

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden
startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en
uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Wegwijzer zorgnetwerkverbinder

Deze wegwijzer zorgnetwerkverbinder beschrijft een beproefde werkwijze om samenhangende zorg aan kwetsbare ouderen en mensen met dementie organiseren. De wegwijzer is ontwikkeld door OCE Nijmegen en DementieNet en heeft tot doel eerstelijns netwerken in de regio Nijmegen e.o. te ondersteunen bij het implementeren het zorgprogramma 'Ouderenzorg'.

Sinds april 2017 werken OCE Nijmegen en DementieNet samen om een meer georganiseerde en samenhangende zorg en welzijn voor kwetsbare ouderen te realiseren. Dit doen zij door de aanpak van de OCE Nijmegen te combineren met het DementieNet programma. OCE Nijmegen biedt namelijk sinds 2013 het zorgprogramma 'Ouderenzorg', dat huisartsen ondersteunt bij het leveren van proactieve zorg en welzijn voor ouderen in complexe zorgsituaties. Om een meer duurzame en gestructureerde implementatie te bewerkstelligen, is DementieNet ingeschakeld.

DementieNet richt zich op het implementeren van duurzame netwerkzorg door stapsgewijs verbeteringen aan te brengen. Dit wordt gerealiseerd door lokale netwerken te ondersteunen in het ontwikkelen van hun organisatiekracht, om zo blijvend goede coördinatie van zorg te kunnen leveren. Na een periode van ondersteuning is het de bedoeling dat de netwerken zelfstandig door kunnen gaan, waar nodig ondersteund door OCE implementatiemedewerkers, die huisartsenpraktijken helpen bij het uitvoeren van hun zorgprogramma's.

In deze Wegwijzer wordt het gehele proces dat plaatsvindt bij het opstarten van een nieuw netwerk, stap voor stap beschreven, beginnend bij het opstarten van het netwerk tot de jaarlijkse follow-up. Daarnaast bevat de Wegwijzer ondersteunende documenten die gebruikt kunnen worden binnen de netwerken. Deze Wegwijzer is bedoeld voor zorgnetwerkverbinders van de netwerken, maar kan ook gebruikt worden voor huisartspraktijken die zich oriënteren op deelname aan het zorgprogramma 'Ouderenzorg'. Uiteindelijk is het de bedoeling dat het netwerk na een jaar **zelfstandig** blijft doorgaan met het verbeteren van de ouderenzorg.



i

Profiel zorgnetwerkverbinder
Intakeformulier
zorgnetwerkverbinder

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden
startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en
uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Informatie verzamelen

Wat dient er te gebeuren?

Om te beginnen met het opzetten van een netwerk, wordt allereerst informatie verzameld over het beoogde netwerk. Deze informatie geeft antwoord op in ieder geval de volgende vragen:

- Welke zorg wordt er momenteel voor (complexe) ouderen geboden?
- Hoe is de relatie met de keten dementie (van netwerk 100)?
- Is er een bestaand netwerk binnen de huisartsenpraktijk?
- Is er een potentiële zorgnetwerkverbinder?

Hoe moet dit gedaan worden?

De implementatiemedewerker (OCE Nijmegen) neemt contact op met de contactpersoon van de huisartsenpraktijk. Via deze contactpersoon wordt de informatie verzameld. Daarnaast inventariseert de implementatiemedewerker bij de contactpersoon of hij/zij een potentiële zorgnetwerkverbinder in gedachten heeft, meestal de POH Ouderenzorg. Hiervoor kan de implementatiemedewerker het formulier 'Profiel Zorgnetwerkverbinder' en het 'Intakeformulier Zorgnetwerkverbinder' (zie ondersteunende documenten) verzenden aan de contactpersoon. De contactpersoon bespreekt vervolgens met de potentiële zorgnetwerkverbinder of hij/zij deze taak op zich zou willen nemen en de implementatiemedewerker kan het 'Intakeformulier Zorgnetwerkverbinder' afnemen bij de potentiële kandidaat.

Wie gaat dit uitvoeren?

Implementatiemedewerker vanuit OCE Nijmegen
Contactpersoon huisartsenpraktijk



i

Profiel zorgnetwerkverbinder

Intakeformulier

zorgnetwerkverbinder

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden
startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en
uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Profiel zorgnetwerkverbinder

De zorgnetwerkverbinder oefent in het lokale wijknetwerk of netwerk rond de huisartsenpraktijk een trekkersrol, waarbij het gaat om een combinatie van:

- Enthousiast zijn om de zorg voor ouderen in het netwerk te verbeteren.
- Het kunnen verbinden van de verschillende deelnemers aan het netwerk.
- Samenwerken. De zorgnetwerkverbinder is dan ook bij voorkeur iemand die gericht is op samenwerken en die deze op positieve wijze weet te beïnvloeden.

Deze drie kernkwaliteiten van de zorgnetwerkverbinder (enthousiasme, kunnen verbinden en gericht op samenwerking) vormen goede uitgangspunten bij het bepalen van een geschikte zorgnetwerkverbinder.

i

Profiel zorgnetwerkverbinder

Intakeformulier

zorgnetwerkverbinder

1 Informatie verzamelen**2** Oriëntatie praktijk**3** Oriëntatiebijeenkomst**4** Voorbereiden
startbijeenkomst**5** Startbijeenkomst**6** Opstellen verbeterplan en
uitvoeren**7** Jaarlijkse follow-up**8** Scholingsprogramma**Intakeformulier zorgnetwerkverbinder**

1	Wat is de aanleiding tot contact met OCE?	
2	Functie, hoe lang werkzaam?	
3	Welke praktijk/ welke wijk?	
4	Hoeveel ouderen/ mensen met dementie in de praktijk en in de wijk (globaal)?	
5	Met welke professionals wordt op dit moment samengewerkt? 1. Huisarts(en) 2. Wijkverpleging (organisaties, vaste personen?) 3. Welzijnswerker (sociaal wijkteam, ouderenadviseur.?) 4. Zorgtrajectbegeleider? 5. Specialist ouderengeneeskunde 6. Paramedici (fysio, ergo)	
6	Hoe verloopt samenwerking (wel/niet gestructureerd/ vaste personen, MDO)?	
7	Bekendheid ouderenzorgprogramma? Zo ja, welke onderdelen uitgevoerd?	
8	Andere ketens en netwerken (b.v. netwerk 100/ palliatieve zorg) Welke werkafspraken om dubbelingen te voorkomen)?	
9	Tegen welke knelpunten loop je aan in de zorg aan kwetsbare ouderen ?	
10	Wat is er al aan gedaan aan het leveren van de zorg/welzijn aan kwetsbare ouderen?	



i

Profiel zorgnetwerkverbinder

Intakeformulier

zorgnetwerkverbinder

1 Informatie verzamelen**2** Oriëntatie praktijk**3** Oriëntatiebijeenkomst**4** Voorbereiden
startbijeenkomst**5** Startbijeenkomst**6** Opstellen verbeterplan en
uitvoeren**7** Jaarlijkse follow-up**8** Scholingsprogramma**Intakeformulier Zorgnetwerkverbinder**

11	Welke verwachtingen heb je van deelname aan het zorgprogramma?	
12	Wat zou jouw doel zijn om deel te nemen?	
13	Welke ondersteuning heb je nodig?	
14	Uitleg werkwijze OCE Zorgprogramma en wat je kan verwachten van de OCE implementatiemedewerker	
15	Zorgnetwerkverbinderschap: betekenis + profiel (door implementatie medewerker)	
16	Vervolgstep bepalen, op maat, b.v. oriënterend gesprek of startbijeenkomst (in samenspraak met implementatie medewerker)	

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden
startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en
uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Oriëntatie praktijk


Wat dient er te gebeuren?

Nadat de voorinformatie is verzameld, volgt een eerste oriëntatie binnen de praktijk. Hiermee wordt het draagvlak binnen de praktijk om te starten met gestructureerde ouderenzorg in kaart gebracht en wordt gekeken welke personen binnen de praktijk onderdeel kunnen vormen van het kernnetwerk.

Hoe moet dit gedaan worden?

De (potentiële) zorgnetwerkverbinder inventariseert binnen de huisartsenpraktijk of er voldoende draagvlak is binnen de praktijk en zoekt een kernnetwerk bij elkaar. Dit kernnetwerk bestaat uit (bijvoorbeeld) een POH ouderenzorg, huisarts, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, een welzijnswerker (bijv. ouderenadviseur) en een zorgtrajectbegeleider. De zorgnetwerkverbinder kan hen per mail/telefoon benaderen om te vragen of zij deel willen nemen en bevroegt tevens de motivatie van de deelnemers om deel te nemen. De implementatiemedewerker van de OCE neemt contact op met de zorgnetwerkverbinder om te vragen of ondersteuning hierin gewenst is.

Wie moet dit uitvoeren?

De (potentiële) zorgnetwerkverbinder voert deze stappen uit. Voor eventuele ondersteuning kan deze terecht bij de implementatiemedewerker. 

Tijdsplanning

Twee tot drie weken voor het verzamelen van het kernnetwerk.

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden
startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en
uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Oriëntatiebijeenkomst

Wat dient er te gebeuren?

De oriëntatiebijeenkomst is facultatief. Indien al duidelijk is wie er meedoen aan het netwerk, kan deze stap worden overgeslagen. Tijdens de oriëntatiebijeenkomst komt het netwerk voor het eerst bijeen om overeenstemming te bereiken over deelname. Er wordt nogmaals gevraagd of iedereen deel wil nemen, of iedereen akkoord is met de zorgnetwerkverbinder(s) en of er eventueel nog mensen aan het netwerk toegevoegd moeten worden. Daarnaast wordt er uitleg gegeven over het traject en wordt besproken wat de gevolgstappen zullen zijn.

Hoe moet dit gedaan worden?

De implementatiemedewerker vraagt de zorgnetwerkverbinder een oriëntatiebijeenkomst te organiseren. Hiervoor verstuurt de zorgnetwerkverbinder een uitnodiging naar de deelnemers van de bijeenkomst. De bijeenkomst kan in de huisartsenpraktijk plaatsvinden. De oriëntatiebijeenkomst wordt geleid door de implementatiemedewerker. Aan het eind van de presentatie wordt gevraagd of de praktijk deelneemt aan het programma ouderenzorg en volgt een go/no go. Voor de oriëntatiebijeenkomst wordt maximaal 60 minuten uitgetrokken.

Wie moet dit uitvoeren?

De implementatiemedewerker bereidt de bijeenkomst voor en leidt de bijeenkomst. De zorgnetwerkverbinder organiseert de bijeenkomst.

Tijdsplanning

De oriëntatiebijeenkomst wordt één maand na start van het netwerk georganiseerd (indien noodzakelijk).



i

Indicatorenset

Voorbeeld spinnenweb

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Vorbereiden startbijeenkomst

Wat dient er te gebeuren?

Zodra na de oriëntatiebijeenkomst een 'go' volgt, wordt het vervolgtraject in gang gezet. Hiervoor wordt een startbijeenkomst georganiseerd. Voorafgaand aan deze bijeenkomst, moeten de indicatoren (zie ondersteunende documenten) worden verzameld over de zorg/welzijn voor ouderen binnen de praktijk, zodat deze tijdens de startbijeenkomst gepresenteerd kunnen worden. Daarnaast worden eventuele nieuwe netwerkdeelnemers benaderd. Ook wordt er vast begonnen met het organiseren van de startbijeenkomst.

Hoe moet dit gedaan worden?

De implementatiemedewerker benadert de zorgnetwerkverbinder om uitleg te geven over het verzamelen van de indicatoren. Indien gewenst vanuit de zorgnetwerkverbinder, plannen zij hier een afspraak voor. De ingevulde indicatoren worden bijgehouden in een Excelbestand, dat wordt toegestuurd door de implementatiemedewerker. Voor het organiseren van de startbijeenkomst, worden vast een geschikte datum en locatie (in de praktijk) gezocht.

Wie moet dit uitvoeren?

De implementatiemedewerker geeft uitleg over het verzamelen en invullen van de indicatoren. De zorgnetwerkverbinder is hier uiteindelijk verantwoordelijk voor.

Tijdsplanning

De startbijeenkomst vindt het bij voorkeur een maand na de eventuele oriëntatiebijeenkomst plaats, óf één maand na start van het netwerk.



i

Indicatorenset

Voorbeeld spinnenweb

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Indicatorenset

Quality indicators / Kernset Kwetsbare ouderen met complexe zorgsituatie

Deze kernset is opgebouwd uit indicatoren die zijn afgeleid uit bestaande sets van het zorgprogramma Ouderenzorg OCE en DementieNet, aangevuld met indicatoren die vanuit de M&I module van VGZ en CZ verplicht zijn, aangeduid met *. Alle indicatoren worden door de zorgnetwerkverbinder verzameld en aangeleverd aan de begeleider van de OCE Nijmegen.

Indicatoren op patiëntniveau

1. Het aantal personen bij wie de kwetsbaarheid geïnventariseerd is (ICPC A49.01)*
2. Het percentage personen die als kwetsbaar en complex¹ beoordeeld zijn (ICPC A05) van degenen die geïnventariseerd zijn*
3. Het percentage ouderen met diagnose dementie (ICPC P70 en P70 subcodes) van totaal aantal kwetsbare en complexe ouderen (ICPC A05)
4. Het percentage diagnoses dementie (ICPC P70 en P70 subcodes) dat in de 1^e lijn is gesteld (geen specifieke code)
5. Het percentage kwetsbare complexe ouderen dat een casemanager/zorgtrajectbegeleider dementie heeft*
6. Het aantal kwetsbare complexe ouderen dat besproken is in de MDO's² in afgelopen jaar *
7. Het percentage kwetsbare en complexe ouderen dat een gemeenschappelijk zorgplan³ heeft van maximaal 12 maanden oud*
8. Het percentage kwetsbare en complexe ouderen bij wie Advanced Care Planning⁴ opgenomen is in het zorgplan.
9. Het aantal spoedopnames bij de groep kwetsbare en complexe ouderen
10. Het aantal spoedopnames in een ziekenhuis of verpleeghuis die het gevolg waren van gedragsproblemen bij de patiënt of overbelasting van de mantelzorger als ratio van de groep kwetsbare en complexe ouderen.
11. Volhoudtijd van de mantelzorgers van kwetsbare en complexe ouderen.
12. Het percentage kwetsbare ouderen dat de afgelopen 12 maanden een medicatiereview heeft gehad (A.49.02)⁵*
13. Het aantal kwetsbare ouderen dat een nierfunctie bepaling heeft gehad in de afgelopen 12 maanden*
14. Het aantal MDO's gehouden in het afgelopen jaar (een MDO is gedefinieerd als een gestructureerd overleg tussen minimaal 3 hulp/zorgverleners waaronder minimaal een zorg- en een medisch discipline)*

Dataverzameling:

Uit HIS te draaien: 1, 2, 3, 14

Door zorgnetwerkverbinder bij te houden in Excel: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13,14

Uit te vragen in aanloop naar MDO bij mantelzorger: 11

1. Een kwetsbare oudere is een oudere waarbij er sprake is van een toenemend risico op verlies van functies, zowel fysiek als cognitief, en waarbij een afname van zelfredzaamheid waarschijnlijk wordt.
2. Een MDO is een fysiek overleg waarbij het gedeelde zorgplan wordt besproken door tenminste drie hulpverleners, bijvoorbeeld een huisarts, de POH en een wijkverpleegkundige.
3. Een gemeenschappelijk zorgplan is een zorgplan waarbij meerdere hulpverleners zijn betrokken zodat systematisch in kaart kan worden gebracht wat de problemen zijn rondom de patiënt en welke interventies/acties de verschillende hulpverleners dienen uit te voeren .
4. Van Advanced Care Planning is sprake indien er met de cliënt afspraken zijn gemaakt over toekomstige scenario's, zoals het wegvallen van een mantelzorger of een andere ingrijpende situatie
5. Medicatie review vindt plaats tussen huisarts en apotheker, indien er sprake is van polyfarmacie, op basis van het stappenplan in het zorgprogramma

i

Indicatorenset

Voorbeeld spinnenweb

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

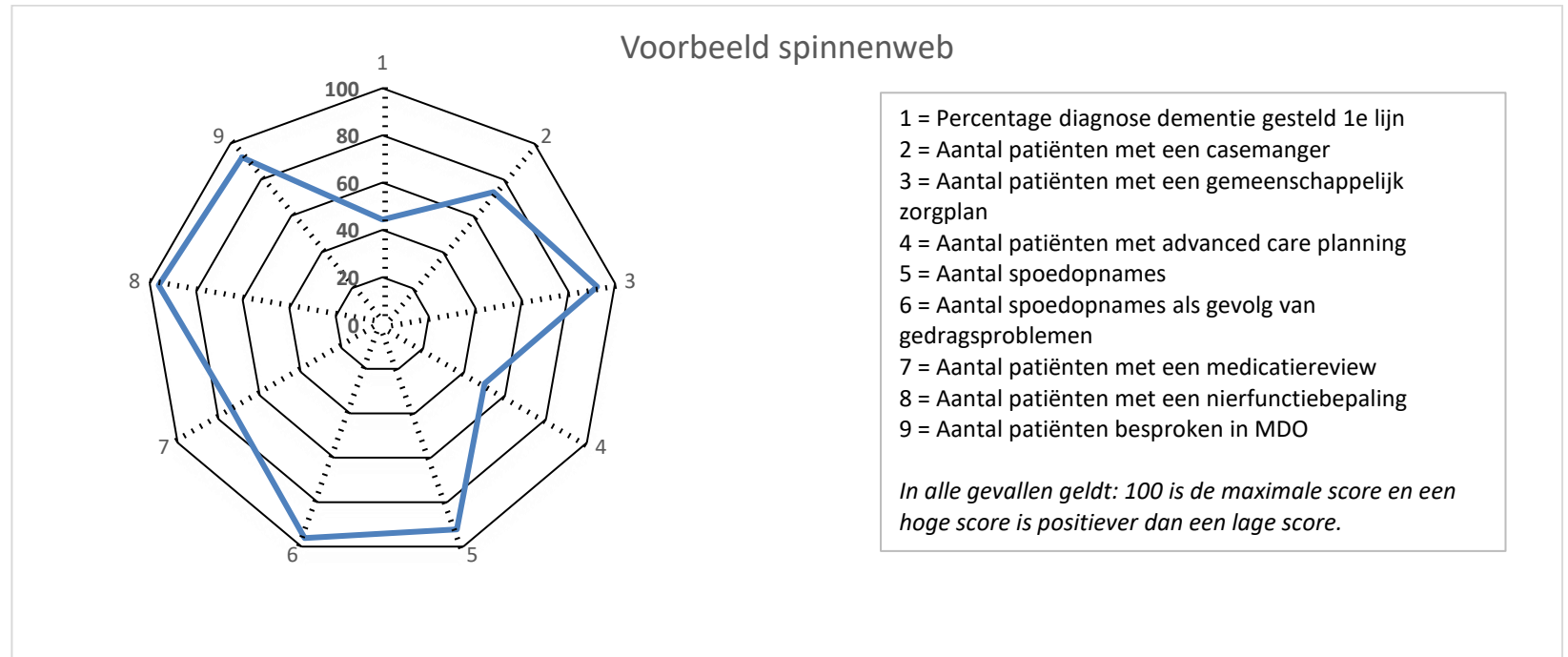
6 Opstellen verbeterplan en uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Voorbeeld ingevulde indicatoren

Zodra alle indicatoren zijn ingevuld in het Excel-bestand, stuurt de zorgnetwerkverbinder deze terug naar de implementatiemedewerker. De implementatiemedewerker maakt hier vervolgens een spinnenweb van. In dit spinnenweb worden de meest belangrijke punten weergegeven waarop de voortgang van het netwerk wordt beoordeeld. Om de voortgang te bewaken, vraagt de implementatiemedewerker voorafgaand aan de follow-up bijeenkomst opnieuw om de indicatoren in te vullen. Ook deze worden weergegeven in een spinnenweb en zo vergeleken met het vorige spinnenweb.



1 Informatie verzamelen**2** Oriëntatie praktijk**3** Oriëntatiebijeenkomst**4** Voorbereiden
startbijeenkomst**5** Startbijeenkomst**6** Opstellen verbeterplan en
uitvoeren**7** Jaarlijkse follow-up**8** Scholingsprogramma

Startbijeenkomst

Wat dient er te gebeuren?

Tijdens de startbijeenkomst maakt het netwerk goed kennis met elkaar en wordt gewerkt aan de samenwerking. Daarnaast vindt terugkoppeling plaats van de kwaliteitsindicatoren. Het uiteindelijke doel is dat er verbeterpunten op papier komen en dat het netwerk zelf een eerste verbeterpunt kiest voor het aankomende jaar.

Hoe moet dit gedaan worden?

De zorgnetwerkverbinder heeft de startbijeenkomst georganiseerd. De startbijeenkomst wordt geleid door de implementatiemedewerker. Deze medewerker laat het netwerk denken over verbeterpunten. Uiteindelijk dient er tenminste één verbeterpunt te worden geformuleerd.

Tijdens de startbijeenkomst wordt er gewerkt aan de hand van de zogenaamde PDCA-cyclus, die ook door de implementatiemedewerker zal worden toegelicht.

Wie gaat dit uitvoeren?

De implementatiemedewerker leidt de bijeenkomst. Van het netwerk wordt een actieve houding verwacht in het meedenken naar verbeterpunten.

Tijdsplanning

De startbijeenkomst vindt één maand na de oriëntatiebijeenkomst of één maand na start van het netwerk plaats en duurt ongeveer 1 uur (als netwerk elkaar al kent) tot 2 uur (bij nieuw netwerk).



i

Voorbeeld verbeterplan

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden
startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en
uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Opstellen verbeterplan en uitvoeren

Wat dient er te gebeuren?

Na afloop van de startbijeenkomst wordt er een verbeterplan opgesteld aan de hand van de PDCA-cyclus. Zodra dit verbeterplan geschreven is, kan het netwerk aan de slag met het uitvoeren hiervan. Tussendoor wordt hierop toegezien door de zorgnetwerkverbinder, eventueel met hulp van de implementatiemedewerker.

Hoe moet dit gedaan worden?


De zorgnetwerkverbinder schrijft aan de hand van de uitkomst van de startbijeenkomst het verbeterplan met hulp van de implementatiemedewerker. In dit verbeterplan wordt concreet gemaakt wat het netwerk dient te gaan verbeteren in het komende jaar. Het netwerk gaat aan de slag met het uitvoeren van het verbeterplan. De zorgnetwerkverbinder vraagt regelmatig bij de verschillende deelnemers in het netwerk hoe het gaat met en zorgt ervoor dat men zich aan afspraken houdt. Eventueel kan de zorgnetwerkverbinder hierbij ondersteuning vragen van de implementatiemedewerker.

Zie voor informatie over de PDCA-cyclus en de verbeterplannen de site van OCE Nijmegen.

Wie gaat dit uitvoeren?

De zorgnetwerkverbinder stelt met hulp van de implementatiemedewerker het verbeterplan op. Het netwerk voert het verbeterplan uit, onder toezien van de zorgnetwerkverbinder. Voor ondersteuning kan de implementatiemedewerker worden ingeschakeld.

Tijdsplanning

Binnen een maand na de startbijeenkomst is er een verbeterplan dat akkoord is voor het netwerk. Het netwerk heeft ongeveer een jaar om dit uit te voeren en te evalueren. 



DEMENTIENET



i

Voorbeeld verbeterplan

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden
startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en
uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

1. Wat is de aanleiding/bevinding?

Welke indicator voldoet niet aan de norm? (voor een overzicht van de verplichte indicatoren zie de bijlage kernset kwetsbare ouderen met complexe zorgsituatie)

Bijvoorbeeld:

Er is geen MDO – dan wel gezamenlijke patiëntenbespreking binnen het netwerk.

2. Wat is de (kern)oorzaak van het probleem?

Voor analyse van het probleem – stel hiervoor vijf maal de waarom vraag.

Bijvoorbeeld:

Het netwerk is onduidelijk.

Het is niet duidelijk hoe je het beste een MDO kunt organiseren.

Het is niet duidelijk hoe vaak een MDO gehouden moet worden.

Een MDO kost veel tijd.

Het is niet duidelijk wie het initiatief moet nemen dan wel verantwoordelijk is voor het organiseren van een MDO.

Het is niet duidelijk bij welke patiënten en wanneer een MDO gehouden moet worden.

Het is niet duidelijk welke mensen het beste aan kunnen sluiten.

3. Wat is de wenselijke situatie? (SMART formuleren)

Doelstelling en norm bepalen

Bijvoorbeeld:

Per datum x zijn er minimaal 6 MDO's gehouden waarbij minimaal de volgende drie hulpverleners aanwezig zijn: huisarts, de POH en wijkverpleegkundige.

Per datum x is minimaal 25% van de complexe kwetsbare ouderen aangeduid met code ICPC A05 besproken in een MDO.

4. Wat is nodig om gewenste situatie te bereiken?

a. Beschrijf de uit te voeren acties in termen van wat, wie, waar, wanneer, hoe

b. Beschrijf hoe betrokkenen geïnformeerd moeten worden in termen van wat, wie, waar, hoe, wanneer, frequentie

Acties bijvoorbeeld:

13. Mogelijk noodzakelijke actie als dit nog niet gebeurd in de praktijk: 1. Patiënten inventariseren op kwetsbaarheid (ICPC A49.01) en de kwetsbare patiënten beoordelen op kwetsbaar en complex *(ICPC A05) en deze gegevens vastleggen in HIS door huisarts in overleg met POH : binnen 1 maand



i

Voorbeeld verbeterplan

- 1 Informatie verzamelen
- 2 Oriëntatie praktijk
- 3 Oriëntatiebijeenkomst
- 4 Voorbereiden startbijeenkomst
- 5 Startbijeenkomst
- 6 Opstellen verbeterplan en uitvoeren
- 7 Jaarlijkse follow-up
- 8 Scholingsprogramma

Wat is nodig om gewenste situatie te bereiken? Bijvoorbeeld:

1. De POH stelt in overleg met de huisarts een lijst samen met mogelijke kandidaten voor het netwerk: binnen 1 maand
2. De POH benadert de kandidaten voor deelname aan het netwerk: binnen 1 maand
3. De POH zoekt in overleg met de betrokken deelnemers van het MDO naar een geschikt moment en locatie voor het MDO. Tijdsduur van het MDO wordt in overleg vastgesteld binnen 1 maand.
4. In overleg met het netwerk wordt besloten wie er bij de MDO's standaard aanwezig moet zijn en wie facultatief afhankelijk van de hulpvraag. De huisarts is de voorzitter van het MDO: binnen 1 maand
5. De POH maakt een jaarplanning voor het MDO: binnen 1 maand
6. 2 weken voorafgaand aan het MDO mailt de POH de betrokken deelnemers met verzoek welke patiënten besproken moeten worden
7. De POH selecteert in overleg met de huisarts 3 patiënten die besproken moeten worden.
8. De POH mailt de agenda van het MDO 1 week voorafgaand aan het overleg naar de betrokken deelnemers. Hierop staat vermeld datum, tijdstip, locatie en patiënten die besproken worden en wie de patiënt inbrengt en welke deelnemers aanwezig moeten zijn.
9. De zorgnetwerkverbinder maakt een bestand (Excel) aan waarin zij vastlegt welke patiënten complex kwetsbaar zijn.
10. De zorgnetwerkverbinder noteert na afloop van het MDO in het overzichtsbestand welke complex kwetsbare ouderen besproken zijn in het MDO inclusief datum.
11. De zorgnetwerkverbinder maakt een bestand (Excel) aan waarin de jaarplanning van de MDO wordt vastgelegd.
12. De zorgnetwerkverbinder noteert na afloop van het MDO in het overzichtsbestand of de minimaal vereisten deelnemers bij het MDO aanwezig waren.

Informatie

1. Nadat de samenstelling van het netwerk, de frequentie, tijdstip en data van de MDO zijn vastgesteld, worden de afspraken voor het MDO door de POH schriftelijk vastgelegd en via e-mail verzonden naar de leden van het netwerk.
De terugkoppeling van de resultaten naar de leden van het netwerk vindt plaats tijdens de evaluatiebijeenkomst (1x per jaar) en zonodig wordt er tussentijds voor het % complex kwetsbaar een na 6 maanden een update verzonden naar de deelnemers door de zorgnetwerkverbinder.



i

Voorbeeld verbeterplan

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden
startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en
uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

1. Hoe evalueer je het effect van je verbeterplan?

De verplichte indicatorenset is het uitgangspunt. Beschrijf de methode van meten, de methode van analyseren, frequentie, wie gaat dit doen, waar wordt dit vastgelegd

Bijvoorbeeld:

Doelstelling 1:

Per 1 december 2018 zijn er minimaal vijf MDO's gehouden, waarbij minimaal de volgende drie hulpverleners aanwezig zijn: huisarts, de POH en wijkverpleegkundige:

Meetmethode: tellen aantal MDO's in de genoemde periode dat aan de criteria heeft voldaan (halen uit Excelbestand).

Frequentie: 1 x per jaar

Door wie: zorgnetwerkverbinder

Terugkoppeling: evaluatiebijeenkomst netwerk

Doelstelling 2

Per 1 juni 2017 is minimaal 25% van de complexe kwetsbare ouderen aangeduid met code ICPC A05 besproken in een MDO.

Indicator: aantal complex kwetsbare patiënten besproken in MDO gedeeld door aantal complex kwetsbare patiënten x 100%

Via HIS: aantal complex kwetsbare patiënten

Via Excel bestand: aantal complex kwetsbare patiënten besproken in MDO

Wie: zorgnetwerkverbinder

Frequentie: 2 x per jaar

Terugkoppeling: via evaluatiebijeenkomst en halfjaarlijks via de e-mail

i

Jaarlijkse evaluatie met OCE

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden
startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en
uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Jaarlijkse follow-up

Wat dient er te gebeuren?

Jaarlijks vindt er een evaluatiebijeenkomst plaats. Voorafgaand aan deze bijeenkomst vindt weer een indicatorenmeting plaats. Tijdens deze bijeenkomst worden alle deelnemers van het netwerk geïnformeerd over alle voortgang die geboekt is. Deze evaluatiebijeenkomst biedt ook de kans om nieuwe verbeterpunten aan te dragen, ook weer volgens de PDCA-cyclus (zie site OCE). Daarnaast evalueren de zorgnetwerkverbinder en de implementatiemedewerker over de algemene projectervaring.

Na twee jaar is het de bedoeling dat het netwerk **zelfstandig** het gehele proces blijft continueren (verbeterplan opstellen, uitvoeren en evalueren).

Hoe moet dit gedaan worden?

De zorgnetwerkverbinder organiseert een evaluatiebijeenkomst, waarvoor het gehele netwerk wordt uitgenodigd. De implementatiemedewerker leidt deze bijeenkomst in samenspraak met de zorgnetwerkverbinder en stelt aan de hand van vragen vast hoe de zaken het afgelopen jaar verlopen zijn. Daarnaast neemt de implementatiemedewerker contact op met de zorgnetwerkverbinder om de voortgang te evalueren.

Wie gaat dit uitvoeren?

De zorgnetwerkverbinder organiseert de bijeenkomst en de implementatiemedewerker leidt deze.

Tijdsplanning

De evaluatiebijeenkomst vindt bij voorkeur kort na de deadline van het verbeterplan plaats. Ieder jaar wordt er opnieuw geëvalueerd over de voortgang in het netwerk, naar aanleiding van het gekozen verbeterpunt.





Jaarlijkse evaluatie met OCE

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

De OCE implementatiemedewerker neemt onderstaande evaluatie af bij de zorgnetwerkverbinder

Jaarlijkse evaluatie OCE

Naam zorgnetwerkverbinder [Naam]

Huisartsenpraktijk [Naam]

Datum: [Datum]

De scores zijn op basis van ordinale schaal: **zeer ontevreden, ontevreden, tevreden, zeer tevreden.**

Vraag 1. Beoogde doelen uit het verbeterplan

Vraag	Score	Opmerkingen
Zijn de beoogde doelen uit het verbeterplan (aantoonbaar) gerealiseerd?		
Zijn de gekozen interventies de juiste gebleken?		
Zijn de beoogde doelen en resultaten goed vastgelegd in het verbeterplan?		

Vraag 2. Verplicht aan te leveren gegevens

Vraag	Score	Opmerkingen
Zijn de verplichte indicatoren aangeleverd?		
Is de mantelzorgvolhoudtijd uitgevraagd en vastgelegd?		

Vraag 2. Proces

Vraag	Score	Opmerkingen
Is er voldoende aandacht geweest voor het proces / de aanpak?		
Is er de onderlinge samenwerking naar tevredenheid verlopen?		
Is er naar tevredenheid gecommuniceerd met betrokkenen en eventuele andere belanghebbenden?		
Was de netwerktrekker alert op het signaleren van de kritieke- en bijstuurmomenten?		
Verliep de samenwerking met de zorgnetwerkverbinder naar wens ?		
Werd de doorlooptijd en bestede tijd goed bewaakt door de zorgnetwerkverbinder?		
Verliep de communicatie met de zorgnetwerkverbinder naar tevredenheid (frequentie en kwaliteit van terugkoppeling)?		

i

Jaarlijkse evaluatie met OCE

1 Informatie verzamelen**2** Oriëntatie praktijk**3** Oriëntatiebijeenkomst**4** Voorbereiden startbijeenkomst**5** Startbijeenkomst**6** Opstellen verbeterplan en uitvoeren**7** Jaarlijkse follow-up**8** Scholingsprogramma**Vraag 3. Organisatie**

Vraag	Score	Opmerkingen
Waren taken, rollen en verantwoordelijkheden helder en goed belegd?		
Heeft ieder zijn taak, rol, leiderschap naar verwachting opgepakt?		
Was de rol en specifieke bijdrage van de zorgnetwerkverbinder helder bij aanvang van het project?		
Heeft de zorgnetwerkverbinder zijn / haar rol naar verwachting uitgevoerd?		

Vraag 4. Welk rapportcijfer geeft u het gehele proces?

Vraag	score	Opmerkingen
Rapportcijfer		

Vraag 5. Welk compliment wilt u meegeven aan de zorgnetwerkverbinder?

Vraag	open vraag

Vraag 6. Welke verbetertip wilt u meegeven aan de zorgnetwerkverbinder?

Vraag	open vraag

1 Informatie verzamelen**2** Oriëntatie praktijk**3** Oriëntatiebijeenkomst**4** Voorbereiden
startbijeenkomst**5** Startbijeenkomst**6** Opstellen verbeterplan en
uitvoeren**7** Jaarlijkse follow-up**8** Scholingsprogramma

Scholingsprogramma

De OCE Zorggroep Nijmegen heeft, in samenwerking met DementieNet, een trainingsgids opgesteld met verschillende scholingen rondom het thema ouderenzorg. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan scholingen op het gebied van multidisciplinair samenwerken, diagnostiek en preventie.

Alle netwerken die deelnemen aan het zorgprogramma 'Ouderenzorg' kunnen gebruik maken van deze scholingen. Ieder jaar wordt er **één scholing gratis** aangeboden door de OCE Nijmegen en DementieNet. Het netwerk mag zelf bepalen aan welke scholing behoefte is, bij voorkeur aansluitend op het verbeterplan. Zo kan het scholingsprogramma extra ondersteuning bieden bij het uitvoeren van het opgestelde verbeterplan.

U kunt de trainingsgids vinden via onderstaande link. Voor verdere informatie over de scholingen, kunt u terecht bij Chantal Hensens (c.hensens@cihn.nl).

U vindt de scholingsgids op de site van OCE Nijmegen.