

Wegwijzer netwerkverbinder

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

Deze wegwijzer netwerkverbinder beschrijft een beproefde werkwijze om samenhangende zorg aan kwetsbare ouderen en mensen met dementie te organiseren. De wegwijzer is ontwikkeld door DementieNet en heeft tot doel netwerkverbinders te ondersteunen in hun rol.

DementieNet streeft ernaar om een meer georganiseerde en samenhangende zorg en welzijn voor kwetsbare ouderen te realiseren. 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 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 netwerkverbinders van de netwerken, maar kan ook gebruikt worden voor huisartspraktijken ter ondersteuning van het proces. Uiteindelijk is het de bedoeling dat het netwerk na twee 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?
- Is er een bestaand netwerk?
- Is er een potentiële netwerkverbinder?

Hoe moet dit gedaan worden?

De implementatiemedewerker neemt contact op met de contactpersoon van het netwerk of vice versa. Via deze contactpersoon wordt de informatie verzameld. De implementatiemedewerker inventariseert of er een potentiële netwerkverbinder is, bijvoorbeeld de POH Ouderenzorg. Dit is een voorwaarde voor de opstart van het netwerk. De implementatiemedewerker kan het formulier 'Profiel netwerkverbinder' en het 'Intakeformulier netwerkverbinder' (zie ondersteunende documenten) gebruiken om de geschiktheid van netwerkverbinder te bepalen. Vervolgens wordt met de potentiële netwerkverbinder of hij/zij deze taak op zich zou willen nemen en de implementatiemedewerker kan het 'Intakeformulier netwerkverbinder' afnemen bij de potentiële kandidaat.

Wie gaat dit uitvoeren?

Implementatiemedewerker
Contactpersoon netwerk



DEMENTIENET

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 netwerkverbinder

De netwerkverbinder 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 netwerkverbinder 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 netwerkverbinder (enthousiasme, kunnen verbinden en gericht op samenwerking) vormen goede uitgangspunten bij het bepalen van een geschikte netwerkverbinder.

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 netwerkverbinder**

1	Wat is de aanleiding tot contact?	
2	Functie, hoe lang werkzaam?	
3	Welke praktijk/ welke wijk?	
4	Hoeveel ouderen/ mensen met dementie (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 met een 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?	



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 netwerkverbinder

11	Welke verwachtingen heb je van deelname aan Dementienet?	
12	Wat zou jouw doel zijn om deel te nemen?	
13	Welke ondersteuning heb je nodig?	
14	Uitleg werkwijze DementieNet	
15	Netwerkverbinderschap: betekenis + profiel.	
16	Vervolgstep bepalen, op maat, b.v. oriënterend gesprek of startbijeenkomst	

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) netwerkverbinder zoekt een kernnetwerk bij elkaar. Dit kernnetwerk bestaat uit (bijvoorbeeld) een POH ouderenzorg, huisarts, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, een welzijnswerker (bijv. ouderenadviseur) en een casemanager dementie. De netwerkverbinder kan hen per mail/telefoon benaderen om te vragen of zij deel willen nemen en be vraagt tevens de motivatie van de deelnemers om deel te nemen. De implementatiemedewerker neemt contact op met de netwerkverbinder om te vragen of ondersteuning hierin gewenst is.

Wie moet dit uitvoeren?

De (potentiële) netwerkverbinder 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 netwerkverbinder(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 netwerkverbinder een oriëntatiebijeenkomst te organiseren. Hiervoor verstuurt de netwerkverbinder een uitnodiging naar de deelnemers van de bijeenkomst. De bijeenkomst kan op een centrale locatie plaatsvinden. De oriëntatiebijeenkomst wordt geleid door de implementatiemedewerker. Aan het eind van de presentatie wordt gevraagd of de praktijk deelneemt aan het programma 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 netwerkverbinder 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 **Vorbereiden
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. De netwerkverbinder verzamelt de e-mailadressen van de netwerkdeelnemers en stuurt deze naar info@dementienet.com.

Hoe moet dit gedaan worden?

De implementatiemedewerker benadert de netwerkverbinder om uitleg te geven over het verzamelen van de indicatoren. Dit wordt ondersteund door Dorien Oostra : Dorien.Oostra@radboudumc.nl (onderzoeker DementieNet). Indien gewenst, plannen zij hier een afspraak voor. De ingevulde indicatoren worden bijgehouden in een Excelbestand, dat wordt toegestuurd door de onderzoeker. Voor het organiseren van de startbijeenkomst, worden een geschikte datum en locatie gezocht.

Wie moet dit uitvoeren?

De implementatiemedewerker geeft uitleg over het verzamelen en invullen van de indicatoren. De netwerkverbinder 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

Uitleg spinnenweb

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 **Vorbereiden
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 DementieNet, aangevuld met indicatoren die vanuit de M&I module van VGZ en CZ verplicht zijn, aangeduid met *. Alle indicatoren worden door de netwerkverbinder verzameld en aangeleverd aan de implementatiemedewerker.

1. Er is een casemanager aangesteld of ten minste aangeboden om de zorg te coördineren en als vast aanspreekpunt te fungeren. Dit kan een casemanager of zorgtrajectbegeleider zijn, maar ook een wijkverpleegkundige die nadrukkelijk die taak heeft gekregen.
2. Is de diagnose dementie in de eerste lijn gesteld?
3. Is de patiënt in de afgelopen 12 maanden besproken in een multidisciplinair overleg (MDO)?
4. Is er in de afgelopen 12 maanden een systematisch geriatrisch assessment gedaan? Dit kan bijvoorbeeld het afnemen van EASY-care, InterRAI of Trazag zijn, of een ander instrument met vaste domeinen die bekeken worden.
5. Is de patiënt in de afgelopen 12 maanden besproken in een farmacotherapeutisch overleg (FTO)?
6. Hoeveel spoedconsultaties heeft de patiënt gehad in de afgelopen 12 maanden? Onder spoed wordt verstaan: ongeplande zorg die dezelfde dag nog geleverd moet worden. Hierbij gaat het om situaties waarbij de arts wordt ingeschakeld, maar de arts hoeft niet per se zelf degene te zijn die langsgaat. De situatie hoeft ook niet dementie gerelateerd te zijn.

Dataverzameling:

1. Een MDO is een fysiek overleg waarbij het gedeelde zorgplan wordt besproken door tenminste drie hulpverleners, bijvoorbeeld een huisarts, de POH en een wijkverpleegkundige.
2. 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 .
3. 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

Uitleg 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

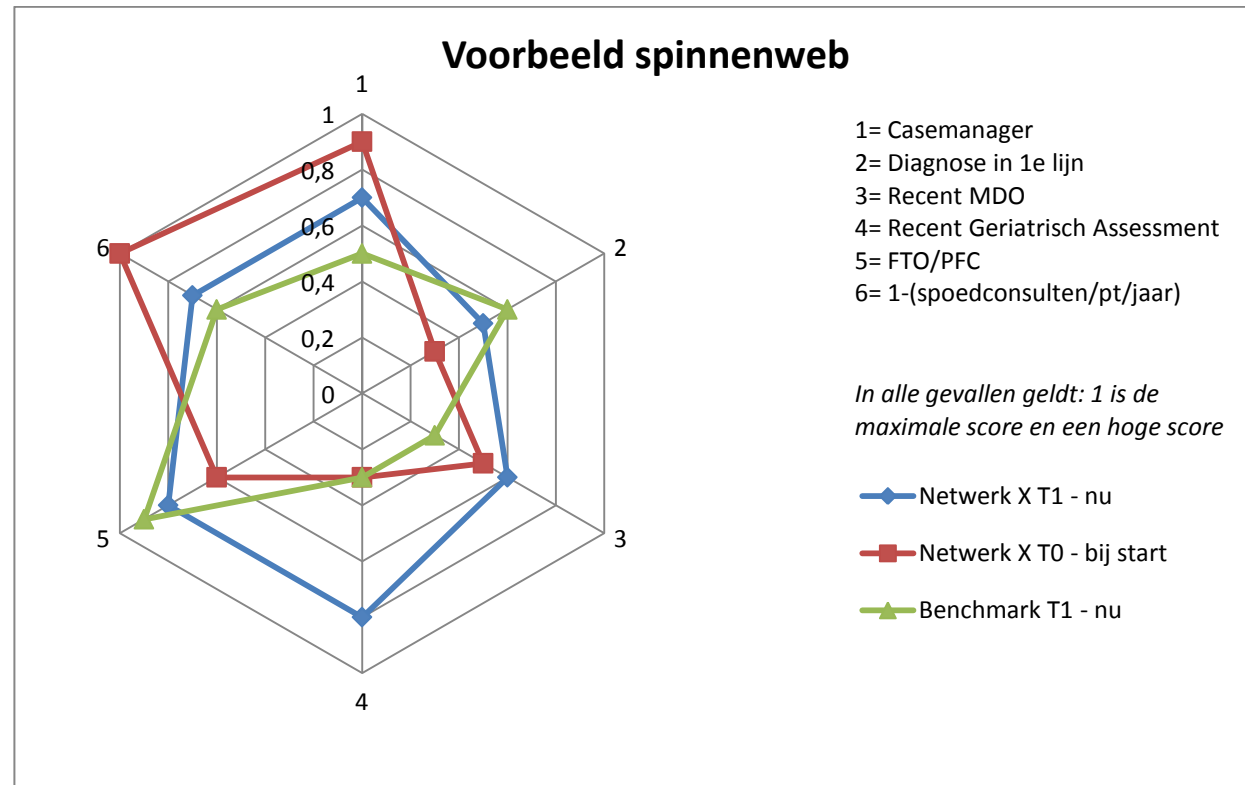
Voorbeeld ingevulde indicatoren

Zodra alle indicatoren zijn ingevuld in het Excel bestand, stuurt de netwerkverbinder 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.

Voor het terugkoppelen van de data over kwaliteitsindicatoren die jaarlijks wordt verzameld, via het registratiebestand, wordt een spinnenweb diagram gebruikt. Hieronder staat een fictief spinnenweb diagram voor netwerk X op tijdstip T1 (dus één jaar na start). Er is één score per indicator, hoe hoger de score (range: 0 – 1) hoe beter een netwerk het doet op die indicator. In het spinnenweb diagram wordt het netwerk vergeleken met de benchmark, dit is het gemiddelde van alle netwerken op dat tijdstip (in dit geval T1). Er is een jaarlijkse meting per netwerk dus metingen van voorgaande jaren kunnen ook weergegeven worden in het spinnenweb diagram. In dit voorbeeld is de T0 meting (meting jaar ervoor bij start van het netwerk) ook weergegeven. In het voorbeeld hieronder is de score voor het netwerk X op T1 erg goed voor Recent Geriatrich Assessment, ze zijn hierin beter dan de gemiddelde netwerken en ook flink verbeterd ten opzichte van het jaar ervoor.

De netwerken kunnen uit dit diagram dus informatie halen over:

- hoe zij het doen ten opzichte van de andere netwerken op dit tijdstip (benchmark)
- hoe zij het doen vergeleken met het voorgaande jaar of jaren



i

1 Informatie verzamelen

2 Oriëntatie praktijk

3 Oriëntatiebijeenkomst

4 Voorbereiden
startbijeenkomst

5 Startbijeenkomst

6 Opstellen verbeterplan en
uitvoeren

7 Jaarlijkse follow-up

8 Scholingsprogramma

Uitleg spinnenweb

In het spinnenweb worden de gegevens van de belangrijkste indicatoren weergegeven in percentages. Een spinnenweb kan het best gemaakt worden in Excel.

1. Open het indicatorenbestand dat is aangeleverd door de netwerkverbinder.
2. Verzamel alle gegevens (door de patiënten bij wie bijv. een nierfunctiebepaling is uitgevoerd te delen door het aantal patiënten bij wie dit niet is uitgevoerd) en noteer alle gegevens in afzonderlijke vakjes, onder elkaar in dezelfde kolom (bijv. kolom A). Let op: gebruik hierbij geen percentages, maar kommagetallen! Dus geen 78%, maar 0,78.
3. Selecteer alle gegevens en kies onder het tabje 'Invoegen' bij 'Grafieken' voor 'Aandelendiagram, oppervlakdiagram en radardiagram invoeren'. Een spinnenweb is een Radardiagram. Kies dan ook voor deze optie.
4. De gegevens zullen nu weergegeven worden in het spinnenweb. Deze kan nog worden opgemaakt door bijvoorbeeld een legenda toe te voegen of door de opmaak te veranderen.
5. Om een vergelijkend spinnenweb te maken, maak je twee rijtjes met gegevens naast elkaar. Verzamel dan opnieuw alle percentages voor de indicatoren, zet deze om naar kommagetallen, en plaats alle gegevens in een andere kolom (bijv. kolom B) onder elkaar. Selecteer alle gegevens (dus van meetmoment 1 en meetmoment 2) en kies weer voor 'Aandelendiagram, oppervlakdiagram en radardiagram invoeren'. De gegevens zullen nu als twee aparte lijnen worden weergegeven in het spinnenweb.

i

Format startbijeenkomst

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 indicatoren. 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 netwerkverbinder heeft de startbijeenkomst georganiseerd. De startbijeenkomst wordt geleid door de implementatiemedewerker. Deze medewerker laat het netwerk denken over verbeterpunten. Uiteindelijk dient er 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 over 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 netwerkverbinder, eventueel met hulp van de implementatiemedewerker.

Hoe moet dit gedaan worden?

De netwerkverbinder 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, door doelen SMART te formuleren. Het netwerk gaat aan de slag met het uitvoeren van het verbeterplan. De netwerkverbinder 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 netwerkverbinder hierbij ondersteuning vragen van de implementatiemedewerker.

Zie voor informatie over de PDCA-cyclus en de verbeterplannen de [website van DementieNet](#).

Wie gaat dit uitvoeren?

De netwerkverbinder stelt met hulp van de implementatiemedewerker het verbeterplan op. Het netwerk voert het verbeterplan uit, onder toezien van de netwerkverbinder. 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.

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

Voorbeeld verbeterplan

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)

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.

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

Per 1 december 2018 zijn er minimaal 6 MDO's gehouden waarbij minimaal de volgende drie hulpverleners aanwezig zijn: huisarts, de POH en wijkverpleegkundige.

Per 1 juni 2017 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

1. Mogelijk noodzakelijke actie als dit nog niet gebeurt 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?

2. De POH stelt in overleg met de huisarts een lijst samen met mogelijke kandidaten voor het netwerk: binnen 1 maand
3. De POH benadert de kandidaten voor deelname aan het netwerk: binnen 1 maand
4. 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.
5. 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
6. De POH maakt een jaarplanning voor het MDO: binnen 1 maand
7. 2 weken voorafgaand aan het MDO mailt de POH de betrokken deelnemers met verzoek welke patiënten besproken moeten worden
8. De POH selecteert in overleg met de huisarts 3 patiënten die besproken moeten worden.
9. 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.
10. De netwerkverbinder maakt een bestand (Excel) aan waarin zij vastlegt welke patiënten complex kwetsbaar zijn.
11. De netwerkverbinder noteert na afloop van het MDO in het overzichtsbestand welke complex kwetsbare ouderen besproken zijn in het MDO inclusief datum.
12. De netwerkverbinder maakt een bestand (Excel) aan waarin de jaarplanning van de MDO wordt vastgelegd.
13. De netwerkverbinder 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 zo nodig wordt er tussentijds voor het % complex kwetsbaar een na 6 maanden een update verzonden naar de deelnemers door de netwerkverbinder.



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

5. 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

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: netwerkverbinder

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: netwerkverbinder

Frequentie: 2 x per jaar

Terugkoppeling: via evaluatiebijeenkomst en halfjaarlijks via de e-mail

i

Jaarlijkse evaluatie

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 de evaluatiebijeenkomst worden alle deelnemers van het netwerk geïnformeerd over alle voortgang die geboekt is. Deze bijeenkomst biedt ook de kans om nieuwe verbeterpunten aan te dragen, ook weer volgens de [PDCA-cyclus](#). Daarnaast evalueren de netwerkverbinder 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 netwerkverbinder organiseert een evaluatiebijeenkomst, waarvoor het gehele netwerk wordt uitgenodigd. De implementatiemedewerker leidt deze bijeenkomst in samenspraak met de netwerkverbinder en stelt aan de hand van vragen vast hoe de zaken het afgelopen jaar verlopen zijn. Daarnaast neemt de implementatiemedewerker contact op met de netwerkverbinder om de voortgang te evalueren. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de 'Jaarlijkse evaluatie' (zie ondersteunende documenten).

Wie gaat dit uitvoeren?

De netwerkverbinder 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.



i

Jaarlijkse evaluatie

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 implementatiemedewerker neemt onderstaande evaluatie af bij de netwerkverbinder

Jaarlijkse evaluatie

Naam netwerkverbinder [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 netwerkverbinder naar wens ?		
Werd de doorlooptijd en bestede tijd goed bewaakt door de netwerkverbinder?		
Verliep de communicatie met de netwerkverbinder naar tevredenheid (frequentie en kwaliteit van terugkoppeling)?		

i

Jaarlijkse evaluatie

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 netwerkverbinder helder bij aanvang van het project?		
Heeft de netwerkverbinder 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 netwerkverbinder?

Vraag	open vraag

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

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

DementieNet heeft 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 kunnen gebruik maken van deze scholingen. Elk netwerk krijgt in de eerste twee jaar **twee scholingen gratis** aangeboden door 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 het DementieNet projectteam via info@dementienet.com.

U vindt de scholingsgids op de website van DementieNet: www.dementienet.com.

Intellectueel eigendom

De in dit document genoemde stappen (inclusief formulieren, profielen, etc.) die zijn ontwikkeld door DementieNet zijn intellectueel eigendom van DementieNet. Hieronder vallen de auteurs-, merken- en octrooirechten. Dit betekent dat deze materialen niet zonder voorafgaande toestemming van DementieNet mogen worden gepubliceerd, vermenigvuldigd en/of mogen worden ingezet ten behoeve van onderwijs aan derden of in een andere organisatie.

Tevens attenderen wij u erop dat u de materialen alleen mag gebruiken indien u hiervoor toestemming heeft van de eigenaar dan wel dat deze materialen vrij van rechten zijn.