

Samen op weg naar (uitkomsten)sturing van netwerken voor dementiezorg

Plan van aanpak zorgverzekeraars

DEFINITIEF

20 mei 2016

Jelle Vrijzen (VGZ), Mijke Nouwen - Buijs (CZ), Tom Schoen (Menzis), Algreet Tamminga (Menzis), Charlotte van der Ziel (Zilveren Kruis), Gert-Jan Schuinder (DFZ), Jan Vuister (lid van Bestuur Coöperatie Deltaplan Dementie, bestuurder Geriant), Denijs Guijt (directeur Coöperatie Deltaplan Dementie), Robbert Huijsman (voorzitter, lid van bestuur Coöperatie Deltaplan Dementie namens ZN), Annette de Ruiter (penvoerder, Zilveren Kruis)

Versiebeheer

Versie	Datum	Wijziging	Schrijvers
0.1	03-03-2016	Eerste concept	Annette de Ruiten
0.2	24-03-2016	Commentaar verwerkt nav tweede meeting	Annette de Ruiten Mijke Nouwen
0.3	12-04-2016	Commentaar verwerkt nav derde meeting	Annette de Ruiten Mijke Nouwen
0.4	06-05-2016	Commentaar verwerkt nav feedback versie 0.3	Annette de Ruiten
0.5	13-05-2016	Commentaar verwerkt nav feedback versie 0.4	Annette de Ruiten
0.6	15-05-2016	Aanpassingen	Robbert Huijsman Jelle Vrijsen
DEFINITIEF	20-05-2016		Annette de Ruiten

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Probleemstelling en scope	5
2.1	Probleemstelling.....	5
2.2	Scope	5
3	Waar willen we naartoe?	6
4	Gewenste resultaten	7
5	Werkwijze en selectie van de netwerken	9
5.1	Vooronderzoek.....	9
5.2	Te selecteren netwerken voor dit project	9
5.3	Methodiek	9
6	Werkzaamheden en planning	10
6.1	Vorbereidende activiteiten (juli-augustus 2016).....	10
6.2	Werving en intake van de regio's (september-oktober 2016)	10
6.3	Kwantitatieve dataverzameling (november 2016 – maart 2017)	10
6.4	Tussenrapportage kwantitatieve dataverzameling en voortgang (april 2017) ...	10
6.5	Kwalitatieve dataverzameling (mei–november 2017)	10
6.6	Eindanalyse (december 2017).....	10
6.7	Reflectie op slaag- en faalfactoren en samenwerkingsmodellen (januari 2018).11	
6.8	Vertaling van de resultaten naar sturing via inkoop (februari–maart 2018).....	11
7	Projectorganisatie, begroting en stakeholdermanagement	12
7.1	Projectorganisatie	12
7.2	Begroting (excl. BTW).....	12
7.3	Stakeholdermanagement	12
	BIJLAGEN	13
A.	Huidig inkoopbeleid dementie van de vijf verzekeraars	
B.	Topiclijst Opera Consultancy	
C.	Matrix samenwerkingsmodellen gecombineerd met sleutelfactoren van Opera Consultancy	

1 Inleiding

Dementie is een chronische aandoening met grote gevolgen voor de mensen met dementie, hun naasten en de samenleving. Een steeds grotere groep mensen wordt de komende jaren geconfronteerd met dementie, terwijl de druk op de zorgkosten toeneemt. De huidige inrichting van de zorg en ondersteuning voor mensen met een dementie is gefragmenteerd en reactief. De mogelijkheden om de kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven en doelmatigheid te verbeteren worden onvoldoende benut. Zorgverzekeraars willen vanuit hun rol sturen op kwalitatief goede en doelmatige zorg.

In Nederland hebben ruim 260.000 mensen dementie. Hiervan zijn er 12.000 jonger dan 65 jaar en wonen er ruim 70.000 in verpleeg- of verzorgingshuizen. Zeer waarschijnlijk is er een grote groep zonder diagnose.

Het aantal mensen met dementie zal als gevolg van de vergrijzing explosief stijgen naar circa een half miljoen in 2040. Dementie is de volksziekte met de hoogste zorgkosten. In 2014 bedragen de kosten ongeveer 4,7 miljard euro, zo'n 5% van de totale gezondheidszorgkosten. Door de sterke toename van het aantal mensen met dementie zullen de zorgkosten gemiddeld met 2,7% per jaar stijgen. 70% van de mensen met dementie woont thuis en wordt verzorgd door hun naasten.

De zorg voor mensen met dementie wordt in Nederland in de regel geleverd door professionals die met elkaar samenwerken in netwerken, ook wel dementienetwerken genoemd. De praktijk leert dat deze netwerken een grote mate van diversiteit kennen. Er zijn veel verschillen in: samenstelling van de netwerken, de samenwerkingsafspraken binnen het netwerk en met aanpalende partijen hierbuiten, visie en inhoud. Ondanks de diverse onderzoeken en projecten die gedaan zijn, is er op dit moment nog onvoldoende duidelijkheid over de effectiviteit van de netwerken in relatie tot de uitkomsten van zorg.

Zorgverzekeraars willen hun (maatschappelijke) rol invullen door, samen met zorgaanbieders en cliënten, inzicht te krijgen in de effectiviteit van de verschillende samenwerkingsmodellen. Hierbij maken we gebruik van bestaande bronnen: resultaten van eerdere onderzoeken, kenmerken huidige samenwerkingsmodellen, kwaliteitsindicatoren dementie (kwaliteit van leven, proces- en structuur gegevens) kosten van zorg (Zvw en Wlz) en ondersteuning (Wmo).

Opbrengsten van het voorgestelde project zullen bestaan uit zowel inzichten in slaag- en faalfactoren van samenwerkingsmodellen voor dementiezorg als bouwstenen voor de inkoop van dementiezorg.

Met deze resultaten zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in staat zijn om beter te sturen op de effectiviteit (kwaliteit en doelmatigheid) van netwerkzorg voor mensen met dementie.

Zilveren Kruis, VGZ, CZ, Menzis en de Friesland hebben gezamenlijk het initiatief genomen om dit plan van aanpak op te stellen, samen met een vertegenwoordiging van het Bestuur van de coöperatie Deltaplan Dementie. Hierdoor zorgen we voor voldoende integraliteit tussen dit project en andere projecten ter bevordering van goede dementiezorg in Nederland. Ook in de uitvoeringsfase zal regelmatig afstemming plaatsvinden met een vertegenwoordiging van het Deltaplan Dementie.

2 Probleemstelling en scope

2.1 Probleemstelling

In de praktijk zien we grote verschillen in de wijzen waarop de netwerken georganiseerd zijn en zichzelf aansturen én de wijzen waarop zorgverzekeraars de netwerken aansturen. Voorbeelden hiervan zijn: wel of niet vastleggen van de samenwerking in een convenant, partijen die verbonden zijn aan het netwerk, hoe casemanagement wordt aangeboden, afspraken over besluitvorming en mandaat, smalle (dementie) of brede (kwetsbare ouderen) scope van het netwerk, wel of geen afspraken via de hoofdcontractant, financiering van netwerk-gebonden kosten.

Het gevolg hiervan is dat in Nederland een grote variatie is in de wijze waarop netwerken dementie functioneren en de aanname is dat dit ook consequenties heeft voor de wijze waarop mensen met dementie en hun naasten ondersteuning en zorg ontvangen.

Juist bij mensen met dementie is een herkenbare en persoonsgerichte benadering van integraal gecoördineerde zorg cruciaal, gericht op kwaliteit van leven en zorg, zonder haperingen tussen de verschillende stelsels (Wmo, Zvw en Wlz).

Voor alle zorgverzekeraars speelt de vraag hoe we daarop via de zorginkoop kunnen sturen. Bovendien leeft de noodzaak van een gezamenlijke aanpak bij alle zorgverzekeraars, uiteraard rekening houdend met de mededingingswetgeving. Alleen zo zullen we tot brede uitrol van bewezen effectieve netwerkzorg voor mensen met dementie kunnen komen.

2.2 Scope

Het project richt zich op de effectiviteit van de netwerkstructuren dementie en effectieve ketensturing voor mensen met dementie en hun naasten die thuis wonen. Daarbij is oog voor het bredere werkveld van kwetsbare ouderen, de ontwikkelingen die daarin plaatsvinden en de afstemming die daarvoor nodig is.

Hoewel de netwerken onder dezelfde titel functioneren, is de diversiteit in deze groep groot. De netwerkstructuren werken als het goed is domein-overstijgend (Wmo, Zvw, Wlz). In Nederland bestaan circa 80 netwerken dementie. Deze vallen potentieel allemaal binnen de scope van het project.

Om voldoende en relevante onderscheidende kenmerken in het project mee te nemen worden de netwerken op vijf domeinen geordend: structuur, spelregels, inhoud, ontwikkelingsmodel en financiering. Hieronder verstaan we op hoofdlijnen:

- Structuur: juridische structuur, bestuurlijke betrokkenheid van deelnemers, aantal partijen die aan het netwerk verbonden zijn;
- Spelregels: bestuurlijke afspraken, wijze van besluitvorming en mandaat, coördinatie, uitgewerkt programma, relationele aspecten zoals onderling vertrouwen;
- Inhoud: Zorgstandaard Dementie als leidraad (o.a. overkoepelend inzicht in cliëntenpopulatie, informatiestructuur om snel informatie uit te wisselen, cliëntgericht werken, casemanagement);
- Ontwikkelingsperspectief: gezamenlijke zorgvisie, deskundigheidsbevordering;
- Financiering: kosten van de directe zorgverlening (waaronder casemanagement), structurele overhead, bronnen waar het budget van afkomstig is.

De variatie die wij in het veld constateren, is ook zichtbaar in het overzicht van het huidige inkoopbeleid dementie van de vijf deelnemende zorgverzekeraars (zie bijlage 1).

3 Waar willen we naartoe?

Ons voorstel is om gezamenlijk op zoek te gaan naar effectieve netwerkstructuren en effectieve ketensturing op regioniveau, als bijdrage aan het praktijkverbeterprogramma (pijler 2) van het Deltaplan Dementie.

Dit programma dient gericht te zijn op de samenwerking en inkoop, waarin:

- een aantal kritische succesfactoren samen onderdeel kunnen worden van zorginkoop (werkzame bestanddelen);
- het nut van de samenwerking o.a. wordt afgeleid van de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt en mantelzorger, de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg;
- samenwerking over de sectoren heen gaat: Wmo, Zvw (eerste en tweede lijn) en Wlz.

Dit betekent dat we samen met het zorgveld aan de hand van de indeling structuur, spelregels, inhoud, ontwikkelingsperspectief en financiering:

- de huidige samenwerkingsmodellen willen analyseren en op zoek gaan naar wat wel en niet werkt;
- de te testen samenwerkingsmodellen (zowel de bestaande als nieuwe modellen) gaan vaststellen;
- het beoordelingskader gaan bepalen voor effectieve samenwerking en ketensturing;
- resultaten in kaart gaan brengen ten aanzien van effectieve samenwerking en ketensturing in de praktijk bij de (mix van) doelgroep(en) dementie en kwetsbare ouderen.

De opbrengst zal zijn:

- a. Wat zijn de sleutelfactoren voor de wijze waarop de netwerken zichzelf aansturen om de gewenste situatie te bereiken?
- b. Wat zijn de sleutelfactoren waarop de zorgverzekeraars de netwerken aansturen om de gewenste situatie te bereiken?
- c. Wat is de relatie tussen deze sturingsfactoren en de geselecteerde proces- en uitkomst-indicatoren?

Uitgangspunt van dit project is om alle ervaringen die gedurende de afgelopen jaren zijn opgedaan in de netwerken dementie te gebruiken en níet opnieuw het wiel uit te vinden. Dat is de reden dat de projectgroep aan Opera Consultancy opdracht heeft gegeven om een verkennend onderzoek te doen naar de sleutelfactoren van samenwerkingsverbanden. Deze factoren vormen een eerste operationalisatie van de eerder gepresenteerde clustering: structuur, spelregels, inhoud, ontwikkelingsperspectief en financiering (zie voor de uitwerking hoofdstuk 2).

In dit project zullen we, samen met de dementienetwerken, de sleutelfactoren nader uitwerken.

Doel is om als zorgverzekeraars de beschikking te krijgen over goed onderbouwde bouwstenen voor toekomstig inkoopbeleid van de dementiezorg, die zo veel mogelijk worden gedragen door zorg- en welzijnsaanbieders en cliëntenorganisaties. Deze bouwstenen maken het mogelijk om via de inkoop te sturen op uitkomsten van dementiezorg in relatie tot de ingezette middelen (value based health care), uiteraard rekening houdend met de mededingingswet.

4 Gewenste resultaten

De gezamenlijke zorgverzekeraars hebben de wens uitgesproken om de focus zoveel mogelijk op resultaten of 'uitkomsten' te leggen. Er worden momenteel veel proces- en structuurindicatoren gemeten in de dementiezorg, maar deze zijn onderdeel van de 'inrichting' van het netwerk en zeggen dus niets over het resultaat ervan. Het combineren van informatie over de inrichting, keuzes en context van het netwerk met uitkomstinformatie kan hierin naar verwachting wel inzicht bieden.¹

Er zijn al diverse initiatieven waarin indicatoren zijn ontwikkeld. Voorbeelden zijn: de Zorgstandaard Dementie, de Netwerkindicatoren Dementie (Vilans/Nivel), de vragenlijst Uitkomsten Dementiezorg (ontwikkeld door Zilveren Kruis en nu onder beheer van Vilans) en de indicatorenset die de verzekeraars gezamenlijk in ZN verband hebben samengesteld. We willen aansluiten bij bestaande indicatorensets en registratie-afspraken. Ook met de gedachte dat dit in de toekomst bouwstenen kunnen worden voor een gezamenlijk registratiesysteem. Hieronder wordt beschreven van welke thema's wij het succes van een netwerk willen afleiden.

Ervaren kwaliteit van leven

Mensen met dementie ervaren een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven. Door het progressieve karakter van de ziekte kan dit in de praktijk ook betekenen dat de kwaliteit van leven stabiel blijft of minder hard achteruit gaat. Gezien de context en beïnvloedingssfeer van het netwerk kijken we naar gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven.

Klantbeleving

De beleving en ervaring van de cliënt over de door hem of haar ontvangen zorg- en dienstverlening zijn zo positief mogelijk. Daarin gaat het enerzijds over passendheid: het aanbod sluit optimaal aan op de behoefte van de cliënt, zowel zorginhoudelijk als qua bejegening. Maar ook over integraliteit: het hulpverleningsaanbod is goed onderling afgestemd, sluit goed op elkaar aan en er zijn geen hiaten of overlapping. De cliënt heeft een vast aanspreekpunt waar hij/zij terecht kan en daarbij geldt: één plan, één regisseur.

Mantelzorg

Er is steeds meer aandacht voor de mate van belastbaarheid van de mantelzorger. Deze aandacht dient ertoe te leiden dat mantelzorgers de zorg voor hun naasten zo lang mogelijk volhouden, maar ook dat dit op een verantwoorde manier gebeurt, zodat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit van leven van de mantelzorger zelf.

Doelmatigheid

Doordat de netwerkpartijen in staat zijn de zorg en verantwoordelijkheden goed op elkaar af te stemmen, komt de cliënt snel op de juiste plaats en vindt er geen onnodige zorg plaats. Tevens is de geleverde zorg ook passend uit doelmatigheidsperspectief. Zo wordt er bijvoorbeeld geen tweedelijnszorg ingezet, wanneer eerstelijnszorg voldoende is. Ook worden escalatiezorg (o.a. crisis) en onnodige verplaatsingen van de cliënt voorkomen. Boven alles kan de cliënt zo lang mogelijk verantwoord thuis blijven wonen, waardoor intramurale opname wordt uitgesteld.

Resultaat

Een goede samenwerking leidt er toe dat mensen in het netwerk elkaar weten te vinden en op een prettige en efficiënte manier met elkaar kunnen afstemmen. Zij voelen zich daardoor gesteund en zijn in staat hun werk beter te doen.

Effectiviteit van ketensamenwerking

Er zijn drie soorten data te verzamelen, over de drie domeinen (Wmo, Zvw, Wlz):

1. Kwantitatieve data over uitkomsten, procesindicatoren en de bekostiging van de netwerken. De specifiek te gebruiken indicatoren worden in het project vastgesteld. Bronnen hiervoor zijn proces- en structuurindicatoren vanuit de werkgroep Dementie van ZN, de uitkomstindicatoren ontwikkeld door Zilveren Kruis / Vilans (kwaliteit van leven), de uitkomstgegevens van het project "Samen Oud" (prof. Joris Slaets), onderzoek BESIDE (Institute for Health and Care Research EMGO+, VUmc/ Nivel).

¹ N.B. Als kanttkening dient hierbij te worden vermeld dat er waarschijnlijk niet een één-op-één relatie kan worden verondersteld tussen de netwerkorganisatie en de diverse uitkomsten van zorg

2. Omvang en kosten van geleverde zorg/ondersteuning/behandeling aan cliënten

Voor de zorgkosten van mensen met dementie maken we gebruik van de beschikbare declaratiedata van de betrokken zorgverzekeraars. De kosten die gemaakt worden vanuit de Wmo zijn naar verwachting niet voldoende specifiek uit de systemen van de gemeenten te halen. Deze informatie wordt zoveel mogelijk via de samenwerkingsverbanden achterhaald. De kosten vanuit de Wlz worden betrokken via de zorgkantoren.

Het is aan de projectgroep om vast te stellen op basis van welke declaratiedata de zorgkosten voor de 'geïnccludeerde' cliënten in kaart worden gebracht. We gaan zoveel mogelijk uit van beschikbare data.

3. Kwalitatieve data over de samenwerkingsaspecten (interviews, focusgroepen)

Omdat de hiervoor genoemde kwantitatieve informatie mogelijk onvoldoende duidelijkheid geeft over de relatie tussen de samenwerkingsmodellen en de uitkomsten, wordt via kwalitatieve interviews en focusgroepen op maat informatie verzameld over de invulling en de uitwerking van de samenwerkingsmodellen. Ook wordt hierbij gebruik gemaakt van reeds beschikbare informatie uit eerdere onderzoeken (IGZ, Nivel, Compas, etc).

5 Werkwijze en selectie van de netwerken

De zorgverzekeraars willen samen met de regionale netwerken voor dementie aan de slag met dit plan van aanpak. De selectie van netwerken vindt op twee manieren plaats. Ter voorbereiding van dit plan heeft Opera Consultancy een kort vooronderzoek gedaan, waarvoor acht netwerken zijn geselecteerd (zie paragraaf 5.1). In het voorgestelde project zullen de zorgverzekeraars in overleg met het veld wederom dementienetwerken selecteren, mogelijk deels overlappend met het vooronderzoek (zie paragraaf 5.2). Omdat bewust wordt gekeken naar de diversiteit qua organisatie en werkwijze van de netwerken en goede spreiding over de participerende zorgverzekeraars, willen we vooraf selecteren welke netwerken hiervoor in aanmerking komen.

5.1 Vooronderzoek

Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 heeft Opera Consultancy op verzoek van de verzekeraars alvast een verkennend onderzoek gedaan naar de sleutelfactoren van samenwerkingsverbanden. Deze sleutelfactoren zijn in de vorm van stellingen voorgelegd aan de netwerkcoördinatoren.

Met deze sleutelfactoren als topiclist zijn acht dementienetwerken geïnterviewd: Gelderse Vallei, TinZ, Dementie Oost Achterhoek, Noord-Limburg, Netwerk Dementie Drenthe, Zeeuwse Schakels, Geriant en Transmuraal Den Haag. Deze netwerken zijn geselecteerd vanwege hun variatie in samenwerkingsmodellen (zoals een dementienetwerk "sec" of als onderdeel van een meervoudig netwerk met meerdere zorgsoorten) en de juridische structuur (van convenant tot aan nieuwe juridische entiteit).

Het doel was om na te gaan of de lijst met sleutelfactoren eventueel moest worden aangepast en of zo een typologie van samenwerkingsstructuren in de dementiezorg is te maken. Beiden bleken goed mogelijk te zijn. Als vingeroefening heeft Opera Consultancy vervolgens een matrix opgesteld, met enerzijds de gerubriceerde sleutelfactoren en anderzijds negen mogelijke samenwerkingsmodellen. De ondervraagde dementienetwerken bleken daarin goed te plaatsen te zijn. Hiermee hebben we twee instrumenten: lijst sleutelfactoren (topiclist, bijlage 2) en een matrix van samenwerkingsmodellen gecombineerd met sleutelfactoren (bijlage 3) in handen om de variatie van samenwerkingsvormen in de Nederlandse dementiezorg goed in beeld te brengen.

5.2 Te selecteren netwerken voor dit project

Tijdens het schrijven van dit plan van aanpak is de eerste stap gezet in de selectie van netwerken, die in aanmerking komen voor deelname. Bij de start van het project checken we of we voldoende variatie te pakken hebben. Daarbij kunnen we ook de resultaten meenemen van Minkman's OMK-model (OntwikkelingsModel voor Ketenzorg), waaraan al veel dementienetwerken hebben meegedaan. Doel is dat we een goede dwarsdoorsnede van de bestaande praktijkvariatie bestrijken.

5.3 Methodiek

Met de geselecteerde netwerken maken we dan vervolgens analyses van de praktische werking en de voor- en nadelen van de verschillende manieren van uitwerking van de sleutelfactoren. Als dan een goede samenwerkingsanalyse is gemaakt, willen we deze vervolgens relateren aan geselecteerde uitkomst- en procesindicatoren over en de kosten van de directe zorgverlening aan mensen met dementie. We zijn nieuwsgierig of er daadwerkelijk een relatie bestaat tussen deze uitkomsten en de gekozen samenwerkingsstructuur. Tenslotte maken we daaruit de stap naar een praktijkgefundeerd tweede instrument, namelijk een matrix van (al dan niet aangepaste) samenwerkingsmodellen, uitgewerkt naar de sleutelfactoren en gerelateerd aan uitkomsten.

Er vinden in dit project geen interventies plaats.

Wij zullen een vertegenwoordiging van cliënten en zorgaanbieders uitnodigen te participeren in het project, zowel in de projectorganisatie (stuurgroep of klankbordgroep), als in de projectuitvoering (deelname aan interviews e.d.).

6 Werkzaamheden en planning

6.1 Voorbereidende activiteiten (juli-augustus 2016)

1. Projectinrichting, governance regelen en werving onderzoeker
2. Alle dementienetwerken informeren over dit plan van aanpak
3. Vaststellen potentiële deelnemende regio's/samenwerkingsmodellen
4. Vaststellen resultaatsgebieden/ uitkomstindicatoren
5. Bepalen van de lijst te verzamelen kwantitatieve data (procesindicatoren, uitkomstindicatoren en zorgkosten) door projectgroep

6.2 Werving en intake van de regio's (september-oktober 2016) (samen met Alzheimer Nederland, nationaal en regionaal)

1. Overleg met cliëntenorganisatie over inhoud, aanpak en doel van het project
2. Betrokken zorgverzekeraar (inkoper) benadert geselecteerde regio's en bijbehorende gemeenten
3. Naar behoefte vindt een voorbereidende bijeenkomst plaats (met alle deelnemende netwerken met verschillende samenwerkingsmodellen)
4. Afspraken voor het project worden per samenwerkingsmodel overeengekomen

6.3 Kwantitatieve dataverzameling (november 2016 – maart 2017)

1. Aanleveren kwantitatieve data door de samenwerkingsmodellen (proces- en uitkomstindicatoren)
2. Kostenonderzoek cliënten met dementie door betrokken zorgverzekeraars en zorgkantoren van geselecteerde cliënten per samenwerkingsmodel
3. Uitvoering kwantitatief onderzoek door een onafhankelijke onderzoeker
4. Analyseren van de regionale scores op en relatie tussen proces- en uitkomstindicatoren
5. Koppeling van proces/uitkomstindicatoren aan de zorgkosten door projectgroep

6.4 Tussenrapportage kwantitatieve dataverzameling en voortgang (april 2017)

1. Informeren BCZ over voortgang van het project

6.5 Kwalitatieve dataverzameling (mei-november 2017)

1. Bepalen wijze van dataverzameling (op basis van inzichten in stap 6.4), zoals gestructureerde diepte-interviews, focusgroepen etc. door projectgroep
2. Uitvoering kwalitatief onderzoek door onafhankelijk onderzoeker
3. Interviews met cliëntenorganisaties en zorgaanbieders (op basis van inzichten uit stap 6.3 en 6.4)

6.6 Eindanalyse (december 2017)

1. Koppeling van kwantitatieve en kwalitatieve data met samenwerkingsmodellen door zorgverzekeraars en nadere analyse
2. Duiding resultaten uit kwalitatief en kwantitatief onderzoek door projectgroep
3. Identificatie slaag- en faalfactoren en eindvorm van de matrix van samenwerkingsmodellen door projectgroep

6.7 Reflectie op slaag- en faalfactoren en samenwerkingsmodellen (januari 2018)
(door deelnemende netwerken en vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties)

1. Bijeenkomst met deelnemende partijen en cliëntvertegenwoordigers
2. Zo nodig aanpassingen doorvoeren door projectgroep

6.8 Vertaling van de resultaten naar sturing via inkoop (februari–maart 2018)

- b. Zorgverzekeraars doen interne check op toepasbaarheid
- c. Vaststellen bouwstenen voor inkoop

7 Projectorganisatie, begroting en stakeholdermanagement

7.1 Projectorganisatie

- De projectgroep bestaat uit de deelnemende zorgverzekeraars conform bestaande voorbereidingsgroep (halve dag per week)
- Onafhankelijk projectleider verantwoordelijk voor planning, voortgang, coördinatie en rapportage van het plan van aanpak. Tijdsinzet 1 à 2 dagen per week, gemiddeld over de looptijd van het project (juli 2016 – maart 2018)
- Onafhankelijk onderzoeker voor zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve dataverzameling, analyse en rapportage (ingeschat op in totaal 70 à 75 dagen)

7.2 Begroting (excl. BTW)

(Voorlopige raming; nog geen offertes opgevraagd)

- Projectleider: circa € 45.000
- Onderzoeker: circa € 80.000
- Trusted third party: circa € 15.000
- Overige kosten: circa € 10.000
- Totale projectkosten: circa € 150.000, verdeling naar rato per verzekeraar
- PM: Business analisten vanuit verzekeraars (t.b.v. extractie en bewerking declaratiegegevens om zorgvolume en –kosten per zorgcliënt met dementie te bepalen)

7.3 Stakeholdermanagement

Primaire stakeholders in het project zijn cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en VWS. Het project geeft invulling aan het praktijkverbeterprogramma van het Deltaplan Dementie (pijler 2). Alle partijen (ook VWS vanwege koppeling aan eventuele financieringsexperimenten), zijn actief betrokken in het project, conform het activiteitenplan.

Belangrijkste stakeholders voor het slagen van dit project zijn achtereenvolgens:

- Cliëntenorganisaties (o.a. Alzheimer NL, ouderenbonden)
- Coöperatie Deltaplan Dementie
- Zorgverzekeraars en zorgkantoren (ook degenen die niet actief participeren)
- Netwerken dementie
- gemeenten betrokken bij de geselecteerde dementienetwerken
- VNG
- Branche organisaties (Actiz, BTN, V en VN, VNG, Verenso)
- Kennisorganisaties (o.a. Vilans en het NIVEL)
- VWS

BIJLAGEN

- A. Huidig inkoopbeleid dementie van de vijf verzekeraars
- B. Topiclijst Opera Consultancy
- C. Matrix samenwerkingsmodellen gecombineerd met sleutelfactoren van Opera Consultancy

Bijlage 1: Huidig inkoopbeleid van de vijf verzekeraars

CZ

Structuur	De wijze van afspraken is afhankelijk van de lokale situatie en historie. Bij het merendeel van de netwerken worden alle deelnemende zorgaanbieders individueel gecontracteerd voor casemanagement en heeft CZ een rol in het delen van de informatie 'wie doet nu wat binnen het netwerk'. Voor projecten wordt er veelal gewerkt met een kassier/hoofdaannemer. Bij sommige netwerken wordt geheel gewerkt met een kassier/hoofdaannemer (veelal bij netwerken buiten ons werkgebied, dan volgen we de systematiek van de grootste verzekeraar)
Spelregels	Bij een onafhankelijke inzet van de casemanager hoort naar ons idee ook dat er op netwerkniveau gedeeld wordt wie er waar en wat levert. CZ heeft casemanagement geormerkt ingekocht om de aanbieders te stimuleren dit budget ook daadwerkelijk aan het netwerk te besteden. In 2016 kunnen we niet meer controleren of dit ook daadwerkelijk aan casemanagement wordt besteed. In 2015 vroegen we dit uit in een aparte monitor. De totale netwerk is verantwoordelijk voor de dementiezorg in hun werkgebied.
Inhoud	De zorgstandaard dementie is leidend. CZ stimuleert de regionale zorgprogramma's en heeft de zorgstandaard dementie vertaald naar een inkoopmodel welke wetenschappelijk getoetst wordt.
Ontwikkelingsperspectief	CZ is voorstander van behoud van een non-concurrentiële netwerkstructuur. Het aantal verschillende aanbieders per netwerk kan verminderd worden om de afstemming meer werkbaar te maken met daarin specifieke aandacht en focus op het versterken van de (generalistische) 1 ^e lijn. Generalistisch waar kan en specialistisch waar moet. CZ wil de regio's van de netwerken stimuleren. Hierop wordt (nog) niet specifiek gestuurd.
Financiering	CZ stelt geen specifiek budget beschikbaar tbv netwerk kosten. Al een aantal jaren voert CZ het beleid dat het netwerkkosten moeten worden gefinancierd door de deelnemende organisaties (naar rato van omvang) vanuit een stukje overhead in het uurtarief voor casemanagement. CZ komt de netwerken wel tegemoet in de organisatie door mensen te bieden. In 2014 zijn netwerken bijvoorbeeld indirect gefinancierd door een projectleider van Vilans beschikbaar te stellen om de implementatie van de zorgstandaard te maken. Er is in een aantal regio's een projectleider beschikbaar gesteld om tot een gezamenlijk scholingsplan te komen. Daarnaast worden af en toe projecten vanuit de beleidsregel gefinancierd.

Menzis

Structuur	Er worden afspraken gemaakt met een hoofdaannemer die namens de andere deelnemers in het netwerk de afspraken uit de overeenkomst bewaakt. Met de hoofdcontractant wordt de overeenkomst afgesloten. Er worden verder geen eisen gesteld aan de structuur behalve dat er een lijst van zorgaanbieders aangeleverd wordt waarmee door de Hoofdcontractant een samenwerkingsovereenkomst is gesloten.
Spelregels	De hoofdcontractant is verantwoordelijk voor het netwerkzorgafspraken en de coördinatie en afstemming van de zorg (binnen het netwerk) en is derhalve verantwoordelijk voor de structuur en de kwaliteitscyclus van het netwerkzorg dementie en organiseert de samenwerking tussen de zorgaanbieders zodanig dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg met inachtneming van de geldende patiëntenrechten.
Inhoud	Partijen volgen bij het experiment een gezamenlijk plan van aanpak zoals omschreven in de Leidraad netwerkzorg dementie en zorgstandaard Dementie. Dit wordt beschreven in een jaarplan welke wordt aangeleverd aan Menzis. Hierop volgt gedurende het jaar een tussenrapportage, jaarrapportage en financiële verantwoording van de projectgelden. In principe zouden de netwerken zich bezig moeten houden met de projectstructuur/netwerkstructuur. Casemanagement is onderdeel van

	<p>de aanspraak Wijkverpleging en wordt ingekocht via het reguliere contract Wijkverpleging.</p> <p>Menzis wil graag specialistische kennis in de regio meer geconcentreerd inkopen en beschikbaar maken voor de gehele regio in zogenoemde expertisecentra/- netwerken. Hierop zou ook de dementiezorg moeten aansluiten.</p> <p>Hierbij ligt sterk de nadruk op generalistisch als het kan, specialistisch als het moet.</p>
Ontwikkelingsperspectief	<p>Menzis wil dat haar verzekerden met de diagnose dementie de meest optimale zorg en begeleiding krijgen en dat continuïteit van zorg wordt gewaarborgd. Omdat casemanagement valt onder de aanspraak wijkverpleging conform Zorgverzekeringswet moeten alle activiteiten met betrekking tot casemanagement dementie (die conform en op basis van de zorgstandaard dementie moeten worden geleverd) daarom worden verantwoord in het individuele zorgplan.</p> <p>Dat betekent dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klanten een vast én deskundig aanspreekpunt krijgen en/of in principe houden gedurende de zorgperiode met kennis en kunde van dementie, zoals beschreven staat in de Zorgstandaard Dementie. Casemanagement kán worden geleverd door een wijkverpleegkundige, mits geborgd op basis van de Zorgstandaard Dementie (onder andere een HBO opgeleide verpleegkundige met een aanvullende opleiding). • als casemanagement wordt overgedragen aan een wijkverpleegkundige moet sprake zijn van een warme overdracht. Klanten worden tijdig en correct geïnformeerd en in de overgangssituatie blijft de casemanager beschikbaar. De overdracht is pas afgerond wanneer de wijkverpleegkundige over voldoende tijd en (toegang tot) deskundigheid beschikt. • gecontracteerde aanbieders wijkverpleging zijn volgens de aanspraak Wijkverpleging verplicht casemanagement te leveren. Immers, casemanagement is een onderdeel van de aanspraak Wijkverpleging. • omdat casemanagement een onderdeel is van de aanspraak wijkverpleging wordt ook een zorgbehoeftebepaling gedaan door een HBO verpleegkundige waarna de afspraken worden vastgelegd in een zorgplan. Deze afspraken kunnen variëren van enkelvoudige huisbezoeken tot aan intensieve ondersteuning eventueel in combinatie met verpleging en verzorging. Afspraken worden afgestemd met andere betrokken partijen en vermeld in het zorgplan van de klant.
Financiering	<p>Casemanagement zit in het budget wijkverpleging. Het netwerk worden extra gefinancierd via de beleidsregel netwerkzorg Dementie. Huidige financieringsbedrag is op basis van historie, niet op basis van marktaandeel Menzis.</p>

Zilveren Kruis

Structuur	<p>Eisen aan structuur zijn het meest uitgewerkt binnen het inkoopbeleid voor Wijkverpleging. Om in aanmerking te komen voor contractering casemanagement dementie, dient een netwerk te voldoen aan een aantal voorwaarden, te weten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Het regionale netwerk bestaat per 1 januari 2016 uit ten minste: een organisatie die wijkverpleging levert, een organisatie die intramurale WLZ zorg levert, een organisatie die Geestelijke Gezondheidszorg levert, een huisartsenvoorziening, een ziekenhuis en/of geheugenpoli, gemeenten, een welzijnsorganisatie, een vertegenwoordiger van Alzheimer Nederland. De deelname van de diverse actoren is vastgelegd in een convenant, dat op verzoek van Zilveren Kruis zal worden overlegd. 2. Het regionale netwerk beschikt over een regionale actieplan dat voor 2016 en verder de basis vormt voor de regionale samenhang en verdere ontwikkeling van Netwerkzorg dementie. In dit actieplan staan tenminste de volgende zaken beschreven: <ul style="list-style-type: none"> - Een analyse en beschrijving van het huidige zorgaanbod in de regio voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, ongeacht de financieringsbron (WMO, Zvw, Wlz).
-----------	---

	<p>- De wijze waarop het netwerk werkt aan de implementatie van de Zorgstandaard Dementie. De volgende onderwerpen dienen daarbij naar voren te komen: vroegsignalering, diagnostiek en behandeling, casemanagement, informele zorg, mantelzorgondersteuning, de sociale kaart, een centraal meldpunt/registratie.</p> <p>- Alzheimer Nederland dient akkoord te zijn met de inhoud van het regionale actieplan en de acties die hieruit voortvloeien. Dit akkoord is bekrachtigd met een schriftelijke akkoordverklaring, welke als bijlage bij het regionale actieplan is gevoegd. De zorgaanbieder dient het actieplan te allen tijde aan Zilveren Kruis te kunnen overleggen.</p> <p>3. Het regionale netwerk werkt aan de implementatie van de Zorgstandaard Dementie.</p> <p>4. Iedere netwerkpartner levert een financiële en/of personele bijdrage.</p> <p>5. Het netwerk levert informatie aan bij Zilveren Kruis over de effecten van de ingezette activiteiten en interventies en levert informatie aan over het netwerkindicatoren bij Vilans, zoals benoemd in de Zorgstandaard dementie.</p> <p>Vanuit het inkoopbeleid Wlz wordt voor organisaties die ZZP's 5 en 7 leveren aanvullend benoemd: indien deze ZZP's worden geleverd aan cliënten met dementie, dient de zorgaanbieder samenwerkingsafspraken te hebben met regionale dementienetwerken, gericht op expertiseontwikkeling voor zorg aan deze cliënten. De zorg is geprotocolleerd volgens de Zorgstandaard dementie.</p> <p>Vanuit het verleden hebben we de hoofdaannemersconstructie gestimuleerd en zo ook ingekocht (casemanagement), maar in de laatste jaren laten we deze keuze vrij. Er zijn netwerken die dit prettig vinden (het helpt hen in de samenwerking, het is een manier om partijen samen te brengen), en er zijn netwerken die dit vanwege ingewikkelde declaratieperikelen niet meer willen (of nooit hebben gedaan). Daar contracteren we bij de deelnemende instellingen apart het casemanagement dementie. De beleidsregel Netwerkzorg Dementie contracteren we overigens wel alleen via een 'hoofdaannemer'.</p>
Spelregels	<p>Ook wij hanteren als eis het hebben van een samenwerkingsconvenant en een gezamenlijk regionaal actieplan, waarin dus in ieder geval elkaars verantwoordelijkheden worden beschreven. Het relatiemanagement met de netwerken was in het verleden belegd bij de Wlz (toen nog AWBZ); een inkoper voerde toen periodiek gesprekken met de netwerken over voortgang. Sinds de overheveling naar wijkverpleging is dit wat tussen wal en het schip geraakt en is er op dit moment niet doorgaand en periodiek overleg met de netwerken dementie. In de praktijk worden partijen dus soms wel en soms niet aangesproken op hun samenwerking. Wel wordt deelname aan de meting Uitkomsten Dementiezorg gestimuleerd, en vanuit dat traject wordt wel de samenwerking gestimuleerd. Overige eisen aan 'spelregels' stellen wij niet; de 'hoe' vraag kunnen de netwerken zelf beantwoorden, passend bij hun wensen en regionale infrastructuur. We stellen dus ook geen netwerkcoördinator verplicht. Voor het casemanagement zeggen wij enkel dat dit vorm dient te krijgen middels de verpleegkundige in de wijk of een gelijkwaardige HBO-professional. Ook daar hebben netwerken dus ruimte om hieraan zelf invulling te geven (dan wel positionering bij wijkverpleegkundige, dan wel aparte specialistische functionaris).</p>
Inhoud	<p>Zilveren Kruis benoemt de Zorgstandaard Dementie als basis. Verder hebben we dus de meting Uitkomsten Dementiezorg gestimuleerd in 2015 (vanuit Wlz) en 2016 (vanuit Wlz en Wijkverpleging). Dit past ook bij onze visie om meer toe te willen naar uitkomsten van zorg, waarbij het hoe en wat meer aan het veld is.</p>
Ontwikkelingsperspectief	<p>We stimuleren inhoudelijk doorontwikkeling en verbreding (in het kader van integraliteit en samenhang) van netwerken (bijv. door samenhang te zoeken met kwetsbare ouderen of palliatieve netwerken) maar hebben dit niet letterlijk in inkoopbeleid benoemd. Wel willen we actief bekijken hoe de (financiering van) netwerken dementie zich verhoudt tot de niet-toewijsbare zorg (S1), ook in het kader van efficiency en doelmatigheid.</p>

Financiering	<p>In 2015 is aan netwerken de keuze gegeven of zij een aanvraag willen doen voor de beleidsregel netwerkzorg dementie. Dat kon voor maximaal 10% van het totale budget aan casemanagement en bij een aanvraag hebben we deze 10% ook afgehaald van het budget aan casemanagement (omdat de middelen ook tot hetzelfde macrokader behoorden). Slechts een beperkt aantal netwerken heeft hiervoor gekozen. We hebben de indruk dat juist die netwerken die de gelden niet hebben aangevraagd, al beter hun zaken op orde hebben. In 2016 hebben we alleen aanvragen uit 2015 gecontinueerd. Casemanagement dementie betreft een geormerkt budget binnen de wijkverpleging (prestatie verpleging), dit is zo gedaan om zichtbaarheid en continuïteit van deze afspraak te garanderen voor de netwerken. In 2015 hebben we vanuit de Wlz een implementatiekostenvergoeding gegeven voor die netwerken die deelnamen aan meting uitkomsten dementiezorg. Dat was echter een eenmalige vergoeding. Binnen de overige sectoren worden gewoon de reguliere producten vergoed.</p>
--------------	---

VGZ

Structuur	<p>VGZ stimuleert het werken met een hoofd- en onderaannemerconstructie voor de levering van casemanagement dementie, maar stellen deze vorm nog niet verplicht. Daar waar we volgens deze constructie hebben gecontracteerd handhaven we die. Op basis van het onderzoek naar effectieve samenwerkingsmodellen bepalen we in 2017/2018 onze definitieve keuze. Bij contractering via de hoofdaannemer/onderaannemerconstructie stellen we een samenwerkingsovereenkomst tussen deelnemende aanbieders verplicht</p>
Spelregels	<p>VGZ spreekt alle leden van het netwerk aan op actieve deelname aan het netwerk en het zich conformeren aan de in het netwerk gemaakte afspraken. Dit wordt geborgd met een samenwerkingsovereenkomst tussen de leden van het netwerk. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de organisatie van de netwerksamenwerking. In de praktijk wordt dit geoperationaliseerd door het instellen van een netwerkcoördinator, die verantwoordelijk is voor de samenwerking. Daar waar we met netwerken het casemanagement hebben gecontracteerd in een hoofdaannemerconstructie borgen we de afspraken via de hoofdaannemer.</p>
Inhoud	<p>Zorgstandaard Dementie, geoperationaliseerd in een regionaal Zorgprogramma is inhoudelijke basis voor inkoopbeleid dementiezorg</p>
Ontwikkelingsperspectief	<p>VGZ stuurt op integratie van de dementienetwerk (op individueel cliëntniveau) en het lokale netwerk voor kwetsbare ouderen. De casemanager dementie is de linking pin tussen het lokale netwerk voor kwetsbare ouderen en de regionale specialistische dementiezorg. Steeds nadrukkelijker maken we een onderscheid tussen generalistisch casemanagement, te leveren door wijkverpleegkundige/POH aan alle complex kwetsbare ouderen (incl. mensen met dementie) en specialistisch casemanagement dementie. De wijkverpleegkundige/POH en casemanager dementie werken intensief samen en bepalen gezamenlijk wie wat doet en bij wie de regie ligt. Casemanager dementie is gedurende het gehele ziektebeloop aangesloten, maar zal in principe pas de regierol krijgen zodra de dementie volledig dominant is.</p>
Financiering	<p>VGZ hanteert in 2016 de beleidsregel Netwerkzorg dementie voor financiële ondersteuning van de dementienetwerken nog bij 8 netwerken. Vanaf 2017 zullen we deze bekostigingsvorm beëindigen. Financiële ondersteuning van de netwerken kan door zorgaanbieders worden bekostigd uit de integrale tarieven voor casemanagement. Daarmee leggen we de verantwoordelijkheid van het netwerk bij de zorgaanbieders. Door het verbinden van de inkoopvoorwaarde: aangesloten zijn bij een actieve dementienetwerk borgen we de instandhouding vanuit de contractering. Aanvullende bekostiging is ons inziens een goede bekostigingsvorm in opstartfase.</p>

	<p>Daarvan is bij dementienetwerken inmiddels geen sprake meer. Tot 2017 in beperkte mate bekostiging netwerken door middel van projectkosten netwerkzorg dementie; vanaf 2017 volledig door integrale tarieven.</p> <p>Bekostiging casemanagement: geormerkt budget (op regioniveau en op niveau individuele zorgaanbieders) gebaseerd op totaalbudgetten 2014 (bij overheveling naar Zvw). Vanaf 2016 bekostiging voor eigen verzekerden, dwz budget VGZ wordt bepaald door marktaandeel * totaalbudget. Substitutie met reguliere middelen voor verpleging is mogelijk.</p>
--	--

DFZ

Structuur	<p>DFZ stimuleert casemanagement dementie via een toeslagcriterium in het inkoopbeleid.</p> <p>Daarnaast heeft in 2017 100% van de gediagnosticeerde dementerenden van de totale extramurale klantenpopulatie (Zvw) van de zorgaanbieder een eigen casemanager Dementie, de aard, inhoud en omvang het casemanagement is zichtbaar in het zorgplan.</p> <p>DFZ vindt het belang dat de gediagnosticeerde klanten met dementie en hun mantelzorgers in dit veranderende zorglandschap voldoende ondersteund worden.</p> <p>DFZ wil de zorg voor mensen met dementie in het veranderende zorglandschap toekomstbestendig houden door proactief mee te denken. Partijen (onder andere gemeenten) werken op lokaal en regionaal niveau samen in netwerken dementiezorg, met als doel dat mensen met dementie in staat worden gesteld om langer thuis te blijven wonen, waarbij er ook voldoende oog is voor de mantelzorg.</p> <p>Activiteiten/voorzieningen van de keten hebben betrekking op:</p> <ol style="list-style-type: none"> Casemanagement onder andere gericht op mantelzorg Kennis en informatie over dementiezorg (kwaliteit, samenwerking, etc.) Cliëntvolgsysteem (informatie uitwisseling tussen zorgverleners)
Spelregels	<p>De zorgaanbieder zal in 2017 met betrekking tot TinZ (Netwerk Dementie Friesland) onderdeel zijn van een zorgketen die voldoet aan de volgende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de keten is non-concurrentieel van opzet; elke zorgaanbieder mag meedoen. De coöperatie TinZ is een organisatie die de samenwerking en binding tussen deelnemende partijen verstevigt en de centrale regie voert op de verdere ontwikkeling van de ketenzorg dementie - er is binnen de keten op verschillende niveaus een nadrukkelijke rol weggelegd voor de klant en mantelzorgers, Alzheimer Nederland Friesland en Zorgbelang Fryslân <p>De zorgaanbieder beschikt over een geoutilleerde casemanager Dementie volgens de criteria van TinZ</p>
Inhoud	<p>De zorgaanbieder voldoet aan de volgende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onderschrijft het werkplan van TinZ; dit wordt verder verbijzonderd in diverse deelplannen; - onderschrijft het gezamenlijk doel van de keten voor dementiezorg; - heeft geformuleerd aan welke klanten zorg wordt geboden; - taken en verantwoordelijkheden in de dementieketen zijn beschreven; - heeft binnen de dementieketen afspraken gemaakt over de verwijzing en transfer van klanten binnen de keten waarbij het protocol 'Zorgpad' en 'Verwijsprotocol' gevolgd worden; - maakt binnen de dementieketen afspraken over het uitwisselen van klantinformatie door te participeren in het binnen de ketenzorg dementie bestaande zorgregistratie-systeem/cliëntvolgsysteem; - maakt binnen het steunpunt aantoonbare afspraken over continuïteit en kwaliteit van de zorg binnen de aanspraak wijkverpleging; - maakt binnen de keten aantoonbare afspraken over (bij)scholing van personeel op het gebied van dementiezorg, die aansluiten bij het provinciaal actieplan; - in 2020 heeft 100% van de gediagnosticeerde dementerenden een

	casemanager.
Ontwikkelingsperspectief	DFZ ziet dat in de toekomst de coöperatiestructuur die nu verbinding heeft tussen uitvoering en kennisnetwerk niet in stand gehouden kan worden door wet- en regelgeving. We zijn met de stakeholders naar voortzetting van casemanagement en uitbreiding van het kennisnetwerk aan het kijken voor 2017 en verder.
Financiering	Via inkoopbeleid in 2017 door gecombineerde budget met infrastructuur en uitvoering.

Bijlage 2: Topiclist Opera Consultancy

Structuur
<i>Inrichting</i>
Het samenwerkingsverband wordt formeel vastgelegd (kan zowel in een convenantvorm als juridisch)
<i>Programma structuur</i>
Er is bestuurlijke betrokkenheid van GGZ, ziekenhuizen, VVT, eerstelijns (huisartsen), welzijn en gemeenten
Keten is onderdeel van groter samenwerkingsverband (meervoudige keten, bijv. dementie is onderdeel van samenwerkingsverband waarin ook NAH, CVA of palliatief zijn opgenomen)
Programmastructuur (organigram met stuurgroep en werkgroepen) is ingericht waarbij duidelijke afspraken zijn gemaakt rondom verantwoordelijkheden
Er is reeds sprake van een lange historie van samenwerken
Spelregels
<i>Algemeen</i>
Er zijn concrete afspraken op bestuurlijk niveau; er is een PDCA- en jaarcyclus (begroting, jaarplan, jaarrekening en jaarverslag) ingericht (ketenniveau), inclusief evaluatie waarvan uitkomsten gebruikt worden voor optimalisatie
Er is een zorgprogramma / zorgpad aanwezig, waarin concrete werkafspraken zijn gemaakt tussen de partijen (wie doet wat waar wanneer) in het kader van behandeling, begeleiding en ondersteuning inclusief verwijzing en overdracht
Aanwezigheid van een algemeen coördinator van de keten
<i>Relationeel</i>
Er is vertrouwen in elkaar (elkaar kennen)
Er wordt met elkaar samengewerkt en niet geconcurrereerd
Men is bereid om van elkaar te leren
Inhoud
<i>Algemeen</i>
Professionals weten waar ze met hun vragen terecht kunnen
Centraal aanmeldpunt voor cliënten tbv overkoepelend inzicht in cliëntenpopulatie
Er is een digitaal dossier waar alle betrokkenen toegang tot hebben als informatiestructuur om snel informatie uit te wisselen
Professionals zijn bereid te kijken vanuit het perspectief van de persoon met dementie en zijn mantelzorger (over de domeinen heen)
Er is voldoende aanbod om persoon met dementie en mantelzorgers te ondersteunen
<i>Casemanagement</i>
Casemanagement is een specialistische functie en moet daardoor een minimum aantal uur per week worden uitgevoerd.
Creëren van een onafhankelijke positie van waaruit casemanagement wordt aangeboden
Inhoudelijke aansturing casemanagement vanuit de keten
<i>Zorgstandaard</i>
Zorgstandaard Dementie is de leidraad
Ontwikkel perspectief
<i>Algemeen</i>
Heldere gezamenlijke visie op ondersteuning personen met dementie en mantelzorgers
Gedegen kennisontwikkeling en kennisdeling (deskundigheidsbevordering)
Aanwezigheid langer termijn plan (waaronder strategische visie op de ketensamenwerking)
Financiering
Structurele financiering casemanagement
Structurele financiering overhead keten (bijv. financiering van de algemeen coördinator van de keten)

BIJLAGE 3

Matrix samenwerkingsmodellen gecombineerd met sleutelfactoren van Opera Consultancy

Modellen	Enkelvoudige keten			Meervoudige keten (smalle focus)			Meervoudige keten (brede focus)		
	Geen convenant of juridische structuur	Convenant	Juridische structuur	Geen convenant of juridische structuur	Convenant	Juridische structuur	Geen convenant of juridische structuur	Convenant	Juridische structuur
Sleutelfactoren die ze als prioriteit zien voor een succesvolle samenwerking									
Structuur									
Het samenwerkingsverband wordt formeel vastgelegd (kan zowel in een convenantvorm als juridisch)			TinZ / Geriant		Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Netwerk dementie Drenthe / Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.
Er is bestuurlijke betrokkenheid van GGZ, ziekenhuizen, VVT, eerstelijns (huisartsen), welzijn en gemeenten			TinZ / Geriant		Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Netwerk dementie Drenthe / Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.
Spelregels									
<i>Algemeen</i>									
Er zijn concrete afspraken op bestuurlijk niveau (PDCA)	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek		Netwerk dementie Drenthe / Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.
Er is een zorgprogramma / zorgpad aanwezig			TinZ / Geriant		Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.
Aanwezigheid van een algemeen coördinator van de keten	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek	Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Netwerk dementie Drenthe / Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.

Modellen	Enkelvoudige keten			Meervoudige keten (smalle focus)			Meervoudige keten (brede focus)		
	Geen convenant of juridische structuur	Convenant	Juridische structuur	Geen convenant of juridische structuur	Convenant	Juridische structuur	Geen convenant of juridische structuur	Convenant	Juridische structuur
Vervolg spelregels									
<i>Relationeel</i>									
Er is vertrouwen in elkaar	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek	Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Netwerk dementie Drenthe / Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.
Er wordt met elkaar samengewerkt en niet geconcurrerd	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek	Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Zeeuwse Schakels (concurrentie op ontwikkeling diensten/producten)			Transmuraal Den Haag e.o.
Inhoud									
<i>Algemeen</i>									
Centraal aanmeldpunt voor cliënten tbv overkoepelend inzicht in cliëntenpopulatie	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek	Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Netwerk dementie Drenthe / Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.
Er is digitaal dossier waar alle betrokkenen toegang tot hebben als informatiestructuur om snel informatie uit te wisselen			TinZ / Geriant						
Professionals zijn bereid te kijken vanuit het perspectief van de persoon met dementie en zijn mantelzorger (over de domeinen heen)	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek	Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Zeeuwse Schakels			

Modellen	Enkelvoudige keten			Meervoudige keten (smalle focus)			Meervoudige keten (brede focus)		
	Geen convenant of juridische structuur	Convenant	Juridische structuur	Geen convenant of juridische structuur	Convenant	Juridische structuur	Geen convenant of juridische structuur	Convenant	Juridische structuur
Vervolg inhoud									
<i>Casemanagement</i>									
Casemanagement is een specialistische functie en moet daardoor een minimum aantal uur per week worden uitgevoerd	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek		Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.
Creëren van een onafhankelijke positie van waaruit casemanagement wordt aangeboden	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek	Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Netwerk dementie Drenthe / Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.
<i>Zorgstandaard</i>									
Zorgstandaard Dementie is de leidraad	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek	Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Netwerk dementie Drenthe / Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.
Ontwikkel perspectief									
Heldere gezamenlijke visie op ondersteuning personen met dementie en mantelzorgers	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek	Noord-Limburg (Hulp bij Dementie)	Zeeuwse Schakels			Transmuraal Den Haag e.o.
Gedegen kennisontwikkeling en kennisdeling (deskundigheidsbevordering)	Gelderse Vallei		TinZ / Geriant	Oost Achterhoek					
Financiering									
Structurele financiering casemanager			Geriant			Netwerk dementie Drenthe / Zeeuwse Schakels			
Structurele financiering overhead keten			Geriant			Netwerk dementie Drenthe / Zeeuwse Schakels			