

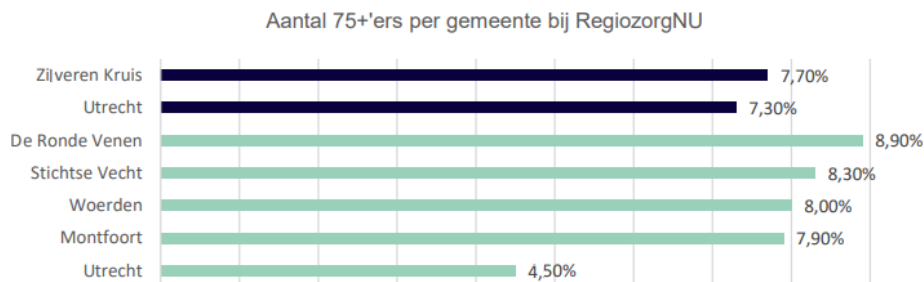


## Toekomstbestendige zorg voor ouderen thuis

4 april 2023

### 1 Inleiding

Door vergrijzing en ontgroening neemt het aandeel ouderen binnen de totale populatie toe. In 2018 was 8% van de Nederlandse bevolking 75 jaar of ouder. In 2030 loopt dit op naar 12%. De regio Noordwest Utrecht sluit ongeveer aan bij het landelijk gemiddelde. In gemeente Utrecht ligt het percentage 75+ beduidend lager dan in onze andere gemeenten.



Bron: Regiobeeld Zilveren Kruis

Landelijk is het beleid dat ouderen langer thuis wonen. Er is sprake van substitutie vanuit de verpleeghuizen en voormalige verzorgingshuizen naar de thuissituatie, en ook de specialisten in het ziekenhuis substitueren naar de eerste lijn. Huisartsenpraktijken en aanbieders van thuiszorg krijgen te maken met een groeiend aantal oudere cliënten/patiënten (verder benoemd als 'ouderen') met complexe zorgvragen. Tegelijkertijd zien we een stijgend tekort aan zorgprofessionals en een afname van het mantelzorgpotentieel. De toegankelijkheid van zorg staat onder druk ([integraal zorgakkoord 2022](#)). Zorgverleners ervaren nu al een hoge werkdruk.

Aanbieders van VVT Careyn en De Rijnhoven en regio organisatie voor eerstelijnszorg RegiozorgNU starten daarom een project gericht op het toegankelijk houden van de zorg voor thuiswonende ouderen in Noordwest Utrecht. Ouderen met complexe zorgvragen thuis ontvangen zorg van een breed scala aan professionele en informele zorgverleners.

In dit voorstel schetsen we de contouren van dit plan. Dit bespreken we met de bestuurders van Careyn, De Rijnhoven en RegiozorgNU. In werkgroepen met professionals werken we het plan uit tot concrete projectvoorstellen.

### 2 Probleemdefinitie en doel

De druk op de zorg neemt toe. De capaciteit van zorg kan niet evenredig meegroeien met de zorgvraag van kwetsbare ouderen. De druk is nu al merkbaar: thuiszorgteams hebben niet altijd plek voor nieuwe aanmeldingen. Huisartsenpraktijken zijn minder goed bereikbaar en prioriteren in werkzaamheden, waarbij de werkzaamheden voor de module ouderen vaak uitgesteld worden. Professionals in beide sectoren ervaren een hoge werkdruk.

Onze doelgroep in dit project zijn professionals die zorg leveren aan thuiswonende kwetsbare ouderen in, in ieder geval, de huisartsenpraktijk en thuiszorgteams. Per deelproject kunnen ook andere zorgverleners betrokken worden.

#### *Doel*

- Ouderen ervaren passende, kwalitatief goede en tijdige zorg.
- Thuiszorg en POH/Huisarts ervaren een betere/gemakkelijkere samenwerking rondom thuiswonende ouderen.
- Thuiszorg en POH/huisarts kunnen zorg verlenen aan meer ouderen, door effectiever en efficiënter samen te werken.
- We bedienen zoveel mogelijk ouderen binnen de beschikbare formatie van de thuiszorgteams: Het aantal cliënten per FTE stijgt.
- Thuiszorg werkt conform uitgangspunten van reablement / zelfmanagement: wat wilt u, wat kunt u zelf, wat kunt u samen, wat kunt u met [hulpmiddelen](#), waar heeft u zorg nodig.

Zichtbaar effect op de zorg voor ouderen is:

- Nieuwe cliënten kunnen tijdig (zo nodig direct) terecht bij de Thuiszorg.
- Huisartsenpraktijken komen voldoende toe aan de zorg voor kwetsbare ouderen.
- Thuiszorg ervaart een goede bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk en vice versa.

Om deze doelen te bereiken, werken we aan twee deelthema's.

1. **Verbeteren inhoudelijke afstemming:** Thuiszorg en huisartsenpraktijk komen elkaar in de praktijk regelmatig tegen. Door de processen meer te verbinden kunnen we de effectiviteit en de efficiëntie van zorgverlening vergroten.

Binnen dit thema pakken we twee deelprojecten op:

- *Werken vanuit één benadering: elkaars werkprocessen kennen en op elkaar afstemmen, communiceren vanuit gedachtengoede positieve gezondheid en thuis als het kan, zelf als het kan, digitaal als het kan.*
- *Stroomlijning van zorg binnen de drie grootste verrichtingsgroepen van de thuiszorg: ADL (persoonlijke verzorging), steunkousen en medicatiemomenten.*

2. **Effectief én efficiënt communiceren:** elkaar makkelijk inschakelen voor ouderen, makkelijk en veilig communiceren over ouderen aan wie beiden zorg verlenen. Binnen dit thema pakken we twee deelprojecten op:

- Stroomlijnen aanmeldprocedure bij de thuiszorg
- Communicatie tussen thuiszorg, casemanager, huisartsenpraktijk via een digitaal communicatieplatform (VIPLive Samenwerken) In paragraaf vijf zijn deze deelthema's verder uitgewerkt.

### **3 Afbakening**

In dit projectvoorstel kiezen we er voor om in te zoomen op de thuiszorg en de huisarts, casemanagers en praktijkondersteuner huisarts. We realiseren ons dat partners als het ziekenhuis, de intramurale ouderenzorg en het sociaal domein net zo belangrijk zijn in de zorg voor ouderen. We kiezen nu voor een overzichtelijke aanpak die hopelijk binnen een redelijke termijn resultaat geeft. In een later stadium kunnen we met deze partners door ontwikkelen in dit project, aansluiten bij andere initiatieven of nieuwe projectvoorstellen maken.

Onder de paraplu van dit project voeren we een aantal deelprojecten uit, waarvan we een concreet resultaat verwachten. Waarbij we een manier van meten kiezen zonder extra administratieve lasten. In de deelprojecten richten we ons op thema's die de thuiszorg en de huisartsenpraktijk raken. Daarnaast kunnen we deelprojecten inrichten die in hoofdzaak thuiszorg of huisartsenzorg raken, en afstemming vragen tussen

verschillende aanbieders. Voor deze projecten fungeren de projectgroepleden uit de huisartsenzorg/wijkverpleging uitsluitend als klankbord. Zij zullen niet actief participeren.

We nodigen voor deelprojecten zorgverleners buiten thuiszorg- huisartsen-poh uit voor zover relevant voor het uit te voeren project.

#### **4 Context**

De veranderende en groeiende zorgvraag in combinatie met een niet meegroeiende arbeidsmarkt en wens om kosten te beteugelen is een belangrijke uitdaging voor de toekomst in het brede veld van zorg. Naast dit project lopen meerdere andere projecten die bijdragen aan het verminderen van het probleem. Onderstaand doen we een, niet uitputtende, opsomming van projecten en ontwikkelingen die op dit moment lopen of waarschijnlijk gaan starten in onze regio. In dit project proberen we zoveel mogelijk aanvullend te zijn op deze projecten.

Allereerst zijn er drie landelijke akkoorden waar landelijk, regionaal en lokaal projecten uit zullen ontstaan:

- IZA (integraal zorg akkoord): Eind 2022 is het integraal zorgakkoord afgesloten. Verwachting is dat van hieruit een aantal projecten gestart zal worden die effect hebben op de doelstellingen in dit project. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:
  - Ontwikkeling regioplan Midden Nederland
  - Valpreventie, welzijn op recept
  - Meer tijd voor de patiënt (huisartsenzorg)
- WOZO (Wonen, zorg en ondersteuning en zorg voor ouderen): Het Wozo is gericht op het langer thuis wonen van kwetsbare groepen. De insteek van het Woonzorgakkoord is Thuis als het kan, Zelf als het kan, Digitaal als het kan.
- GALA: Rijk, gemeenten en verzekeraars maken in Gala afspraken over preventie, versterking van de sociale basis en sport en bewegen.

Daarnaast zijn er projecten vanuit (combinaties van) organisaties. Hieronder noemen we enkele projecten die specifiek gericht zijn op ouderen en waarbij wij denken dat ze o.a. effect hebben op de samenwerking tussen huisarts en thuiszorg in de zorg rondom ouderen.

- Samenwerking Zorgsamen (project van het Antoniusziekenhuis, Fundis, Careyn, huisartsen Woerden en gemeente Woerden):
  - SPOT (specialistische praktijk voor ouderen thuis): project van het Antoniusziekenhuis, Fundis, Careyn, huisartsen Woerden en gemeente Woerden waarin de huisarts ouderen met complexe problemen kan verwijzen naar de specialistische praktijk voor ouderen thuis. Het team van SPOT verzorgt/coördineert tijdelijk de diagnostiek, behandeling en inzet van zorg voor de ouderen, gericht op langer thuis.
  - Verbeteren acute inzet thuiszorg 7x24 uur Careyn: project van het Antoniusziekenhuis, Fundis, Careyn, huisartsen Woerden en gemeente Woerden dat als doelstelling heeft (1) te zorgen dat patiënten uit de regio Woerden in de ANW-uren de juiste acute zorg krijgen, ook als zij niet in staat zijn naar de HAP en / of SEH te komen, (2) voorkomen dat er meer zorg dan nodig in de ANW-uren terecht komt en (3) zorgen dat de patiënt de juiste personen kan bereiken in de ANW-uren.
- Projecten voortvloeiend uit de visie toekomstbestendige ouderenzorg van de VVT-instellingen in de regio Midden Nederland.
- Samenwerking huisartsen – specialisten ouderengeneeskunde (ONUe). In dit verband lopen meerdere verbetertrajecten, waaronder de Wzd, samenwerking Huisarts en Consultatie, Mobiel Geriatriesch Team, (interdisciplinaire) systeembegeleiding en probleemgedrag in de eerste lijn, procedure IBS, medicatie, Afbakening, rol en samenwerking rond ouderenspsychiatrie en verslaving.

#### **5 Deelprojecten**

In het project werken we in twee deelthema's:

1. Verbeteren inhoudelijke afstemming

## 2. Effectief en efficiënt communiceren

Per deelthema hebben we één of meer projectvoorstellen. Deze projectvoorstellen gaan we faseren en prioriteren.

Onderstaand een uitwerking van de voorlopige invulling per thema, met een voorstel voor deelprojecten.

### 5.1 Verbeteren inhoudelijke afstemming

Thuiszorg en huisartsenpraktijk hebben beide een gestructureerde proactieve aanpak in de zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen. In de praktijk komen professionals elkaar daarin regelmatig tegen. Door de processen meer te verbinden kunnen we de effectiviteit en de efficiëntie van zorgverlening vergroten. Binnen dit thema pakken we twee deelprojecten op:

#### **Deelproject 1 Werken vanuit één benadering:**

*Elkaars werkprocessen kennen en op elkaar afstemmen, communiceren vanuit brede definitie van gezondheid, eigen regie en thuis als het kan, zelf als het kan, digitaal als het kan.*

Alle drie organisaties gaan uit van een brede definitie van gezondheid en zoveel mogelijk eigen regie bij de oudere. Hierbij wordt gebruik gemaakt van methodieken zoals positieve gezondheid en reablement. De benadering uit het Woonzorg akkoord zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan is voor alle drie de organisaties het uitgangspunt voor het bepalen van de benodigde zorginzet.

In de [handreiking Samenwerking Rondom Kwetsbare Ouderen thuis](#) is een aanpak voor deze doelgroep in zes stappen geformuleerd. We leggen de werkprocessen voor deze zes stappen naast elkaar, en stemmen deze op elkaar af, waarbij de bovengenoemde principes het uitgangspunt zijn. Zo krijgen we meer inzicht in elkaars processen, ieders rol en de verwachtingen over en weer. We maken afspraken over de manier van verwijzen of elkaar betrekken en afstemmen, en de communicatie naar de oudere. Dit deelproject bestaat uit drie stappen:

- Voorbereidingsgroepje: de werkprocessen die horen bij de stappen in de handreiking kwetsbare ouderen thuis naast elkaar leggen, en een eerste analyse maken van waar we elkaar raken, en hoe we vanuit de principes met elkaar samen kunnen werken.
- Brede sessie met professionals om uit te wisselen en op te halen welke aspecten in de praktijk echt relevant zijn.
- Voorbereidingsgroepje: Communicatieplan en uitvoer: hoe zorgen we ervoor dat de opbrengst uit de eerste twee stappen landt in de regio, en hoe zorgen we ervoor dat de professionals blijven uitwisselen hierover.

Een illustratie van wat we hiermee zouden kunnen bereiken:

*De insteek van de thuiszorg is reablement (mensen helpen zichzelf te helpen). Vragen die gesteld worden zijn: wat kunt u zelf, wat kunt u samen met uw naaste of met uw netwerk, wat kunt u met hulpmiddelen, welke zorg heeft u nodig? De wijkverpleegkundige stelt vervolgens de indicatie. De huisarts en POH zijn zich hier soms niet van bewust, en geven bij de patiënt aan dat de thuiszorg wordt ingezet om te helpen met het aantrekken van steunkousen, douchen, etc. De thuiszorg moet dan eerst de verwachting van de oudere bijstellen voordat het gesprek gevoerd kan worden.*

Ambitie	<ol style="list-style-type: none"><li>1. We stemmen werkprocessen uit de handreiking kwetsbare ouderen thuis op elkaar af, en gaan daarbij uit van het gedachtengoed positieve gezondheid en thuis als het kan, zelf als het kan, digitaal als het kan.</li><li>2. thuiszorgteams leveren (mede daardoor) doelmatige zorg.</li><li>3. De doelen van de gekozen processen worden gehaald.</li></ol>
---------	--

	4. Huisartsen/POH en thuiszorgteams zijn tevreden over de onderlinge communicatie.
Betrokkenen	Wijkverpleegkundige, EVV-ers, Huisartsen, praktijkondersteuners ouderen?
Prioriteit (1-3)	
Tijdpad	Stap 1: (voorbereiding): april-mei Stap 2: (sessie(s) met professionals): juni Stap 3: verder uitwerken en communicatie (juli –okt) Evaluatie van het traject: februari 2024

### **Deelproject 2: Stroomlijning van zorg**

*We stroomlijnen de zorg binnen de drie grootste verrichtingsgroepen van de thuiszorg*

Uit analyse door Careyn en De Rijnhoven blijkt dat de top 3 verrichtingen die het meest gedaan worden door de thuiszorgteams zijn:

- *ADL (persoonlijke verzorging)*
- *steunkousen*
- *medicatiemomenten (incl. oogdruppelbril)*

We analyseren met professionals uit de thuiszorgteams hoe de werkprocessen er uitzien, en welke mogelijkheden er zijn om deze te stroomlijnen, op basis van het principe thuis als het kan, zelf als het kan, digitaal als het kan. Waar nodig haken we andere disciplines aan (WMO, apotheek, ergotherapeut, huisarts, medisch specialisten, ...), De gestroomlijnde werkprocessen implementeren we binnen de thuiszorgteams. We nemen de verwijzers mee omdat dit invloed heeft op de communicatie met ouderen bij een verwijzing.

Ambitie	1. Analyse huidige werkprocessen ADL, steunkousen, medicatiemomenten 2. Verbetervoorstel werkprocessen 3. Implementatievoorstel thuiszorgteams 4. Informatie verwijzers 5. Uitvoer implementatievoorstel 6. Informatie naar cliënten
Betrokkenen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijkverpleegkundige, EVV-ers,</li> <li>• Extra deskundigheid (op onderwerp) bv ergotherapeut, apotheker, huisarts,</li> <li>• Huisarts/poh voor betekenis voor de verwijzer</li> </ul>
Prioriteit (1-3)	
Tijdpad	Stap 1: (voorbereiding): april-mei Stap 2: (sessie(s) met professionals): juni-sept Stap 3: implementatievoorstel en informatie verwijzers: okt-nov Stap 4: uitvoer implementatievoorstel: pm Stap 5: informatiemateriaal voor cliënten: pm

### **5.2 Effectief en efficiënt communiceren**

Het is belangrijk dat de professionals elkaar snel en makkelijk vinden, makkelijk informatie uit kunnen wisselen en makkelijk kunnen afstemmen. Soms moet dit realtime, bijvoorbeeld bij spoed. Soms kan dit ook op een eigen moment. Daarvoor gebruiken we digitale middelen. Binnen dit thema voeren we twee deelprojecten uit:

#### **Deelproject 3: Aanmelden nieuwe cliënten thuiszorg**

Door toenemende schaarste is het niet altijd makkelijk om een aanbieder thuiszorg te vinden die ruimte heeft voor een nieuwe cliënt. De procedure nu is dat de patiënt/naaste of huisarts belt met de verschillende

aanbieders om te kijken wie ruimte heeft. Omdat er geen wachtlijsten worden bijgehouden, moet dit soms meerdere keren gebeuren. Dat is niet efficiënt voor de aanmelder, en ook niet voor de ontvanger. Er is in de regio al geëxperimenteerd met vereenvoudiging voor aanmelding van patiënten met covid. Landelijk zien we voorbeelden waarbij bijvoorbeeld lokaal afspraken zijn gemaakt waarbij er één punt is voor aanmelding van een nieuwe cliënt, en aanbieders van thuiszorg afstemmen wie de cliënt kan aannemen en op welke termijn. Hiervoor wordt vaak gebruik gemaakt van Silo of Points. Er zijn voorbeelden van kleine afspraken: tussen 12 en 14 uur kijken thuiszorgteams naar de aanmeldingen en stemmen zo nodig af. Of om grotere trajecten: een elv coördinatiepunt pakt dit erbij. In ons deelproject willen we pragmatisch te werk gaan. We starten met een pilot in een gemeente of kern waar partijen bereid zijn hiermee te experimenteren. We verbreden bij succes naar de hele regio. Kernwoorden: Slimme werkwijze, kleinschalig, per gemeente / kern. Voorbeeld: Silo-app.

Ambitie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In 1 of twee gemeenten/kernen ontwikkelen we een werkwijze waarin huisartsen patiënten op 1 plek kunnen aanmelden voor thuiszorg en waar thuiszorgaanbieders onderling afstemmen wie de cliënt kan aannemen.</li> <li>2. Deze lean-werkwijze wordt getest in de kernen/gemeenten waar hij ontwikkeld is.</li> <li>3. Bij succes verbreden we de werkwijze naar andere kernen/gemeenten in de regio Noordwest-Utrecht.</li> </ol>
Betrokkenen	Wijkverpleegkundige, Huisartsen, praktijkondersteuners ouderen, aanmeldbureau VVT
Prioriteit (1-3)	
Tijdpad	Stap 1 (ontwikkelen werkwijze): april-sept Stap 2 (invoeren in 1 of 2 regio's): okt-nov Stap 3 (werkwijze evalueren en zo nodig bijstellen): dec Stap 4 (werkwijze breed invoeren): 2024

#### **Deelproject 4: Online communicatie**

*Informatie-uitwisseling rond ouderen die thuiszorg ontvangen en vallen onder de module kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk via een online platform*

De thuiszorg en de huisarts en poh werken samen rond kwetsbare ouderen. Het is belangrijk dat zij efficiënt en veilig kunnen communiceren en voor de samenwerking relevante informatie uit de dossiers uit kunnen wisselen. Als zorg multidisciplinair wordt afgestemd, bijvoorbeeld in een kernteamoverleg/mdo, dan is het belangrijk dat de daar gemaakte afspraken worden vastgelegd in één plan.

Op een veilige manier online uitwisselen bevordert de efficiëntie. De huisartsenpraktijken hebben hiervoor VIPLive Samenwerken. Netwerkpartners kunnen hier zonder extra kosten in deelnemen. RegiozorgNU heeft VIP ingericht en van mei 2022 tot en met mei 2023 in alle wijksamenwerkingsverbanden (gemeenten/kernen) een workshop aangeboden, waarbij ook veel wijkverpleegkundigen zijn aangeschoven. In een aantal wijksamenwerkingsverbanden wordt de tool al actief gebruikt voor kwetsbare ouderen. Er is behoefte aan een handreiking voor effectief en efficiënt gebruik voor thuiszorg, casemanagers dementie en huisartsenpraktijk, en stimulators hiervan in de verschillende wijken. In dit deelproject pakken we dit op.

NB VIPLive Samenwerken is een hulpmiddel. We zetten dit in om efficiënt te communiceren. Het is niet nodig om de volledige zorgplannen van de huisarts/poh en de thuiszorg en casemanager met elkaar te delen en tot één plan te maken. In dit project stemmen we dus juist ook af hoe we zo lean mogelijk kunnen werken in het platform.

Ambitie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handreiking efficiënt en effectief samenwerken tussen thuiszorg, casemanager dementie en huisartsenpraktijk in VIPLive Samenwerken</li> <li>2. Uitdragen van deze handreiking in de thuiszorgteams en huisartsenpraktijken.</li> <li>3. Uitdragen van nut en noodzaak van online communiceren tussen professionals</li> </ol>
Betrokkenen	Wijkverpleegkundige, EVV-ers, casemanagers dementie Huisartsen, praktijkondersteuners ouderen, ict-adviseur organisaties
Prioriteit (1-3)	
Tijdpad	<p>Stap 1: ontwikkelen handreiking met professionals die al enige ervaring hebben in het gebruik.</p> <p>Stap 2: onderzoek naar koppeling met ECD's van zorgorganisaties.</p> <p>Stap 3: besluit nemen over ondersteuning implementatie door Careyn en De Rijnhoven (go of no go)</p> <p>Stap 4: implementatie handreiking bij huisartsenpraktijken en zoveel mogelijk van de grotere thuiszorgaanbieders.</p> <p>Stap 5: evaluatie</p>