau voldoende adequate (verblijfs)voorzieningen zijn waarop zorgverleners een beroep kunnen doen zonder naar het ziekenhuis te verwijzen.

Lokaal en landelijk willen wij concreet zicht krijgen op de omvang en de verandering van de toestroom van ouderen naar het ziekenhuis. Op die manier willen we inzicht krijgen in de problematiek rondom de beschikbaarheid en inzetbaarheid en de onderlinge samenwerking van de diverse zorgvoorzieningen.

- Behandeling in het ziekenhuis: Op het moment dat een (kwetsbare) oudere via de huisarts gericht verwezen wordt naar het ziekenhuis, moet de aard en intensiteit van de behandeling in lijn liggen met de voorkeuren van de patiënt en zijn naasten. Hierbij moet gerichte aandacht zijn voor kwetsbaarheid, risico op functieverlies en een polyfarmaciecheck. Ook moet er onder meer een periodiek multidisciplinair overleg zijn waarin deze patiënten besproken worden. Vanzelfsprekend moet de medicatieoverdracht juist en compleet zijn. Daarnaast vinden wij dat in elk ziekenhuis een goed functionerend palliatief team moet werken, liefst met een geriater, conform de minimale SONCOS-voorwaarden. De belangrijkste deelnemers binnen dit team komen minimaal wekelijks bijeen en hebben een belangrijke adviserende rol naar de behandelend specialist.
- Uitstroom vanuit het ziekenhuis: Voorafgaand aan het ontslag uit het ziekenhuis moet duidelijk zijn naar welke verblijfsvoorziening de oudere gaat. Is dit de thuissituatie, dan moet er voor het ontslag ook zicht zijn op welke zorg(intensiteit) nodig is en of deze ook beschikbaar is. Dit vereist een goede afstemming (inclusief informatieoverdracht) tussen vooral de (transfer)verpleegkundigen van het ziekenhuis en de huisarts/wijkverpleging. Een 'transmurale zorgbrug' kan hierbij ondersteunend werken. Hierbij zijn de

huisarts en de wijkverpleegkundige al vóór het ontslag betrokken bij de benodigde zorg bij thuiskomst.

In de reguliere kwaliteitsoverleggen met de ziekenhuizen waarbij wij een substantieel marktaandeel hebben, willen wij bovenstaande items nader bespreken en een beeld vormen van hun aanpak, eventuele knelpunten en succesfactoren. Zo wordt beter lokaal inzichtelijk wat de aard en omvang van de problematiek is, waardoor we mogelijk beter kunnen anticiperen op toekomstige knelpunten.

In 2017 ligt de focus binnen de samenwerking met Zorgbelang op medicatieveiligheid bij kwetsbare ouderen. In een pilot onderzoeken we hoe de patiënt en zijn problemen weer centraal kunnen komen te staan door het optimaliseren van de samenwerking tussen alle betrokken zorgverleners. Het bevorderen van zelfmanagement en therapietrouw maken hier deel van uit. Na de afronding van deze pilot formuleert Zorgbelang adviezen voor de zorginkoop om verbeteringen van de medicatieveiligheid bij ouderen te implementeren. Deze nemen we mee bij het formuleren van toekomstig zorginkoopbeleid.

Hospicezorg

Onder het eerstelijnsverblijf valt ook het verblijf voor patiënten die in de terminale levensfase opgenomen moeten worden, omdat de palliatief terminale zorg (PTZ) thuis niet goed meer geregeld kan worden. Bij eerstelijnsverblijf vanwege PTZ kan de patiënt niet zonder toezicht alleen thuis zijn op de momenten dat de (professionele) zorgverlener er niet is. CZ groep maakt specifieke kwaliteitsafspraken met deze zogeheten high care hospices.

Daarnaast sturen wij op de toegankelijkheid van deze voorzieningen, zodat mensen daar direct gebruik van kunnen maken als dat nodig is.

3 De toekomst: borging van veiligheid en zelfredzaamheid



De uitdagingen voor de ouderenzorg zijn groot en nemen de komende jaren verder toe. Ons beleid is gericht op de realisatie van een integrale zorgketen, maar er is meer nodig om die uitdagingen aan te kunnen. Op lange termijn moeten we andere oplossingen vinden om te voldoen aan de toekomstige behoefte aan zorg. Ouderen kunnen pas zo lang mogelijk verantwoord thuis blijven wonen, als we invulling geven aan 2 elementaire behoeften: veiligheid en zelfredzaamheid.

Veiligheid

De meeste mensen willen het liefst zo lang mogelijk thuis blijven wonen, maar met het verdwijnen van verzorgingshuizen en door de eerder genoemde problematiek zien we een 'gat' ontstaan. CZ groep ziet een toenemende latente behoefte aan een verzorgingshuisfunctie in de wijk. Geen fysiek verzorgingshuis, maar een functie die veiligheid biedt aan ouderen die nog wel zelfstandig kunnen wonen en zelf de regie kunnen voeren, maar die dermate kwetsbaar zijn dat zij niet meer volledig zelfstandig kunnen functioneren en behoefte hebben aan zorg dichtbij in een beschutte omgeving. CZ groep ziet hierin een grote rol weggelegd voor 'slimme technologie'. Door de inzet van goede thuiszorgtechnologie kunnen ouderen en mantelzorgers vertrouwen krijgen

in hun zelfstandigheid. Daarnaast denken wij ook aan geschikte, servicegerichte woonoplossingen tussen het eigen huis en het verpleeghuis. Inmiddels kennen wij meerdere voorbeelden die als best practice verdere opschaling verdienen.

Zelfredzaamheid

Onder zelfredzaamheid verstaan we de mate waarin iemand in staat is om zelf de regie te voeren over zijn leven én in staat is zelfstandig te functioneren. Op het moment dat iemand niet meer helemaal zelf kan functioneren of regie kan voeren over zijn leven, kunnen naasten bijspringen; 'samenredzaam' zijn. Als ook dat niet meer voldoende is, komt iemand in de formele zorg terecht. In het zorgproces vergroten meer eigen regie, meer zelfstandig functioneren en samen beslissen de betrokkenheid van een patiënt en hiermee ook de kwaliteit van zorg die hij ervaart. Door hogere patiëntbetrokkenheid sluit de zorg beter aan bij de behoefte van de patiënt en kan de zorg meer op maat geleverd worden. De opbouw van iemands zelfredzaamheid staat in de driehoek op bladzijde 14.

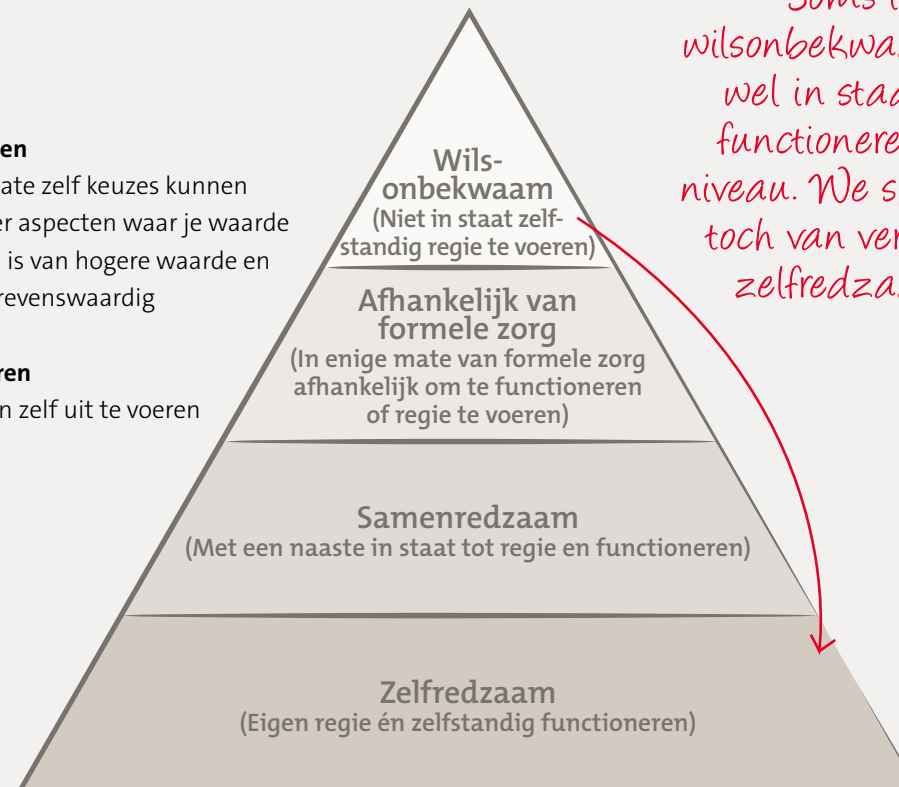
“Zelfredzaamheid is de mate waarin een persoon in staat is zelf de regie te voeren over zijn leven én in staat is zelfstandig te functioneren.”

Regie voeren

In enige mate zelf keuzes kunnen maken over aspecten waar je waarde aan hecht; is van hogere waarde en altijd nastrevenswaardig

Functioneren

In staat zijn zelf uit te voeren wat je wilt



Soms is een wilsonbekwaam persoon wel in staat zelf te functioneren op enig niveau. We spreken dan toch van verminderde zelfredzaamheid.

Het uitgangspunt is dat 'zelfredzaamheid' (regie kunnen voeren) en 'zelfmanagement' (zelf kunnen functioneren) onderling dermate verbonden zijn met elkaar, dat het niet behulpzaam is de twee begrippen los van elkaar te gebruiken. We streven ernaar vanaf nu het begrip zelfredzaamheid te gebruiken en bedoelen daar zowel regie voeren en functioneren mee.

Dit is wat CZ groep onder andere doet op het gebied van innovatie die is gericht op het versterken van zelfredzaamheid:

Activiteiten	Planning
Vitaal thuis	CZ groep heeft zich aangesloten bij Vitaal Thuis, een landelijke coalitie die thuiszorgtechnologie voor iedereen beschikbaar wil maken. Hierdoor kunnen thuiswonende ouderen simpel en snel professionele hulp invoeren. Familieleden op afstand weten hoe het met de zorgbehoevende gaat. Dit draagt bij aan langer zelfstandig vitaal thuis kunnen blijven wonen.
Gespreksleidraad	CZ groep reikt zorgverleners een gespreksleidraad aan over positieve gezondheid. Dit concept biedt handvatten om de bouwstenen van vitaal ouder worden te onderscheiden en in te steken op preventie van kwetsbaarheid.
Kennisdeling	Initiatieven op het gebied van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde (SO) in de eerste lijn. Door het vaker extramuraal inzetten van de kennis van de SO, kan de kwaliteit van de zorg voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk worden verhoogd. Zo kunnen crisissituaties naar verwachting worden voorkomen en kunnen ouderen langer thuis blijven wonen.
Zelfzorg Ondersteund	Er zijn in Nederland al veel initiatieven op het gebied van ondersteunde zelfzorg, maar grootschalige invoering gaat nog niet zo snel. Daarom hebben vertegenwoordigers van patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars en kennisorganisaties de handen ineengeslagen in de coöperatie Zelfzorg Ondersteund (ZO!).
WeHelpen	Projectmatig bevordert CZ groep de toepassing hiervan, bijvoorbeeld door het proeftuinproject Implementatie WeHelpen in Zuid-Limburg.
Zorgcoöperaties	Het faciliteren van zorgcoöperaties gebeurt op verschillende manieren: CZ groep heeft meegewerkt bij de oprichting van de Koepel van zorgcoöperaties Zuid-Nederland en bij de oprichting van een landelijke helpdesk. We zijn nu betrokken bij een pilotproject onder de vlag van de Koepel, dat is gericht op het versterken van het sociale netwerk met hulp van de zorgcoöperatie: het project Leren investeren in zelfredzaamheid.

4 Ondanks beleid ...

Een optimale afstemming van de zorg binnen een keten zien we in eerste instantie als de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieders. Ondanks afgestemde zorgcontractering en de toenemende inzet van regio-regisseurs die de samenwerking in de regio moeten borgen, kan er toch een mismatch voorkomen in de afstemming tussen vraag en aanbod in de regio. Dit kan betrekking hebben op de kwaliteit en de kwantiteit van de zorg (tijdige zorgverlening). Om in deze situaties (waarbij de reguliere zorgcontractering niet de oplossing is) toch een antwoord te kunnen bieden, hebben wij verschillende interventies die ons, vanuit onze zorgplicht, behulpzaam kunnen zijn om onze verzekerden te helpen bij de invulling van hun zorgvraag:

1. De voorzieningen die zorgaanbieders zelf kunnen inzetten bij individuele zorgproblemen rondom kwaliteit en beschikbaarheid, zoals bemiddelingsbureau's (intake-afdeling). CZ groep stelt hier in zijn zorginkoopbeleid specifieke eisen aan. We toetsen het functioneren hiervan periodiek en evalueren het met de zorgaanbieders.
2. Behalve via ons zorginkoopbeleid sturen we ook via onze persoonlijke begeleidingsdiensten en zorg-

bemiddeling (CZ Zorgteam en Zorgadvies) op de juiste zorg op de juiste plaats en bij de juiste zorgaanbieder. Denk bijvoorbeeld aan patiënten die CZ Zorgteam bellen om een goede zorgaanbieder te vinden, of omdat zij niet op een wachtlijst willen of kunnen wachten. Ook biedt CZ groep een aantal tools om mensen te ondersteunen bij hun zelfredzaamheid, bijvoorbeeld rondom samen beslissen en diensten voor mantelzorgers van mensen met dementie. CZ groep voelt zich ook verantwoordelijk om via zijn contacten met onder andere patiëntenverenigingen goede voorlichting te geven over wat zij mogen verwachten, en ook wat niet.

3. Bij een regionale 'capaciteits- of kwaliteitscrisis' kan CZ groep met een quick response team (QRT) snel en met mandaat van de directie actief zijn in de regio. Daarbij kunnen we de nodige faciliteiten bieden (budget en regelruimte), zodat zorgaanbieders voor alle verzekerden de zorg kunnen waarborgen. Een manager(steam) van CZ groep heeft op dat moment het mandaat om alternatieve oplossingen te ondersteunen. Hiermee start ook de regierol om aanbieders te motiveren en te bewegen om naar structurele oorzaken en mogelijke oplossingen te kijken.



Gegeven de grote uitdagingen die de zorgaanbieders te wachten staan met het invulling geven aan de maatschappelijke problemen die gepaard gaan met de vergrijzing en ontgroening, is het ondenkbaar dat we met beleid en goede intenties alleen er zullen komen. Het belangrijkste is respect en begrip voor elkaars rollen en verantwoordelijkheden. We moeten met elkaar beelden en verwachtingen blijven uitwisselen, en het allerbelangrijkste is ... met elkaar in contact blijven, ook als het even wat hectischer wordt in de dagelijkse werkzaamheden.

5 Bijlage

Binnen CZ groep lopen verschillende projecten en programma's om de zorg voor ouderen te verbeteren. Bij een aantal daarvan zijn ook zorgverleners betrokken. Hieronder hebben wij er een aantal uitgelicht:

Programma's/projecten binnen CZ groep:

Programma Dementie

Sinds 2015 is dementie een strategisch speerpunt voor CZ groep. Onze visie op dementiezorg kunt u terugvinden in het document '**Waardegedreven inkoop bij dementie**'. Het programma Dementie richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor mensen met dementie, betere ondersteuning en begeleiding van mantelzorgers en het beheersbaar houden van de kosten. Dit doen wij via 3 routes: zorginkoop, diensten voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, en via experimentregio's. Deze diensten worden aangeboden via www.cz.nl/dementie en andere kanalen, zoals een nieuwsbrief. De diensten zijn ingedeeld in de fasen 'dementie herkennen', 'omgaan met dementie' en 'zorg regelen'. Als zorgverlener kunt u uw patiënten en hun mantelzorgers ook verwijzen naar deze diensten. CZ groep is in 3 experimentregio's actief om te komen tot state-of-the-art dementiezorg (Maastricht, Zeeland en Moerdijk). Het startpunt is het

opstellen van de regionale patiëntreis en op basis daarvan brengen we verbeterpunten in kaart, die we uitvoeren. Op hoofdlijnen richten de activiteiten zich op een beter afgestemde keten van dementiezorg en begeleiding, betere diagnostiek en verwijzing, mantelzorgondersteuning en het vergroten van de kennis over dementie. De leerervaringen in de experimentregio's leiden tot de ontwikkeling van een toolbox. Daarmee kunnen we andere regio's ondersteunen in de optimalisatie van de ketensamenwerking. Ketens die interesse hebben in de toolbox, kunnen dit aangeven bij hun zorginkoper.

Programma Samen Beslissen

CZ groep vindt de betrokkenheid van patiënten bij keuzes in de zorg belangrijk. Samen Beslissen bestaat voor ons uit het geven van alle behandelopties, de voor- en nadelen per optie en het bespreken van wat het beste aansluit bij de wensen en de situatie van onder meer ouderen. We beseffen dat Samen Beslissen een andere werkwijze vraagt. Een vernieuwing in de zorg, die ingepast moet worden in bestaande processen. De sleutel voor succes is een gedragsverandering bij zorgverleners en patiënten. Het beschikbaar stellen van keuze-informatie is op zichzelf onvoldoende om het besluitvormingsproces écht te veranderen. Om Samen Beslissen te faciliteren,



brengen we belanghebbenden bij elkaar om knelpunten en oplossingen te signaleren en een gezamenlijke aanpak te ontwikkelen. Ook stimuleren we trajecten in de zorg die zijn gericht op het toepassen van Samen Beslissen. Het resultaat daarvan zijn best practices en een scherper beeld van de benodigde veranderingen om Samen Beslissen structureel te borgen en te laten plaatsvinden in de spreekkamer. Tot slot maken we onze verzekerden bewust van hun eigen rol in de gezamenlijke besluitvorming.

Project Waardegedreven inkoop artrosezorg

Artrose is een veelvoorkomende gewrichtsaandoening die vaak leidt tot pijn en beperkingen bij het bewegen. Deze komt het meest voor in heupen en knieën³. Boven de 75 jaar heeft vrijwel iedereen artrose⁴, hoewel lang niet iedereen klachten heeft. CZ groep wil de waarde van de zorg voor knie- en heupartrose over de hele zorgketen heen verhogen door:

³ Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM.

⁴ Van Saasse, Van Romunde, Cats, Vandenbroucke & Valkenberg, 1989.

- ketenzorg te verbeteren door het realiseren van stepped care en matched care
In 2018 onderzoeken we in pilots hoe de samenwerking tussen de orthopeed en de huisarts kan verbeteren en hoe de indicatiestelling voor operaties geüniformeerd kan worden. We gaan de doelgroepen voor de verschillende mogelijkheden van nazorg samen met het veld afbakenen.
- zorginkoop op basis van kwaliteit en doelmatigheid
Bij medisch specialistische zorg willen we in de overeenkomsten voor 2018 aantrekkelijkere afspraken maken met instellingen die én kwalitatief beter én doelmatiger zijn. Bij fysiotherapie en geriatrie revalidatiezorg richten we ons op de transparantie van de kwaliteitsinformatie.
- patiëntgerichte zorg te stimuleren
We maken waar mogelijk in de zorginkoop 2018 afspraken over het gebruik van keuzehulpen of consultkaarten; we vinden dat specialisten en huisartsen dit moeten doen. Over de hele keten verwachten we dat patiëntervaringen in 2018 transparant worden gemaakt. Meer informatie vindt u in het document **'waardegedreven zorginkoop heup- en knieartrose'**.

Op verschillende niveaus, onder andere specifieke doelgroepen en aandoeningen, is CZ groep bezig om de zorg voor ouderen te verbeteren.

Projecten met zorgaanbieders

Multidisciplinaire programmatische aanpak van de zorg voor kwetsbare ouderen.

Zorggroep Het Huisartsteam, Huisartsen Zorggroep Breda, wijkverpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde die werken bij Avoord Zorg en Wonen, Careyn, Thebe, Ookhuis, Surplus, St. Elisabeth, TWB Thuiszorg met Aandacht en De Kruisvereniging werken samen in een project om de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren. Het project richt zich op het ontwerpen van een werkwijze – een programmatische aanpak – voor de zorg en begeleiding van kwetsbare ouderen (75+) vanuit een Kernteam Ouderenzorg. De aanpak is vraaggericht, proactief en preventief, en beschrijft de werkwijze vanuit dat kernteam van zorgverleners rondom een kwetsbare patiënt. In dit team werken de huisarts, de praktijkondersteuner, de wijkverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde nauw met elkaar samen. Het team zorgt ervoor dat de kwetsbaarheid en achteruitgang bij 75-plussers eerder wordt opgemerkt, ondersteund en behandeld. Daardoor kan een oudere zo lang als mogelijk en wenselijk is op een prettige manier thuis blijven wonen. Daarnaast heeft het team aandacht voor preventie en alle aspecten op het gebied van wonen en welzijn waar iemand mee te maken krijgt bij het ouder worden. Hiervoor legt het team de verbinding met de gemeente voor het regelen van aanpassingen in huis, de aanschaf van hulpmiddelen of bij het organiseren van andere vormen van ondersteuning, waaronder ook de inzet van informele zorg. Ouderen staan meer in hun eigen kracht, meer aan het stuur van hun eigen gezondheid en welbevinden. Dat is in wezen de stip op de horizon.

Het Aanmeldportaal van Avoord, St. Elisabeth en Surplus

Het Aanmeldportaal is bedoeld voor huisartsen, huisartsenposten en SEH's die een kwetsbare oudere zo snel mogelijk op de juiste vervolgplek willen plaatsen of die een specialist ouderengeneeskunde willen consulteren over plaatsing. Het gaat hier specifiek om (kwetsbare) ouderen die zonder zorg (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen en die ook niet in het ziekenhuis thuishoren. Het Aanmeldportaal is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar. Overdag leidt Het Aanmeldportaal rechtstreeks naar de cliëntservicebureaus van de samenwerkende partijen (via een keuzemenu), ook voor consultatie. Tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten kunnen huisartsen, huisartsenposten en SEH's Het Aanmeldportaal bereiken voor consultatie of plaatsingsvragen. Het Aanmeldportaal wordt buiten kantooruren bemand door een van de 3 deelnemende partijen (via een roulatieschema). Als een arts buiten kantooruren om een consultatie vraagt, wordt hij doorverbonden met de dienstdoende arts uit de betreffende regio.

Ontwikkeling VKO-model

Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen en Opvolging (VKO). De VKO-werkwijze combineert verschillende componenten van integrale eerstelijnszorg, waaronder: de proactieve signalering van kwetsbaarheid, case-management, medicatiebeoordeling, zelfmanagement-ondersteuning en werken in multidisciplinaire teams. Het integrale zorgprogramma is geïmplementeerd in diverse huisartsenpraktijken in westelijk West-Brabant. Belangrijke doelstellingen zijn:

- het opzetten van een proactief en integraal samenwerkingsverband, waarbij de huisarts een regiefunctie vervult;
- het voorkomen van (her)opname in een ziekenhuis of instelling voor langdurige zorg;
- het verbeteren van de zelfmanagementvaardigheden en het welzijn van kwetsbare ouderen.

Transmurale zorgbrug in de regio Weert / Westelijke Mijnstreek / Parkstad

Doel van het project is de zorg voor kwetsbare ouderen die (tijdelijk) in het ziekenhuis opgenomen worden optimaal vorm te geven. Hierbij is er aandacht voor de overdracht van kennis en gegevens tussen de betrokken eerstelijns en tweedelijns hulpverleners bij opname en bij ontslag. Daardoor wordt een optimaal proces mogelijk binnen de ziekenhuismuren, en na ontslag tussen de betrokken eerstelijns hulpverleners, waardoor afgestemde en persoonsgerichte zorg voor de kwetsbare oudere mogelijk wordt. Het afgelopen jaar is de transmurale zorgbrug in 3 regio's geïmplementeerd. Afhankelijk van de uitkomsten, kijken we hoe CZ groep verdergaat met deze transmurale zorgbrug.



Alles voor betere zorg