



## **Startnotitie**

### **Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis**

Datum 1 juni 2018  
Volgnummer 2018026982

#### Projectteam Kwetsbare Ouderen Thuis:

- Marjolein de Booy, projectleider
- Dirk Achterbergh, medisch adviseur
- Aster de Lange, verpleegkundig adviseur
- Carel Mastenbroek, adviseur
- Corinne Klop, adviseur/data-scientist
- Jan-Willem Dik, adviseur/data-scientist



## Inleiding

De zorg voor en ondersteuning van kwetsbare ouderen die thuis wonen, loopt helaas niet altijd even goed. Regelmatig staan er berichten in de media over de Spoedeisende Hulp (SEH) die onder druk staat door de toestroom van ouderen, over overbelaste mantelzorgers of over onnodig lange ziekenhuisopnames door onvoldoende mogelijkheden voor doorstroming.

Het Zorginstituut adviseert over de samenstelling van het basispakket van de zorgverzekering en stimuleert de continue kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg. Ze heeft daarbij vooral een signalerende en agenderende rol. Vanuit deze taken is het Zorginstituut gestart met het project kwetsbare ouderen thuis om een bijdrage te leveren aan verbetering van de zorg voor deze groep.

Deze notitie is daarvan het eerste, voor u zichtbare resultaat. Het geeft een overzicht van knelpunten die zich voordoen bij de zorg voor een oudere patiënt (signaleren). Hierbij volgen we de episodes die de oudere patiënt in de zorg doormaakt: zorg thuis, acuut event en vervolgzorg (thuis of tijdelijk elders). In deze notitie laten we ook zien in welke richting mogelijke oplossingen gevonden kunnen worden (agenderen).

De zorg voor en ondersteuning van kwetsbare ouderen is gefragmenteerd. Alleen een gezamenlijke, op elkaar afgestemde beleidsinspanning van alle betrokken partijen zal dit kunnen verbeteren. Deze notitie bevat mogelijke vervolgstappen die te zijner tijd kunnen leiden tot een gezamenlijke agenda. De vaststelling daarvan is een zaak van alle betrokken partijen, inclusief de taakverdeling die daar uit voortvloeit.

We constateren dat er in Nederland brede consensus is over de noodzaak van reguliere integrale zorg. Zorg die rekening houdt met de complexe zorgvraag, anticipeert op ontwikkelingen en tegemoet komt aan de wensen en voorkeuren van de oudere. Onlangs publiceerde het ministerie van VWS twee nota's: het 'Pact van de Ouderenzorg' en 'De juiste zorg op de juiste plek'. Deze nota's zetten de lijnen uit naar de toekomst van de zorg voor kwetsbare ouderen. Onze startnotitie borduurt hier op voort en bevat praktische vervolgstappen, die kunnen leiden tot reguliere integrale zorg.

## Leeswijzer

In hoofdstuk 1 schetsen wij de achtergrond.

In hoofdstuk 2 geven we extra inzicht in de kenmerken van de groep thuiswonende (kwetsbare) ouderen en wordt de urgentie van de problematiek onderstreept. We doen dit aan de hand van een acuut event. Wat zijn de belangrijke kenmerken van kwetsbare ouderen? Kunnen we kwetsbaarheid voorspellen? Welke zorg gebruiken kwetsbare ouderen en welke kosten brengt dit met zich mee.

De groep kwetsbare ouderen wordt vergeleken met de algemene groep 65+ers. Met de dataset van dit kwantitatieve onderzoek kan het Zorginstituut in de toekomst veldpartijen ondersteunen.

De gehele studie vindt u in bijlage 1 (blz. 21): Resultaten kwantitatieve analyse. In deze bijlage worden de onderzoeksmethode en de resultaten uitgebreid onderbouwd. Het gaat om onderzoek naar de omvang en het zorggebruik van ouderen, modellen voor het voorspellen van een acuut event uitgesplitst naar de 1<sup>ste</sup> en de 2<sup>de</sup> lijn en de daarmee gepaard gaande kosten.

Hoofdstuk 3 beschrijft de belangrijkste succesfactoren van goede voorbeelden uit de praktijk. Deze bieden mogelijke aanknopingspunten voor een oplossingsrichting naar goede integrale zorg. IQ healthcare heeft deze generieke succesfactoren geïnventariseerd. Zie bijlage 2 voor het volledige rapport van IQ healthcare.

Hoofdstuk 4 behandelt de knelpunten die het veld ervaart bij het realiseren van integrale zorg. Het Zorginstituut heeft aan IQ healthcare gevraagd om bij verschillende partijen te inventariseren wat de knelpunten zijn in het zorgpad voor thuiswonende kwetsbare ouderen.

Daarnaast heeft het Zorginstituut knelpunten toegevoegd die gehaald zijn uit de rapportages van de NZa over de doorontwikkeling van ELV, GRZ en de aanvullende geneeskundige zorg, alsmede uit de gesprekken die gevoerd zijn met betrokken partijen.

Zie bijlage 2 (blz. 51) voor het volledige rapport van IQ healthcare.

Zie bijlage 3 (blz. 105) voor een groslijst van gesignaleerde knelpunten.

In hoofdstuk 5 analyseren we mogelijke oplossingen voor de knelpunten om te komen tot reguliere integrale ouderenzorg. Dit mede op basis van het rapport van IQ Healthcare en in samenspraak met onafhankelijke experts en deskundigen van relevante veldpartijen. De knelpunten en oplossingsrichtingen zijn vervolgens besproken

Zie bijlage 4 en 5 (blz. 107 en 108) voor een overzicht van geraadpleegde onafhankelijke experts en stakeholders.

Hoofdstuk 6 beschrijft de randvoorwaarden voor het succesvol realiseren van integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis.

### Hoofdstuk 7

Op basis van genoemde rapporten, onze analyse en deze gesprekken komen we tot een aantal vervolgstappen die leiden naar een gezamenlijke agenda.

## 1 Achtergrond

In de Westerse wereld stijgt de gemiddelde leeftijd snel. Er zijn nog nooit zoveel ouderen geweest, zowel in absolute aantallen als percentage van de bevolking. In 2030 zullen er 4 miljoen 65-plussers zijn, waarvan er 1 miljoen als kwetsbaar gekenschetst kunnen worden<sup>1</sup>. Ouder worden gaat onherroepelijk gepaard met gebreken. Deze kunnen gelegen zijn in het lichaam, maar ook in het mentale en sociale leven. Het begint met een enkel gebrek, echter na verloop van tijd komen er meer bij. De absolute toename van tekorten en gebreken is de prijs die we betalen voor onze welvaart en het succes van de geneeskunde. Ouderen van nu krijgen aandoeningen waar de vorige generatie niet eens aan toekwam. Daarbij blijven ouderen in toenemende mate, soms noodgedwongen, thuis wonen. Dit alles resulteert in een in omvang toenemend, relatief nieuw fenomeen: nog nooit waren er zoveel (kwetsbare) ouderen die wonen in de eigen omgeving.

Deze ontwikkelingen vragen om een heroriëntatie op de huidige vooral medische & orgaangerichte, reactieve organisatie van zorg. Meer dan ooit is aansluiting van zorg met het sociale domein geboden. Doel van de zorg en de ondersteuning wordt nu om zo lang mogelijk te kunnen functioneren in de eigen omgeving met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Voor de nieuw ontstane problemen wordt nog te snel teruggегrepen naar de bekende oude oplossingen in de eigen domeinen. Daarmee sluit het huidige zorgaanbod niet meer aan bij de complexer wordende zorg- en ondersteuningsvragen van de snel groeiende groep thuiswonende kwetsbare ouderen.

---

<sup>1</sup> Sociaal Cultureel Planbureau, 2011

## 2 Kwetsbare ouderen in maat en getal

Er zijn veel definities van het begrip "kwetsbaarheid" in relatie tot het begrip "oudere". In deze startnotitie hanteren we de definitie van het Sociaal Cultureel Planbureau (2011): "*Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)*". Deze definitie geeft een kwalitatieve beschrijving van de doelgroep.

Echter, om deze groep kwetsbare ouderen in de beschikbare declaratiedata te kunnen identificeren, is deze definitie niet bruikbaar. Daarom hebben we er voor gekozen om de patient journey van de oudere te volgen: zorg thuis → 'acuut event' → vervolgzorg thuis of tijdelijk elders. Het 'acuut event' uit deze patient journey gebruiken we als een element dat alle kwetsbare ouderen met elkaar gemeen hebben. Een acuut event is een gebeurtenis die het wankel evenwicht waarin een oudere zich bevindt, verstoort. Het is bekend dat een dergelijk acuut event zich vroeger of later gaat voordoen bij een kwetsbare oudere.

Voor de kwantitatieve analyses definiëren we het acuut event als volgt:

- Opname in het ziekenhuis (minimaal 1 nacht) via de SEH/EHH/huisarts;
- Visite huisarts buiten kantooruren;
- Minimaal 4 huisartscontacten in 7 dagen (escalatie huisartsenzorg);
- Eén maand verhoogd gebruik van wijkverpleging na een maand laag verbruik (escalatie wijkverpleegkundige zorg)

Dit acuut event gebruiken we als uitgangspunt om de omvang van de groep kwetsbare ouderen, het zorggebruik en de kosten in kaart te brengen met behulp van big data.

In de analyses wordt de algemene populatie 65+ vergeleken met de groep die in het jaar 2016 minimaal één event heeft meegemaakt. Voor de volledigheid merken we op dat wij bij de groep thuiswonenden de leveringsvorm Wlz Vpt en Wlz met verblijf buiten beschouwing laten. Voor alle details rondom de demografie van de studiepopulatie, zie bijlage 1, tabel 1.

### **Zorggebruik van kwetsbare ouderen is hoog**

In 2016 bleken ruim 350.000 thuiswonende ouderen een acuut event te hebben doorgemaakt. Dit gaat gepaard met een hoge zorgvraag. Vergeleken met de algemene populatie hebben ouderen met een acuut event meer huisartsconsulten en -visites, doen een groter beroep op wijkverpleging en krijgen meerdere geneesmiddelen.

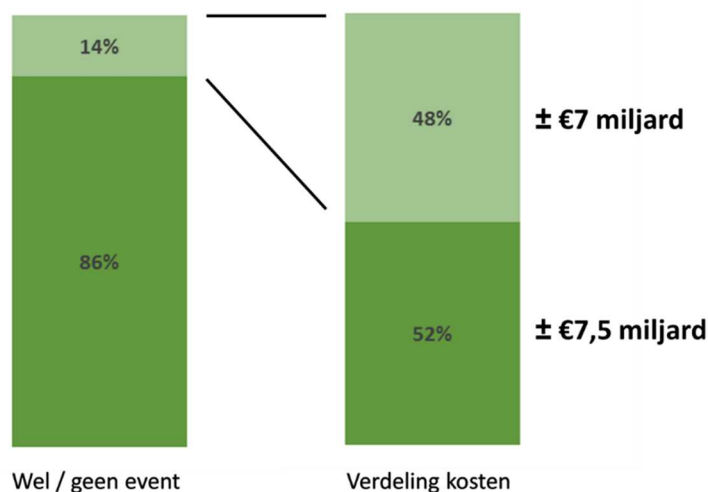
Ouderen met een event onderscheiden zich op meerdere punten van de algemene studiepopulatie. De volledige lijst met kenmerken per leeftijdsgroep vindt u in bijlage 2, tabel 1.

**Tabel 1. Een selectie van de kenmerken waarop ouderen met een event zich onderscheiden van de algemene populatie (gebaseerd op cijfers uit 2015/2016).**

	<b>≥ 65 jaar</b>	
	<b>Totaal</b>	<b>Met event</b>
Totaal aantal (n)	2.529.425	355.930
Leeftijd (gemiddelde, standaarddeviatie)	74 (7)	77 (8)
Vrouw (%)	53	45
Woonstatus		
Alleen wonend in 2015 (%)	29	37
Werd alleen wonend in 2015 (%)	2	3
Huisarts contacten, 6 mnd		
>2x gemiddeld aantal consulten (%)	7	24
>2x gemiddeld aantal visites (%)	8	28
Wijkverpleging, 6 mnd (%)	10	28
Overig Zorggebruik		
Polyfarmacie, 1 jaar (%)	30	50
Fysiotherapie, 6 mnd (%)	21	30
Chronische aandoeningen (%)	73	91

### Zorgkosten van kwetsbare ouderen zijn hoog

Ouderen met een event hebben hogere zorgkosten (Zvw + Wlz) dan ouderen zonder een event. De ouderen met een event (14% van mensen boven de 65 jaar) maken evenveel kosten als de overige 65+ers (zie Figuur 1). De ouderen met een event uit ons onderzoek hebben bijna €7 miljard aan kosten in 2016. Ook de gemiddelde zorgkosten per dag zijn voor ouderen met een acuut event hoger (€31 per dag versus €4 per dag). Dit geeft aan dat het gaat om een complexe groep mensen met veel verschillende zorgproblemen en hogere zorgkosten.



**Figuur 1: Totale zorgkosten (Zvw + Wlz) van de studiepopulatie over het jaar 2016, uitgesplitst naar de populatie met en zonder acuut event**

Als we kijken naar de patient journey van de ouderen, dan wordt een zeer groot deel van deze kosten gemaakt door ouderen die na een acuut event weer terug naar huis gaan. Afhankelijk van de leeftijdscategorie liggen de gemiddelde dagelijkse zorgkosten 3 – 10 x hoger dan binnen de populatie thuiswonende ouderen die geen acuut event hebben ondergaan.

Zie voor een uitgebreid overzicht van de kosten, tabellen 3 en 4 in bijlage 1.



### 3 Succesfactoren in de praktijk

Er zijn op veel plaatsen al goede voorbeelden van integrale zorgprogramma's voor ouderen.

**Uit de analyse van IQ healthcare blijkt dat de volgende elementen in vrijwel alle succesvolle zorgprogramma's terugkomen:**

- 1. Integraal zorg- en ondersteuningsplan: afstemmen zorg en ondersteuning op behoeften en wensen van oudere**
- 2. Kernteam: huisarts en wijkverpleegkundige, zo nodig aangevuld met andere hulpverleners**
- 3. Netwerkgorg: afstemming tussen zorgverleners en het sociale domein / Multidisciplinair Overleg (MDO)**

Samengevat komt het er op neer dat ouderen thuis gebaat zijn bij samenhangende, integrale zorg waar zorgverleners in de verschillende domeinen elkaar weten te vinden en afstemmen wie verantwoordelijk is voor welke zorg- en ondersteuningsvragen van de oudere.

#### **Integraal zorg- en ondersteuningsplan**

Met een individueel en integraal zorg- en ondersteuningsplan (voortaan: individueel zorgplan) kan beter worden aangesloten bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van de oudere. Extra aandacht is nodig voor het verbinden van zorg, wonen en welzijn. Voor het opstellen en onderhouden van een individueel zorgplan is kennis nodig over het zorgnetwerk en sociale steunsysteem van de oudere.

#### **Kernteam**

Er is regie nodig om de continuïteit van de zorg en de uitvoering van het individueel zorgplan te realiseren. Er moeten afspraken komen over de *regierol*. Deze regierol wordt steeds meer gelegd bij een kernteam dat vaak bestaat uit een huisarts en een wijkverpleegkundige. Afhankelijk van de zorgvraag wordt dit team aangevuld met andere hulpverleners, zowel uit het zorg- als het sociale domein.

De huisarts wordt zo nodig ondersteund door de specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast kunnen de overige bij de zorg betrokken zorgverleners aanhaken bij het kernteam, zoals de apotheker, de paramedicus, de maatschappelijk werker etc.

#### **Netwerkgorg inclusief sociale domein**

Om integrale zorg te leveren moeten diverse disciplines gezamenlijk komen tot één individueel zorgplan. Dat is niet hetzelfde als iedereen autonoom van elkaar een bijdrage laten leveren aan het zorgplan.

Een multidisciplinair overleg (MDO) helpt bij het afstemmen van de zorg voor kwetsbare ouderen in een complexe situatie. Een acuut event kan zo worden afgewend of uitgesteld. Om de afstemming te ondersteunen moet informatie uit het individueel zorgplan (digitaal) gedeeld kunnen worden. Als een kwetsbare oudere acute en/of vervolgzorg krijgt aangeboden kunnen knelpunten worden voorkomen door afspraken te maken over de overdracht -heen en weer- op de transmurale brug.

Welzijn en wonen beïnvloeden de zelfredzaamheid van (kwetsbare) ouderen en hun naasten. De verbinding van zorg met de domeinen welzijn en wonen is belangrijk. Dit kan ondersteund worden door wijkgerichte zorg, waarbij het sociale wijkteam en het kernteam samen optrekken. Niet alles kan en hoeft te worden opgelost in het zorgdomein. Het sociale domein kan vaak meer dan het zorgdomein denkt. Dat vergt afspraken in het netwerk rondom de oudere over een (andere) verdeling van taken en verantwoordelijkheden.

## 4 Knelpunten bij het realiseren van integrale zorg

Ondanks diverse lokale en regionale zorgprogramma's is integrale zorg nog geen reguliere praktijk, die ondersteund wordt door een op integrale aanpak gerichte regelgeving en financiering. Pilots en experimenten blijven vaak steken als de extra financiering stopt. Goede voorbeelden van integrale zorgprogramma's aan thuiswonende kwetsbare ouderen verspreiden zich niet verder.

IQ healthcare en het Zorginstituut inventariseerden de knelpunten die zich voordoen bij de structurele implementatie van bovenstaande goede voorbeelden. Deze door het veld ervaren knelpunten staan de verspreiding en continuïteit van integrale zorg in de weg. Voor een overzicht hiervan verwijzen we naar bijlage 2 en 3.

Uit de groslijst van knelpunten doemt het beeld op van gefragmenteerde zorg, niet alleen in het aanbod, maar ook in bekostiging en regelgeving. Deze knelpunten beïnvloeden en versterken elkaar. Zo versterkt gefragmenteerde bekostiging en onduidelijke wet- en regelgeving een gefragmenteerd zorgaanbod. Omgekeerd houdt het gefragmenteerde aanbod de daarbij horende bekostiging en regelgeving in stand.

Uit de inventarisatie komt ook capaciteitstekort als knelpunt naar voren. Hoewel capaciteit een groot knelpunt kan zijn, kiest het Zorginstituut er voor om eerst te focussen op het gebrek aan samenhang in de zorg. Het vergroten van capaciteit in de afzonderlijke onderdelen in de zorgketen zal niet tot verbetering leiden als de huidige verkokering blijft bestaan. We komen hierop terug in het volgende hoofdstuk.

### **Gefragmenteerde zorg**

Het Zorginstituut constateert dat kwetsbare ouderen thuis niet altijd passende zorg en ondersteuning ontvangen. We signaleren een tekortschietende afstemming en samenwerking tussen professionals. Zorgverleners en instellingen weten onvoldoende waar de mogelijkheden en competenties van de ander liggen.

Het gebrek aan afstemming speelt zowel in de lokale zorgpraktijk als op het niveau van regionale/landelijke instellingen en voorzieningen. En het speelt zowel binnen het domein van de geneeskundige en verpleegkundige zorg als tussen het zorgdomein en het sociale domein, waar de gemeente een belangrijke rol speelt.

Professionals in de zorg en ondersteuning lijken onvoldoende te anticiperen op redelijk voorspelbare gebeurtenissen in de patient journey van de oudere (zoals een acuut event). Daardoor is het niet goed mogelijk om de zorg en ondersteuning af te stemmen op de wensen van kwetsbare oudere en hun naasten/mantelzorgers.

### **Geen duurzame bekostiging**

Het aanbod van zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen wordt in sterke mate bepaald door de woonplaats en de zorgverzekeraar. De zorgaanbieders en ondersteuners die betrokken zijn bij lokale/regionale integrale zorgprogramma's hebben het gevoel dat ze steeds met zorgverzekeraars en gemeenten moeten onderhandelen over wie precies voor welke zorg verantwoordelijk is. We signaleren dat aanbieders, verzekeraars en gemeenten er vaak niet in slagen om elkaar te overtuigen wie voor welke zorg verantwoordelijk is. De financiers hebben

andere opvattingen over het belang van coördinatie en afstemming en de hoeveelheid tijd die dat kost, terwijl zorgverleners deze taken als essentieel voor en inherent aan goede zorg beschouwen.

Ze lijken elkaar in een soort houdgreep te houden. Of zoals een zorgverlener verzuchtte: "het is een constante struggle".

Er is geen "recht" op integrale domeinoverstijgende zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Nergens staat beschreven op welke zorg je als oudere mag rekenen. Het gevolg is dat de discussie over wat al dan niet tot integrale zorg gerekend kan worden met duidelijke afspraken over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling steeds opnieuw door de lokale/regionale zorgaanbieders gevoerd moet worden met de financiers. Dat leidt in de praktijk tot veel frustratie bij de zorgaanbieders en ondersteuners.

### **Onduidelijkheid over de regelgeving**

Gefragmenteerde wet- en regelgeving wordt genoemd als hinderpaal voor integrale en passende zorg. Echter, dat is niet altijd terecht.

We signaleren dat bestaande wettelijke mogelijkheden niet altijd volledig worden benut. Een oorzaak kan zijn dat zorgverleners niet (tijdig) op de hoogte zijn van recente wijzigingen in wet- en regelgeving. Of dat de ervaren belemmeringen het gevolg zijn van ingegroeide gewoonten van betrokken zorgaanbieders of verzekeraars ("we hebben het altijd zo gedaan").

Betrokken zorgverleners moeten beter geïnformeerd worden over de gevolgen van wetswijzigingen voor de dagelijkse zorgpraktijk. Hier ligt een taak voor de overheid (VWS, ZIN, NZa).

**Een voorbeeld: wijkverpleegkundigen en verzekeraars veronderstellen ten onrechte dat er binnen de Zvw tot een maximum aantal uren zorg geïndiceerd mag worden. Dat staat echter nergens in de wet. Hierdoor kan het gebeuren dat een wijkverpleegkundige te weinig uren zorg indiceert of dat de verzekeraar zegt dat er tot een maximum aantal uren zorg geleverd mag worden. In beide gevallen krijgt de verzekerde niet het aantal uren zorg die hij nodig heeft.**

## 5 Op weg naar een oplossing

Er is brede overeenstemming dat integrale zorg de oplossing is als er sprake is van een complexe zorgvraag. Maar hoe kom je van gefragmenteerde zorg (en bekostiging) naar reguliere integrale zorg voor ouderen thuis. Daar kunnen onderstaande stappen ons inziens aan bijdragen. Het is van belang dat deze stappen gezamenlijk worden gezet, d.w.z. niet alleen door de zorgaanbieders, maar ook door zorgverzekeraars en de lokale en landelijke overheidsorganisaties.

### **Beschrijf de doelgroep eenduidig**

Om tot duurzame en solide integrale zorg te komen moet er een helder beeld zijn van de doelgroep. Een beeld dat gedeeld wordt door alle betrokken partijen: hulpverleners in het zorgdomein en het sociaal domein, de patiënten en hun mantelzorgers, zorgverzekeraars en gemeenten. Het is belangrijk dat alle betrokkenen dezelfde groep voor ogen hebben. Dat maakt het gemakkelijker om taken en verantwoordelijkheden in de keten nauwkeuriger te omschrijven.

Er is een landelijk kader nodig dat de doelgroep van kwetsbare ouderen beschrijft. Dat kan bijvoorbeeld aan de hand van risicoprofielen met daarbij passende zorg en/of ondersteuning. Hiermee zijn al ervaringen opgedaan. Ook zijn er studies verricht naar doelgroep-bepaling, met name in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg<sup>2,3,4</sup>.

Wie van de ouderen kwetsbaar zijn (casefinding) kunnen we vaststellen met behulp van kwantitatieve methoden (doorzoeken databestanden) of met narratieve methoden. De kwantitatieve analyses van het Zorginstituut en de voorspelmodellen die de risico's op een acuut event in beeld brengen, kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Het verdient vervolgens aanbeveling om in deze groep een onderverdeling aan te brengen gebaseerd op zorgbehoefte (stratificatie). Dit faciliteert samenwerking en taakverdeling tussen alle partners (eerstelijns kernteam, gemeente, maatschappelijke organisaties, ziekenhuizen).

Conform het Plan van Aanpak 'Zorg voor Kwetsbare Ouderen', van de gezamenlijke eerstelijns partijen (onder regie van Ineen) onderzoekt een multidisciplinaire werkgroep momenteel hoe de doelgroep kan worden afgebakend.<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Samen Oud in Groningen, [www.samenoud.nl](http://www.samenoud.nl), 2016

<sup>3</sup> Prof J.P.J. Slaets: screening bij ouderen, NtvG 2012

<sup>4</sup> Overzicht van NPO projecten op [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)

<sup>5</sup> Plan van aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen: InEen, KNGF, KNMP, Laego, LHV, NHG, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Verenso, VWS, ZN. InEen september 2017

## Casefinding

### Kenmerken die kwetsbaarheid voorspellen

Om proactief beleid te kunnen voeren en een acuut event uit te stellen of te voorkomen, is het belangrijk inzicht te hebben in de factoren die het risico op een acuut event 'voorspellen'. Welke kenmerken van onze groep ouderen zijn geassocieerd met een hoger risico op een acuut event? Met het acuut event als uitgangspunt heeft het Zorginstituut gekeken naar het zorggebruik in de 6 maanden voorafgaand aan dit acuut event (in 2016). Zo ontwikkelden we twee modellen die het risico op een acuut event in de 1ste respectievelijk 2de lijn redelijk goed kunnen voorspellen.

De modellen voorspellen in 73% respectievelijk 76% van de gevallen een hoger risico op een acuut event in de eerste lijn cq de tweede lijn binnen de groep ouderen die daadwerkelijk een acuut event ondergingen ten opzichte van degenen die dit niet meemaakten.

Op basis van voorspellende modellen identificeerden wij een aantal kenmerken die sterk zijn geassocieerd met een hoger risico op het krijgen van een acuut event. Na correctie voor alle andere kenmerken zijn dit onder andere: leeftijd, meerdere chronische aandoeningen en eerder zorggebruik. Daarnaast zijn er nog interessante verschillen tussen de voorspellers voor het krijgen van een eerstelijns event en een tweedelijns event: zo is het alleenwonend worden geassocieerd met een groter risico op een event in de 1ste lijn in vergelijking met een event in de 2de lijn.

Zie voor de volledige lijst voorspellers van een acuut event tabel 2 in bijlage 1.

### Formeer eerstelijns kernteams

Bij proactieve en integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis speelt een kernteam een cruciale rol. In dit kernteam zijn in ieder geval de geneeskundige zorg (huisarts/specialist ouderengeneeskunde/arts verstandelijk gehandicapten) en de verpleegkundige zorg (de wijkverpleegkundige) vertegenwoordigd. Afhankelijk van de zorgvraag kan dit team aangevuld worden met andere hulpverleners, zowel uit het zorg- als het sociale domein.

Een dergelijk kernteam is kleinschalig, men kent elkaar en men deelt de zorg voor dezelfde groep ouderen. Met zo'n team kan men snel schakelen en inspelen op de onvermijdelijke veranderingen in de zorgvraag gedurende de patient journey (thuis, acuut event, vervolgzorg) van de oudere.

Het kernteam staat voor de functionaliteiten die nodig zijn om samenhangende zorg te realiseren. Het kernteam is geen nieuwe juridische institutie in de zorg. Praktische vormgeving en samenstelling zal lokaal gestalte moeten krijgen, ingebed in de regionale afspraken over deze zorg.

Bovenstaande beschrijving van een kernteam uit het rapport van IQ healthcare wordt ondersteund door kwantitatief onderzoek van het Zorginstituut. Hieruit blijkt dat het beroep op wijkverpleegkundige zorg een belangrijke indicator is voor het risico op een acuut event. Dit onderzoek laat ook zien dat een groter beroep op

huisartsenzorg nauw samenhangt met een groter beroep op wijkverpleegkundige zorg. Dit onderstreept het belang van nauwe samenwerking tussen wijkverpleegkundige en huisarts.

### **Taken en verantwoordelijkheden van het kernteam**

We signaleren dat een duidelijke beschrijving van de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen professionals binnen het zorgdomein enerzijds en tussen het zorgdomein en het sociaal domein anderzijds ontbreekt.

Het Zorginstituut vond geen beschrijving van de functionaliteiten van een kernteam. Althans, niet voor het hele traject dat de oudere doorloopt. Er zijn wel documenten die de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige beschrijven (o.a. LESA<sup>6</sup>), maar die afspraken reiken niet verder dan de zorg thuis. De taken en verantwoordelijkheden in geval van een acuut event en/of vervolgzorg (indien tijdelijk elders) vallen hier buiten.

Door het ontbreken van een gedeelde beschrijving over wat al dan niet tot integrale zorg gerekend wordt, moet steeds opnieuw de discussie worden gevoerd over onderlinge taakverdeling en financiering. Om aan de gesignaleerde impasse een eind te maken is er duidelijkheid nodig over de functionaliteiten van het kernteam:

- Formuleer de taken van het kernteam.
- Geef aan op welke patiënten het kernteam zich richt.
- Geef aan waar patiënten op kunnen rekenen.
- Formuleer waar andere hulpverleners in de zorgketen op kunnen rekenen.
- Bepaal hoe de verantwoordelijkheden binnen het team zijn verdeeld.

Pas als de verantwoordelijkheden en functionaliteiten duidelijk zijn beschreven is het mogelijk om elementen als onderlinge communicatie en coördinatie die nodig zijn om bovenstaande verantwoordelijkheid te dragen, onderdeel uit te laten maken van reguliere vormen van bekostiging.

Met een heldere domeinoverstijgende taakverdeling van alle betrokken zorgverleners en ondersteuners wordt de basis gelegd voor een duurzame organisatie met bijbehorende bekostiging van integrale zorg aan kwetsbare ouderen thuis. Zo kan er een einde komen aan de huidige situatie waarbij de zorg voor ouderen afhankelijk is van lokale/regionale initiatieven. Ouderen weten dan ook waar ze op kunnen rekenen.

In bijlage 6 (blz. 109) een suggestie voor een beschrijving van de functionaliteit van het kernteam.

### **Maak regionale afspraken**

Met het opstellen van landelijke kaders en het optuigen van een eerstelijns kernteam is het probleem van de gefragmenteerde zorg nog niet opgelost. Intensieve samenwerking met het ziekenhuis, de SEH, het tijdelijk verblijf (ELV) en de revalidatie/nazorg (GRZ) is een voorwaarde voor succes. Het kernteam speelt weliswaar een noodzakelijke, integrerende rol, maar is afhankelijk van goede

---

<sup>6</sup> Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak: Zorg voor kwetsbare ouderen, Huisarts en Wetenschap, juni 2017

aansluiting op andere domeinen die in de patient journey een rol spelen. Naast het domein van de zorg zijn ook de domeinen wonen en ondersteuning (inclusief ondersteuning van de mantelzorger) en participatie van groot belang.

Afspraken over de regionale ordening, afstemming van voorzieningen en een evenwichtige toedeling van capaciteit over de hele keten moeten op regionaal niveau gemaakt worden. Dit kan een enkel kernteam zelf niet realiseren.

### **Landelijk kader en regionale afspraken**

**De zorgprofessionals zijn aan zet om samen met patiënten en financiers (gemeenten, zorgverzekeraars) een landelijk kader op te stellen. Dit landelijk kader moet een helder beeld geven van de doelgroep Kwetsbare Ouderen, en van de taken en verantwoordelijkheden van het eerstelijns kernteam. Het kernteam moet een heldere positie krijgen binnen de eerstelijns zorg. Dit beeld moet gedeeld worden door beroepsbeoefenaren, patiënten en zorgverzekeraars.**

**Afspraken over verdeling van capaciteit en voorzieningen moeten op regionaal niveau genomen worden. Als de zorginhoudelijke en –organisatorische elementen zijn uitgewerkt, kan pas duidelijk worden gemaakt hoe de bekostiging kan worden geregeld.**

### **Kom met nieuwe manieren van bekostiging**

Uit de rapportage van IQ healthcare blijkt dat het zorgveld vindt dat de bekostiging verkokerd is en dat zorgaanbieders neigen de eigen bedrijfsvoering voorop te stellen. Dat verhindert intensievere samenwerking. Hoe gaan we de verkokering tegen en voorkomen we dat financiële prikkels fragmentatie bevorderen?

Het gaat bij de transitie naar integrale zorg niet alleen over integratie op het niveau van de professionals, maar ook over integratie van de organisatie en de bekostiging. Dit vraagt om nieuwe denk- en oplossingsrichtingen. Te overwegen zijn experimenten met samengestelde budgetten voor de geneeskundige en verpleegkundige zorg, eventueel aangevuld met budget voor ondersteuning, huishoudelijke hulp en dagbesteding.

Een optie hierbij zou kunnen zijn om dit samengestelde budget in handen te leggen van een regionale hoofdaannemer.

Overwogen zou kunnen worden om eerst de definitie van de doelgroep en de functionaliteiten van het kernteam uit te werken. Vervolgens om te analyseren welke mogelijkheden en belemmeringen de huidige bestaande bekostigingsmodaliteiten bieden voor integrale zorg aan kwetsbare ouderen in de eigen omgeving. Denk hierbij aan de huisartsenzorg, de zorg van de specialist ouderengeneeskunde, de verpleging en verzorging in de eigen omgeving en de mogelijkheden voor medisch noodzakelijk verblijf in de Zvw.

Een nieuwe wijze van organiseren van de zorg voor kwetsbare ouderen vergt creatieve en vernieuwende bekostigingsmodaliteiten. De discussie daarover moet gevoerd worden met de Nederlandse Zorgautoriteit.



## 6 Noodzakelijke randvoorwaarden

Er is een aantal randvoorwaarden verbonden aan de succesvolle realisatie van integrale zorg volgens de genoemde oplossingsrichtingen. Deze randvoorwaarden komen voort uit de inventarisatie van IQ healthcare en uit onze gesprekken met experts en stakeholders. We willen benadrukken dat het om een weergave gaat van hetgeen door betrokken partijen is aangedragen.

### **Inzicht in capaciteit (in)formele zorgverleners en zorgvoorzieningen**

Zorgverleners ervaren capaciteitstekorten vaak als knelpunt. Het tekort aan wijkverpleegkundigen en waarnemers in de huisartsenzorg wordt steeds nijpender. Vroeger speelde dit vooral in de krimpregio's, tegenwoordig heeft iedere regio een tekort aan deskundige zorgverleners.

Het is lastig om capaciteitsproblemen voor afzonderlijke delen van de keten op te lossen. Je kunt de benodigde zorgcapaciteit pas inschatten als de patient journey van de oudere bekend is, d.w.z. welke zorg nodig is en wie daarvoor verantwoordelijk is. Dan pas kan bijvoorbeeld escalatie van verpleging thuis afgewogen worden tegen de intramurale bedden capaciteit.

De problemen in de zorg voor kwetsbare ouderen worden naar onze mening niet opgelost door geïsoleerde capaciteitsverruiming. Nieuwe problemen vragen om een nieuwe aanpak. Dit laat onverlet dat rekening moet worden gehouden met de noodzaak van een andere capaciteitsverdeling, mogelijk gecombineerd met gerichte verruiming.

### **Wet- en regelgeving**

De bedoelingen van de wetgever bij de transitie van de zorg vanuit de AWBZ naar de Wlz, Zvw en Wmo, hebben niet altijd de praktijk bereikt. Hierdoor worden niet alle wettelijke mogelijkheden optimaal benut. Overheid en ondersteuningsorganisaties moeten in de toekomst beter communiceren en het veld meer betrekken bij wetwijzigingen.

VWS, het Zorginstituut en de NZa hebben een start gemaakt om passende geneeskundige en verpleegkundige zorg thuis al dan niet met tijdelijk verblijf (ELV, GRZ, extramurale behandeling) te faciliteren. Ook de zorgval (met verschil in zorg en eigen bijdrage) tussen de Zvw en de Wlz voor thuiswonenden heeft de aandacht van VWS, zorgverzekeraars en zorgkantoren.

### **Scholing en deskundigheidsbevordering**

Om goede integrale zorg te leveren, hebben de zorgverleners nieuwe competenties nodig. Zowel in de opleiding als in de nascholing zal er aandacht moeten komen voor deskundigheid op het gebied van:

- persoonsgerichte zorg w.o. gezamenlijke besluitvorming,
- interprofessionele samenwerking,
- wijkgerichte zorg
- implementatie van het ouderenzorgprogramma.

### **Informatievoorziening en ICT**

Er is een aantal belemmeringen voor samenwerking en gegevensoverdracht in de zorg. De overheid kan deze wegnemen door meer regie te nemen op de

verschillende informatiesystemen. De vele verschillende informatiesystemen vormen een belangrijke barrière voor de digitale ontsluiting van het zorgdossier. Een ander aandachtspunt dat genoemd is, is aanpassing van de privacywetgeving. Zowel de huidige als de nieuwe privacywetgeving belemmeren samenwerking in de keten, aldus de zorgaanbieders.

Daarnaast is er behoefte aan de volgende voorzieningen:

*Centraal informatieloket* waar ouderen en hun naasten vragen kunnen stellen over:

- zorg-, wonen- en welzijnsmogelijkheden,
- de werkwijze om daarvoor in aanmerking te komen,
- en de (tegemoetkoming in de) financiering.

Een "*sociale kaart*" waar zorgverleners kunnen zien welke lokale zorgvoorzieningen en specifieke expertise in de regio aanwezig.

Een *regionaal loket* dat zorgverleners helpt de kwetsbare oudere op een "juiste" plaats te krijgen. Via dit regionale loket moet *real-time* zichtbaar zijn welke diverse zorgvoorzieningen op een bepaald moment beschikbaar zijn (o.a. GRZ, AGZ, ELV). De zorgverzekeraars hebben aangegeven hiermee al een heel eind op weg te zijn.

### **Cultuurverandering en attitude**

De overgang naar integrale zorg in samenhang met andere domeinen vereist een cultuurverandering. Zorgverleners moeten intrinsiek gemotiveerd zijn om deze verandering te maken. Het gevoel van urgentie moet aangewakkerd worden bij zorgverleners. Het werk in de zorg kan aantrekkelijker worden gemaakt door een positievere attitude ten opzichte van ouderen.

## 7 Vervolgstappen

Gebaseerd op onze analyse van de knelpunten en mogelijke oplossingen formuleren we mogelijke vervolgstappen. Deze moeten leiden tot samenhangende en passende zorg voor kwetsbare ouderen thuis.

Daarvoor is het ons inziens nodig dat er in Nederland een gemeenschappelijk beeld ontstaat van de doelgroep(en) en de relevante kenmerken. Vervolgens is het nodig dat betrokken partijen het initiatief nemen om gezamenlijk vast te stellen hoe goede zorg en ondersteuning aan deze groep er uit moet zien. Op basis hiervan kunnen afspraken gemaakt worden over taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen.

In deze notitie is ook een aantal randvoorwaarden opgenomen, die door veldpartijen zijn genoemd in de sfeer van bekostiging en wet- en regelgeving. Ook hiervoor geldt dat een gezamenlijke agendering bijdraagt aan het realiseren van deze randvoorwaarden.

### **Tot slot**

Deze vervolgstappen passen binnen het Pact voor de Ouderenzorg en sluiten goed aan bij de door de minister ingestelde Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek'.

Integrale zorg staat en valt bij het elkaar kennen en het elkaar opzoeken. Korte lijntjes tussen alle zorg- en hulpverleners enerzijds en de kwetsbare ouderen en hun naasten/mantelzorgers anderzijds werken nu eenmaal het allerbeste. Het gaat om vertrouwen dat de ander het ook kan of zelfs beter, en ook zekerheid dat die ander het oppakt.



# **Bijlage 1**

**Kwetsbare ouderen in Nederland: omvang, zorggebruik en kosten**

*big data analyses*

## Inleiding

Met behulp van *big data* geven we in deze bijlage extra inzichten in de groep kwetsbare ouderen in Nederland. Tevens kan de gebruikte dataset van het kwantitatieve onderzoek ook in de toekomst gebruikt worden bij verdere ondersteuning door het Zorginstituut aan alle veldpartijen.

Er zijn veel definities van het begrip "kwetsbaarheid" in relatie tot het begrip "ouder". In deze startnotitie hanteren we de definitie van het Sociaal Cultureel Planbureau (2011): "*Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)*". Deze definitie geeft een kwalitatieve beschrijving van de doelgroep, maar geeft weinig houvast (door o.a. het ontbreken van gegevens m.b.t. psychische en sociale tekorten in het functioneren) bij het in kaart brengen van de omvang van de groep kwetsbare ouderen en hun zorggebruik in declaratiedata. Ook met bestaande algoritmes zoals de UPRIM<sup>7</sup> bleek het niet goed mogelijk om conform de definitie van het SCP de groep kwetsbare ouderen te identificeren in alle zorgdata.

Daarom is teruggegrepen op de patient journey: zorg thuis → 'acuut event' → vervolgzorg. Het 'acuut event' uit deze patient journey kan worden gebruikt als een element dat alle kwetsbare ouderen met elkaar gemeen hebben en wat we in de data kunnen terugvinden.

Voor de kwantitatieve analyses definiëren we het acuut event als volgt:

- Opname in het ziekenhuis (minimaal 1 nacht) via de SEH/EHH/huisarts;
- Visite huisarts buiten kantooruren;
- Minimaal 4 huisartscontacten in 7 dagen (escalatie huisartsenzorg);
- Eén maand verhoogd gebruik van wijkverpleging na een maand laag verbruik (escalatie wijkverpleegkundige zorg.).

Dit event gebruiken we als uitgangspunt om de omvang van de groep kwetsbare ouderen, het zorggebruik en de kosten in kaart te brengen met behulp van 'big data'. Hiermee bepalen we niet alleen de incidentie, maar ook welke zorg er 6 maanden tot 3 jaar voorafgaand aan het acute event is gebruikt. Op basis hiervan kunnen we voorspellers voor het optreden van een acuut event identificeren. Het acuut event kunnen we opsplitsen in een 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn event.<sup>8</sup>

Dit is een nieuwe manier van kijken naar kwetsbare ouderen met behulp van (declaratie)data. Het is de verwachting dat op deze manier een selectie gemaakt wordt op de meest kwetsbare ouderen, die daadwerkelijk een event hebben gehad, maar dat je op deze manier wel iedereen selecteert die een event heeft doorgemaakt, ongeacht wat de oorzaak van kwetsbaarheid was.

---

<sup>7</sup> UPRIM is een algoritme, ontwikkeld door het Julius Centrum van het UMCU, om kwetsbare ouderen te identificeren in de huisartsenregistratie.

<sup>8</sup> 1<sup>ste</sup> lijn event bestaat uit de huisartscontacten en de wijkverpleging; 2<sup>de</sup> lijn event uit de opnames.

## **Materiaal en methoden**

### **Datasets**

Zorginstituut Nederland (ZIN) stimuleert de continue kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg en het voor iedereen toegankelijk maken van begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Om deze wettelijke taak goed te kunnen uitvoeren, kan er gebruik gemaakt worden van de zorgprestatiedeclaraties (Zpd) welke via Vektis door de zorgverzekeraars geleverd worden aan ZIN. Deze declaraties zijn gepseudonimiseerd en bevatten in principe alle zorg geleverd onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (WLZ) van alle verzekerde Nederlanders. Tevens is gebruik gemaakt van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van ZIN, waarin gepseudonimiseerde declaraties zitten met betrekking tot de extramurale farmacie en hulpmiddelen die geleverd worden door de zorgverzekeraars. Het pseudonimiseren gebeurt door een Trusted Third Party en zorgt voor declaraties die niet tot een individueel persoon zijn te herleiden.

### **Studiepopulatie**

Analyses zijn gedaan op de jaren 2013 t/m 2016 op alle zorg geleverd onder de Zvw en de Wlz (2016 is het meest recente jaar met volledige declaraties die beschikbaar waren op het moment van onderzoek). Voor de analyses binnen dit project is gebruik gemaakt van de declaraties van de zorgverzekeraars die in alle jaren volledig hebben aangeleverd. Indien geen sprake is van volledige aanlevering, zijn verzekerden van deze verzekeraars geëxcludeerd in verdere analyses. Voor dit project betekende dat, dat 2016 als uitgangspunt werd genomen en dat de geïnccludeerde verzekerden in 2016 ook voor de jaren 2013 t/m 2015 een volledige set declaraties moesten hebben. Omdat geëxcludeerd is op verzekeraarsniveau, was de aanname dat deze geëxcludeerde verzekerden niet substantieel afweken in relevante variabelen van de geïnccludeerde groep verzekerden. Tevens moesten verzekerden een valide geboortedatum hebben, een valide postcode, en een definieerbare huisartspraktijk.

Vervolgens werd voor het onderzoek een selectie gemaakt op alle mensen van 65 jaar of ouder in 2016 (precieze geboortedata waren niet bekend, daarom werd gebruik gemaakt van het geboortekwartaal en werd de leeftijd op 1 juli bepaald). Binnen deze groep ouderen werd daarna gekeken of deze mensen thuis woonden of verbleven in een Wlz-instelling. Mensen die een declaratie in de Wlz in 2015 hadden voor een zorgprofiel met verblijf (ZZP V&V) of een declaratie in de Wlz in 2015 hadden voor een Volledig Pakket Thuis (VPT) werden geëxcludeerd (eenduidig met de NZa Monitor Ouderzorg 2018).

### **Het acuut event**

Om iets te kunnen zeggen over de mate van kwetsbaarheid van ouderen die thuis wonen en het daarmee samenhangende zorggebruik, werd gekozen om te kijken naar zogenaamde 'evenwicht versturende events' (het acuut event). Dit event werd in samenspraak met zorginhoudelijke experts gedefinieerd als:

- Opname in het ziekenhuis via de SEH; of
- Opname in het ziekenhuis op de Eerste Hart Hulp; of
- Opname in het ziekenhuis via de huisarts; of
- Visite van de huisarts buiten kantooruren; of
- Escalatie huisartsenzorg; of
- Escalatie wijkverpleging.

Deze sub events zijn onder te verdelen in 1<sup>ste</sup> lijn events en 2<sup>de</sup> lijn events. De eerste drie

werden gescoord als 2<sup>de</sup> lijn event en de laatste drie als 1<sup>ste</sup> lijn events. Zie **Tabel 1** voor een volledig overzicht van de precieze definities van alle sub events.

**Tabel 1: Volledige definitie events.**

Event-nummer	Omschrijving	Definitie
1	Opname in het ziekenhuis via de SEH	Het hebben van een declaratie voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling; of</li> <li>• Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis; en</li> <li>• Verblijfsdag in hetzelfde ziekenhuis op dezelfde dag als het SEH-contact of de dag erna.</li> </ul>
2	Opname in het ziekenhuis op de Eerste Hart Hulp	Het hebben van een declaratie voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verblijfsdag in een ziekenhuis met als declarerend specialisme Cardiologie plus een diagnose voor hartfalen en;</li> <li>• Geen doorverwijzing uit de eerste lijn of via een ander ziekenhuis en;</li> <li>• Geen event 1 op dezelfde dag.</li> </ul>
3	Opname in het ziekenhuis via de huisarts	Het hebben van een declaratie voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisartsencontact (gewoon consult of visite binnen of buiten kantooruren) of;</li> <li>• Huisartsencontact voor Intensieve Zorg en;</li> <li>• Verblijfsdag in een ziekenhuis op dezelfde dag of de dag erna en;</li> <li>• Geen event 1 of event 2 op dezelfde dag.</li> </ul>
4	Visite van de huisarts buiten kantooruren	Het hebben van een declaratie voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisartsencontact voor visite buiten kantooruren of;</li> <li>• Geen event 1 of event 2 of event 3 op dezelfde dag.</li> </ul>
5	Escalatie huisartsenzorg	Het hebben van vier declaraties binnen zeven dagen voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisartsencontact (gewoon consult, telefonische consult, visite, of Intensieve Zorg, binnen of buiten kantooruren) en;</li> <li>• Geen event 1 of event 2 of event 3 in dezelfde zeven dagen.</li> </ul>
6	Escalatie wijkverpleging	Het hebben van een totaal vergoed bedrag in één maand voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijkverpleging, minder dan gemiddeld (€960) en;</li> <li>• Wijkverpleging, meer dan anderhalf keer gemiddeld (€1440) in de daarop volgende maand.</li> </ul>

Het event is dus gebaseerd op Zwv zorggebruik, hiervoor zijn declaraties beschikbaar. Events die meer met het sociale domein zijn geassocieerd zoals wegvallen mantelzorg, eenzaamheid, etc. kunnen helaas niet worden meegenomen.



## Het zorgtraject

Om meer inzicht te krijgen in zorgtrajecten van de thuiswonende ouderen werden voor het onderzoek een aantal tijdstippen vastgesteld. Events werden gescoord binnen het jaar 2016. Daarnaast werd gekeken naar bepaalde uitkomsten 6 maanden na het event: overlijden, instroom in Wlz-instelling (ZZP V&V en/of VPT) of thuis wonend. Deze uitkomsten werden tevens binnen het jaar 2016 geanalyseerd. Omdat dit hetzelfde jaar betreft, werd voor verschillende analyses gekeken naar ouderen met een event in de eerste helft van 2016 (voor 1 juli 2016) en wat voor uitkomst daarop volgde in de tweede helft van 2016 (na 1 juli 2016). Tevens werd voor deze groep gekeken wat het zorggebruik in de 6 maanden voor het event was (datum eerste event 2016 - 180 dagen) en het zorggebruik in de 3 jaren voor het event.

## Onderzochte variabelen

De onderzochte variabelen zijn gehaald uit de literatuur en hebben met name met betrekking op de verschillende frailty tools (zoals de Tilburg/Groningen Frailty Indicator). Tevens moesten de variabelen ook beschikbaar zijn in de declaraties (zorg die valt onder het basispakket Zvw) of variabelen vanuit een andere bron die te koppelen waren aan de declaraties. Dit zorggebruik in de 6 maanden voor het event werd tevens gebruikt in logistische regressie modellen om hun voorspelbaarheid op het risico voor het krijgen van een event te testen. De volgende variabelen werden meegenomen:

- Geslacht;
- Leeftijd (bepaald op 1 juli 2016);
- Huisartsencontacten (consulten, telefonische consulten, visites) zowel binnen als buiten kantooruren (teruggerekend naar meer of minder dan gemiddeld gebruik binnen dezelfde leeftijdscategorie van de algemene populatie);
- Wijkverpleging (als totaal gedeclareerd bedrag per maand, waarbij geldt dat dit meer dan €70 moest zijn [ongeveer 1 uur]; daadwerkelijk aantal uren waren niet beschikbaar vanwege de invoering van integrale prestaties), er kan terug gekeken worden vanaf 2015 toen de wijkverpleging naar de Zvw ging;
- Fysiotherapie;
- Hulpmiddelen voor mobiliteit;
- Hulpmiddelen voor incontinentie;
- Wlz-zorg in de thuisomgeving (Modulair Pakket Thuis [MPT] of PGB);
- Extramurale Behandeling Thuis via de toen geldende subsidieregeling;
- Eerstelijns Verblijf (ELV) via toen geldende subsidieregeling;
- Geriatrische Revalidatiezorg;
- Polyfarmacie (chronisch gebruik [ $\geq 90$  defined daily doses] van 5 of meer geneesmiddelen in 1 jaar exclusief dermatica), waarbij per jaar gekeken kan worden;
- De Sociaal-Economische Status (SES) van de postcode van de verzekerde (gegevens van het Sociaal Cultureel Planbureau);
- De mate van stedelijkheid van de postcode van de verzekerde (gegevens van het Centraal Bureau voor Statistiek);
- Of er één of meer personen op het adres waren ingeschreven in één jaar (2015) (gegevens van de Risicoverevening Zorginstituut);
- Of er in 2015 één persoon op het adres was ingeschreven terwijl dat in het jaar ervoor niet zo was (gegevens van de Risicoverevening Zorginstituut);
- Het hebben van een chronische aandoening (waarbij onderscheid gemaakt kon worden in 33 verschillende aandoeningen op basis van zorggebruik uit het verleden);<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Op basis van zorgdeclaraties met betrekking tot de gehele Zvw-zorg, werd bepaald of verzekerden in een bepaald jaar gescoord konden worden voor bekende chronische aandoeningen. Op basis van de Nederlandse richtlijnen kon met behulp van de data 33 verschillende aandoeningen worden onderscheiden, enkel deze zijn meegenomen in de selectie.

## **Kosten**

Voor de studiepopulatie is tevens gekeken naar de kosten van het zorggebruik. Enkel de kosten voor Zvw en Wlz waren beschikbaar hiervoor. Bron van de kostendata is de dataset Basic welke door Vektis aangeleverd wordt aan ZIN voor de Zvw kosten en Zpd voor de Wlz kosten. Kosten werden weergegeven in totalen per jaar (uitgesplitst in Wlz en Zvw, waarbij Zvw nog weer verder uitgesplitst werd in verschillende zorgsectoren). Tevens werden de kosten berekend in gemiddelden per verzekerde per dag. Hierbij werd gecorrigeerd voor de totale verzekerde duur (in dagen) van elke verzekerde in 2016. Op deze manier werd gecorrigeerd in de kosten voor verzekerden die gedurende het jaar overleden dan wel emigreerden.

## **Analyses**

Analyses werden gedaan op de totale geïncludeerde populatie en vergeleken met verzekerden met een event in 2016 (verder uitgesplitst in een 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn event). Resultaten werden nog verder uitgesplitst in de leeftijdscategorieën 65 tot 75 jaar, 75 tot 85 jaar en 85 jaar en ouder. Alle analyses werden gedaan met behulp van SAS (SAS Institute, Cary, NC, VS) en Excel (Microsoft, Redmond, WA, VS).

## **Statistische modellen**

De voorspellende modellen zijn ontwikkeld middels logistische regressie. De uitkomstvariabele, het acuut event, is voor de totale studiepopulatie gemeten in de periode 1 januari 2016 – 30 juni 2016. Indien er binnen deze periode een acuut event optrad, betrof de datum van dit event de index ofwel event datum. Indien er binnen deze periode geen event optrad, betrof de index datum 30 juni 2016.

Vervolgens werd het zorggebruik, alsook de (sociaal)demografische variabelen in de 6 maanden voorafgaande aan de index datum gespecificeerd. Indien een ander tijdsinterval is gebruikt, is dit vermeld. Middels logistische regressie analyse zijn de univariate en de multivariate odds ratios (ORs) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen voor de voorspellers voor het risico op het acuut event onderzocht.

Er zijn twee verschillende voorspellende modellen ontwikkeld; specifiek voor een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn en voor een acuut event in de 2<sup>de</sup> lijn. Reden hiervoor is dat een aantal variabelen voor zorggebruik, zoals het krijgen van wijkverpleging en het hebben van meer dan 2x het gemiddelde aantal huisartscontacten (visites/consulten), samenhangen met enkele uitkomstvariabelen voor een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn (escalatie huisartsenzorg of wijkverpleegkundige zorg).

De voorspellende waarde van de modellen is onderzocht middels de C-statistic (discriminatie) en middels vergelijking van het gemiddelde voorspelde risico met het gemiddelde geobserveerde risico (kalibratie).

In een sensitiviteitsanalyse is onderzocht in welke mate een verandering van de definitie 'escalatie van huisartsenzorg' invloed had op de voorspellers binnen de modellen. Deze definities betreffen:  $\geq 4$  huisartscontacten (exclusief telefonische contacten) binnen 7 dagen en  $\geq 3$  huisartscontacten (exclusief telefonische contacten) binnen 7 dagen.

Tot slot zijn de gemiddelde zorgkosten (Zvw + Wlz) voor de studiepopulatie over het jaar 2016 geplot als functie van het voorspelde absolute risico op een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn en in de 2<sup>de</sup> lijn middels de logistische regressiemodellen voor het 5<sup>de</sup>, 25<sup>e</sup>, 75<sup>e</sup>, 95<sup>e</sup> percentiel van het voorspelde absolute risico.

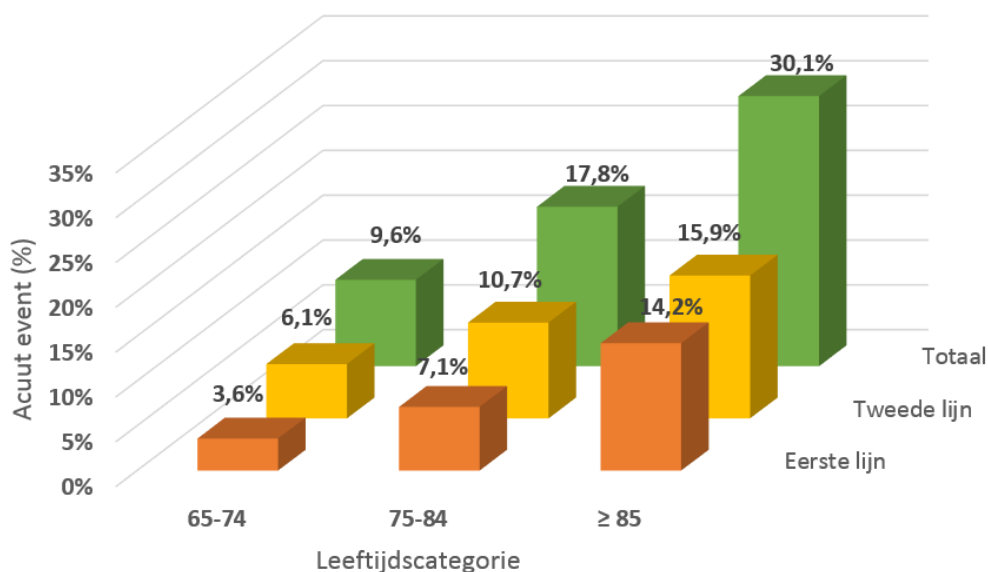
## Resultaten

### Studiepopulatie

Van de in totaal 3.184.990 verzekerde thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder zijn 2.529.425 geïnccludeerd in de studiepopulatie (exclusie voor verzekerden die niet in alle jaren in de dataset zaten [n=9558], voor overlijden of opname in een WLZ instelling vóór juli 2016 [n=186.333], voor een niet volledig aanleverende verzekeraar [n=380.756] of ongedefinieerde huisartspraktijk [n=210.419] in de jaren 2013 t/m 2016). De gemiddelde leeftijd van de studiepopulatie bedraagt 74 jaar, 53% is vrouw, en 29% is alleen wonend (**Tabel 1**).

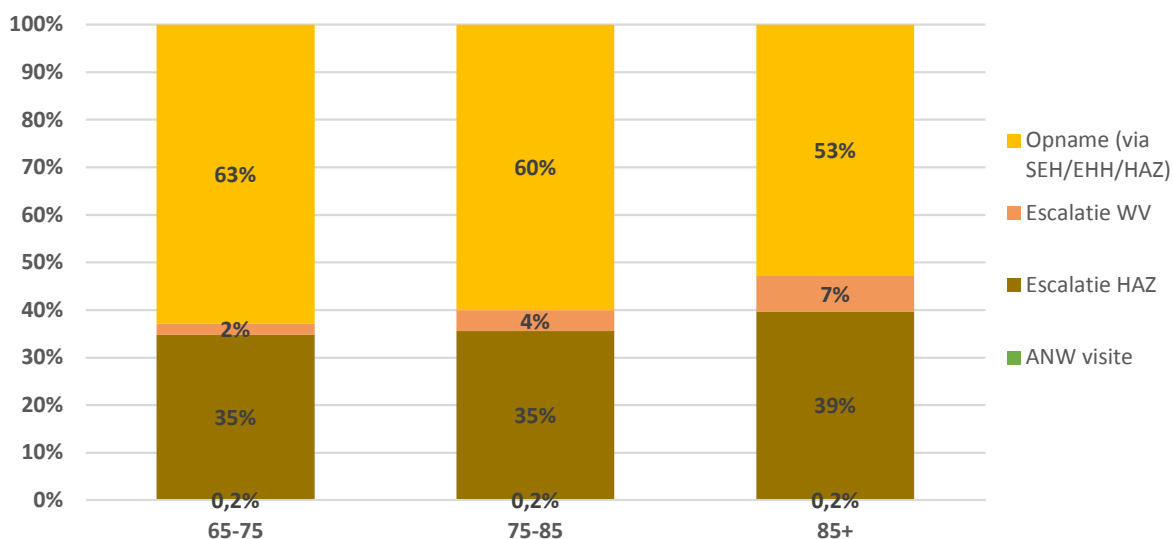
Binnen deze populatie kreeg 14% minstens één acuut event in het jaar 2016.

**Figuur 1** laat zien dat deze proportie oploopt met de leeftijd en dat het aandeel acute events in de 1<sup>ste</sup> lijn voor een groter deel bijdraagt aan het totale aantal acute events binnen 85+ers (47%) dan in de andere leeftijdscategorieën (75-84 jaar: 40%, 65-74 jaar: 38%).



**Figuur 1.** Proportie met een acuut event in de 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> lijn in 2016, uitgesplitst naar leeftijdscategorie. Acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn: avond-nacht-weekend (ANW) visite en/of escalatie huisartsenzorg (≥4 contacten binnen 7 dagen) en/of escalatie wijkverpleegkundige zorg (kosten maand  $n <$  gemiddelde kosten i.c.m. kosten maand  $n+1 \geq 1,5x$  gemiddelde kosten). Acuut event in de 2<sup>de</sup> lijn: opname in het ziekenhuis voor minstens 1 dag via de spoedeisende hulp (SEH), de eerste hart hulp (EHH), of via de huisarts (HAZ)

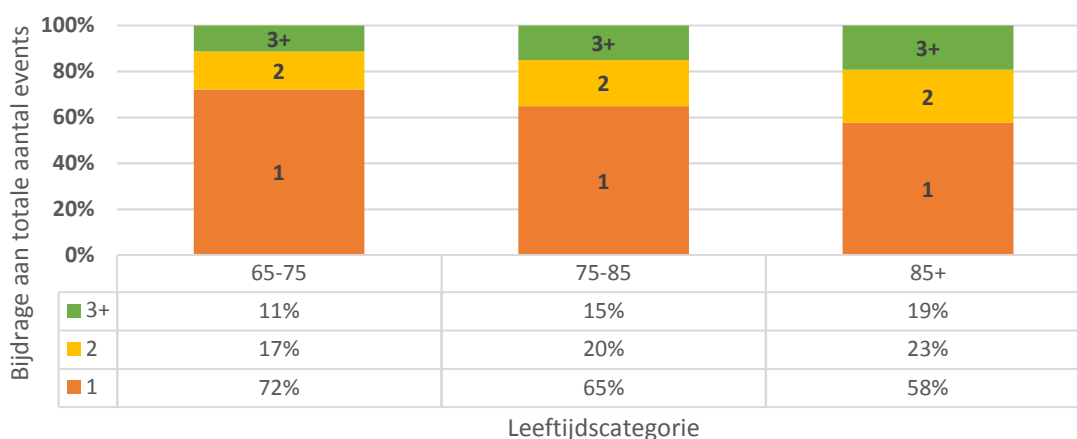
Indien wordt uitgesplitst naar het type event, blijkt dat een SEH contact met daaropvolgend een ziekenhuisopname van minstens één dag, alsook escalatie van huisartsenzorg voor het grootste deel bijdragen aan het totale aantal acute events (**Figuur 2**). Escalatie van wijkverpleegkundige zorg treedt vaker op binnen 85+ers.



**Figuur 2.** Type 1<sup>e</sup> acuut event in 2016, uitgesplitst naar leeftijdscategorie. Afkortingen: WV; wijkverpleging, HAZ; huisartsenzorg, ANW; avond-nacht-weekend, EHH; eerste hart hulp, SEH; spoedeisende hulp.

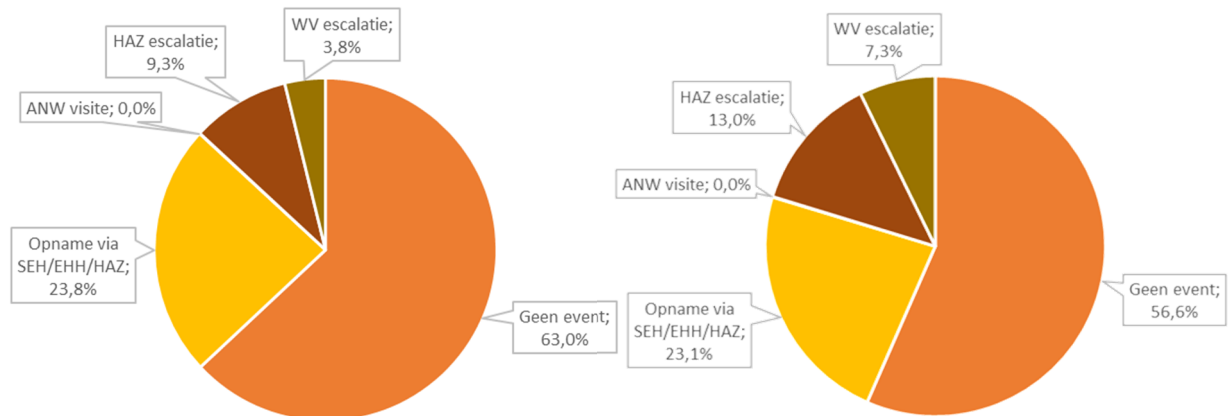
Met toenemende leeftijd neemt het jaarlijkse risico op het optreden van meerdere events per verzekerde toe (**Figuur 3**). Binnen 85+ers ondergaat 42% een tweede event en 19% drie of meer events binnen hetzelfde jaar.

De gemiddelde tijd tussen een eerste en een tweede event bedraagt respectievelijk 20, 25, en 31 dagen binnen de leeftijdscategorieën 65-74 jaar, 75-84 jaar, en 85+ jaar.



**Figuur 3.** Bijdrage van het aantal acute events per verzekerde aan het totale aantal acute events in 2016, uitgesplitst naar leeftijdscategorie.

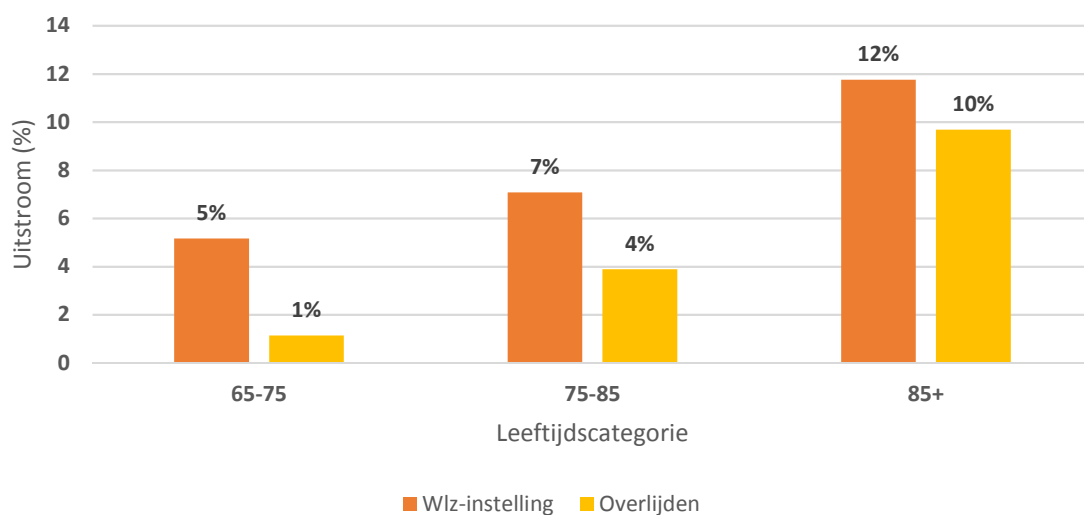
Wanneer er wordt gekeken naar wat gebeurt specifiek na een SEH-event, zien we dat binnen 6 maanden 24-23% (75-84 jaar, 85+ jaar) opnieuw een ziekenhuisopname van minstens één dag heeft (via SEH/EHH of huisarts) (**Figuur 4**).



**Figuur 4.** Uitkomsten binnen 6 maanden na een SEH contact met opname, voor 75-84 jaar (*links*) en 85+ jaar (*rechts*). Afkortingen: WV; wijkverpleging, HAZ; huisartsenzorg, EHH; eerste hart hulp, SEH; spoedeisende hulp.

In totaal werd 3% in een eerstelijnsverblijf (ELV) opgenomen na een eerste SEH contact met opname. De gemiddelde ELV opnameduur was 23 dagen (mediaan 27 dagen) binnen alle leeftijdscategorieën (wettelijke maximale duur is 3 maanden).

In **Figuur 5** staat, per leeftijdscategorie, weergegeven welke proportie binnen 6 maanden is uitgestroomd naar een WLZ-instelling of is overleden na het eerste acuut event in 2016. De uitstroom is het meest hoog binnen 85+ers. Binnen 6 maanden stroomde 12% in een WLZ-instelling in en was 10% overleden.



**Figuur 5.** Uitstroom (opname in een WLZ-instelling of overlijden) binnen 6 maanden na het eerste acuut event in 2016, uitgesplitst naar leeftijdscategorie

### Zorggebruik

De ouderen met een acuut event gebruiken meer zorg dan de ouderen zonder een event. Met name huisartsenconsulten en -visites, gebruik van wijkverpleging en het krijgen van meerdere geneesmiddelen ligt bij de ouderen met een acuut event hoger.

Het zorggebruik binnen de algemene populatie ouderen, alsook binnen de populatie met minstens één acuut event in 2016 staat weergegeven in **Tabel 1**.

### Huisarts

In de algemene populatie van 65+ers bedraagt het gemiddelde aantal huisartsconsulten en visites per half jaar respectievelijk 3,2 (oplopend tot 5,2 binnen 85+ers) en 0,19 (oplopend tot 1,7 binnen 85+ers). Dit ligt in de eventgroep een factor 2 tot 7 hoger met gemiddeld 7,4 consulten en 1,3 visites in het voorafgaande half jaar.

De proportie met meer dan 2x het gemiddelde aantal consulten of visites ligt een factor 3 tot 4 hoger in de event groep ten opzichte van de algemene populatie van 65+ers (**Tabel 1**).

In **Figuur 6** staat, voor 85+ers, weergegeven dat het gebruik van huisartsenzorg toeneemt in de drie jaren voor het eerste acuut event in 2016. In de algemene populatie van 85+ers blijft de vraag naar huisartsenzorg, voor zowel consulten als visites, meer constant over de tijd. Eenzelfde trend wordt waargenomen binnen de overige leeftijdscategorieën (data niet getoond).

Bij uitsplitsing naar het type event (1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> lijn), valt op dat de stijgende trend sterker is in de jaren voor een event in de 1<sup>ste</sup> lijn.

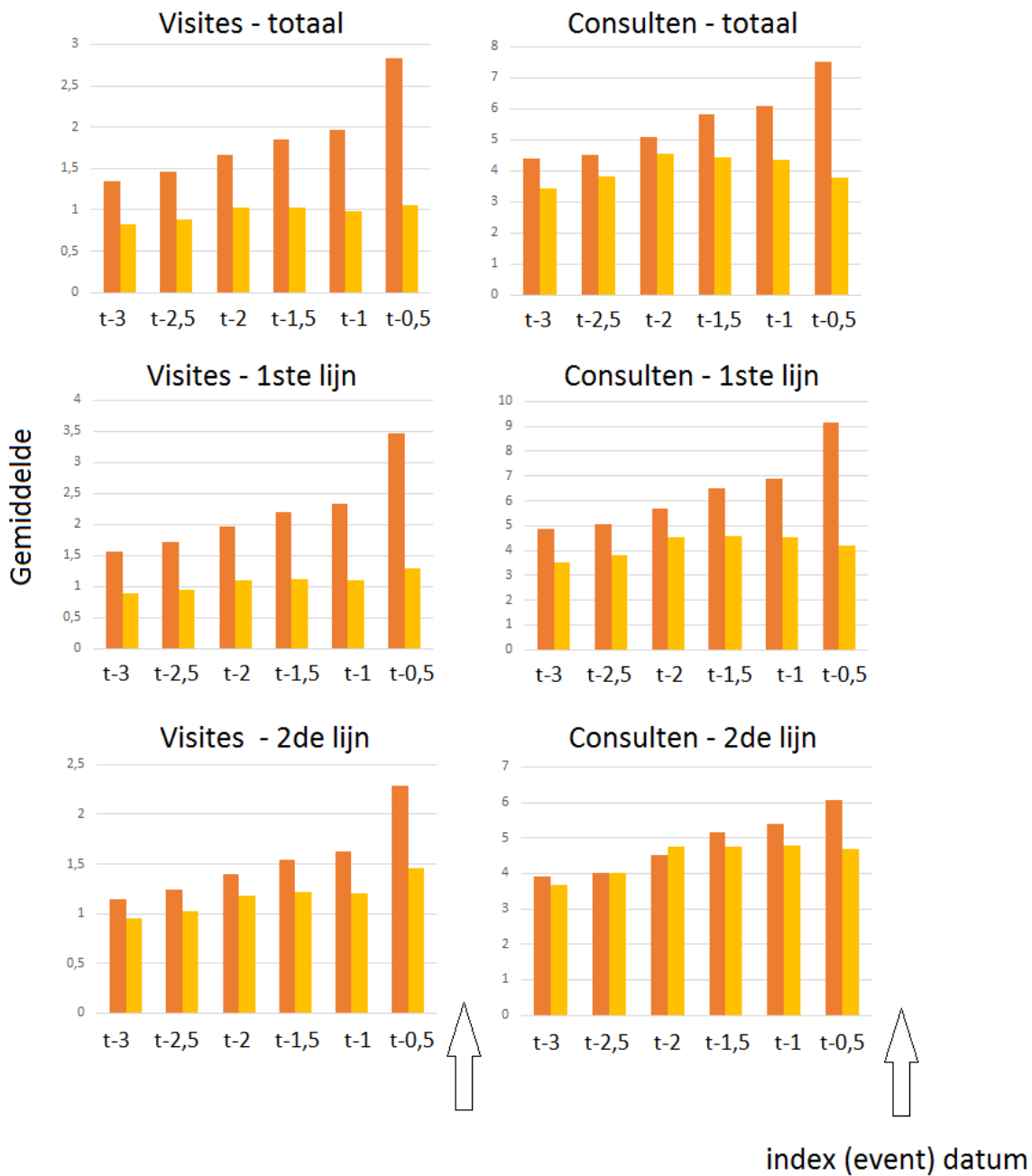
### Wijkverpleging

In de algemene populatie van 65+ers, ontvangt 10% minstens 1 uur (ofwel gemiddeld €70 euro) wijkverpleging in het voorafgaande half jaar. Dit ligt bijna een factor 3 hoger in de populatie van 65+ers met minstens één acuut event (**Tabel 1**).

De frequentie voor het krijgen van wijkverpleging neemt toe met de leeftijd in zowel de algemene populatie alsook binnen de groepen met een acuut event, waarbij er een hoger gebruik blijft bestaan in de event groepen binnen alle leeftijdscategorieën.

Van de 85+ers met een acuut event, ontvangt 45% geen of minder dan 1 uur wijkverpleging in het voorafgaande half jaar. Dit ligt hoger in event groepen voor de leeftijdscategorieën 75-84 jaar (71%) en 65-74 jaar (87%).

Voor de wijkverpleging kan 1,5 jaar worden teruggekeken, vanaf het moment dat het overgeheveld is naar de Zvw. In **Figuur 7** staat, voor 85+ers, weergegeven dat het gebruik (uitgedrukt in gemiddelde kosten) van wijkverpleging toeneemt in de anderhalf jaar voor het eerste acuut event in 2016. Bij uitsplitsing naar het type event (in de 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> lijn), valt op dat de stijgende trend sterker is in de periode voor een event in de 1<sup>ste</sup> lijn.



**Figuur 6.** Gemiddeld aantal huisarts visites (*links*) en consulten (*rechts*) binnen 85+ers in de 3 jaren voor het eerste acuut event (*oranje balken*) of voor de index datum (*gele balken*) in 2016 indien er geen event plaatsvond, tevens uitgesplitst voor een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn en 2<sup>de</sup> lijn. T-3: 3 jaar vóór index (event) datum, tot t-0,5: half jaar vóór index (event) datum.



**Figuur 7.** Gemiddelde kosten voor wijkverpleging binnen 85+ers in de 1,5 jaar voor het eerste acuut event (*oranje balken*) of voor de index datum (*gele balken*) in 2016 indien er geen event plaatsvond, tevens uitgesplitst voor een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn en 2<sup>de</sup> lijn. T-1,5: 1,5 jaar vóór index (event) datum, tot t-0,5: half jaar vóór index (event) datum.

#### Overig zorggebruik

Het vóórkomen van polyfarmacie is hoog (30% versus 50% binnen 65+ers in de algemene populatie en in de event groep). Dit geldt met name voor de 85+ers (respectievelijk 49% versus 59%).

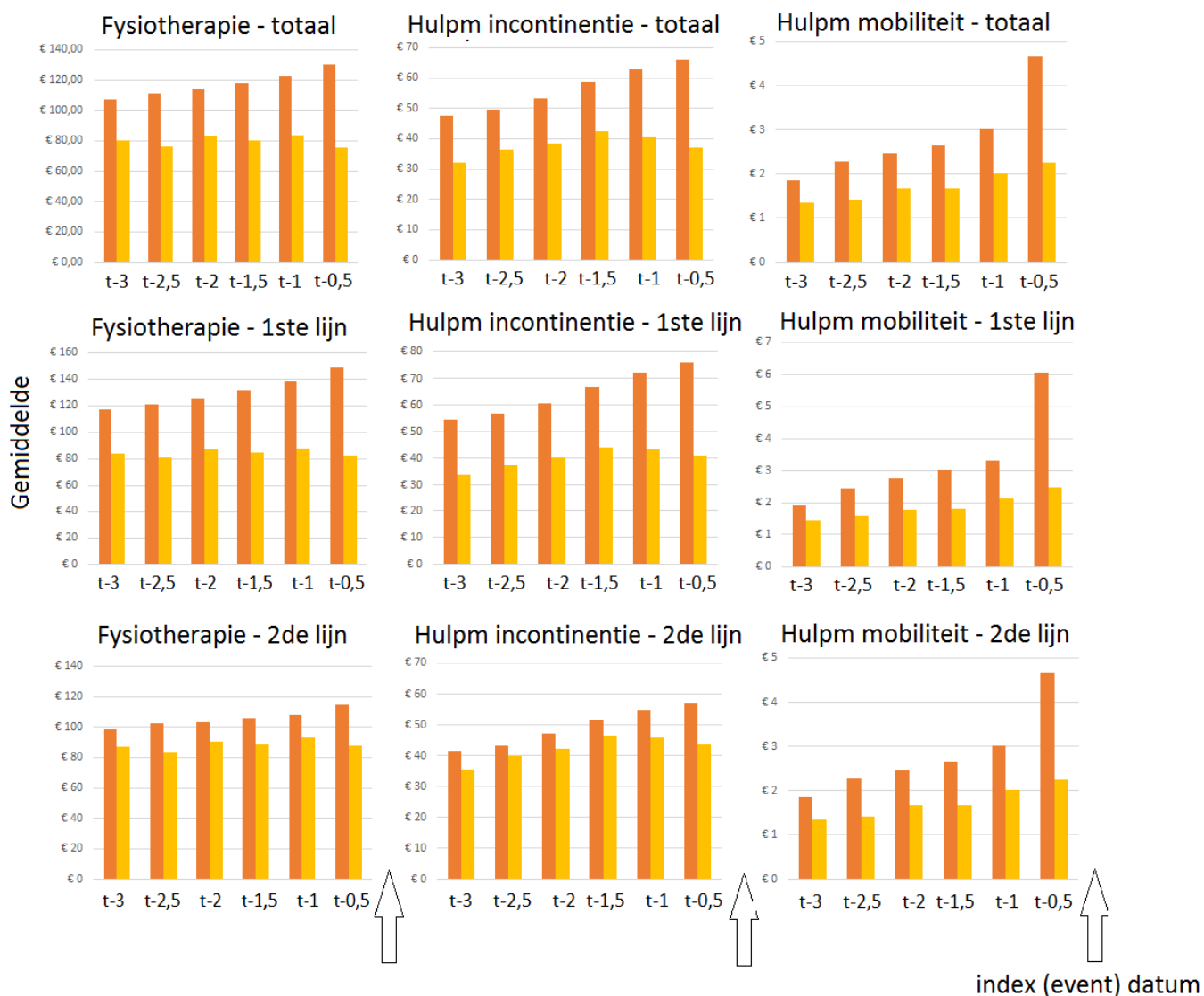
Naast polyfarmacie neemt ook het gebruik van hulpmiddelen t.b.v. incontinentie toe met toenemende leeftijd, zowel in de algemene populatie als in de event groep.

Slechts een kleine groep ontvangt extramurale Wlz-zorg (MPT en/of PGB) (1% versus 1% in de algemene populatie 65+ers en in de event groep) of zorg via de subsidieregeling 'Wlz extramurale behandeling' (1% versus 1% in de algemene populatie 65+ers en in de event



groep) in de voorafgaande 6 maanden.

In **Figuur 8** staat, voor 85+ers, weergegeven dat het gebruik (uitgedrukt in gemiddelde kosten) van fysiotherapie, alsook van hulpmiddelen t.b.v. incontinentie en mobiliteit toeneemt in de drie jaren voor het eerste acuut event in 2016. Bij uitsplitsing naar het type event (in de 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> lijn), valt op dat de stijgende trend sterker is in de periode voor een event in de 1<sup>ste</sup> lijn.



**Figuur 8.** Gemiddelde kosten voor fysiotherapie, hulpmiddelen t.b.v. incontinentie en mobiliteit binnen 85+ers in de 3 jaren voor het eerste acuut event (oranje balken) of voor de index datum (gele balken) in 2016 indien er geen event plaatsvond, tevens uitgesplitst voor een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn en 2<sup>de</sup> lijn. T-3: 3 jaar vóór index (event) datum, tot t-0,5: half jaar vóór index (event) datum.

## Voorspellende modellen voor een acuut event in de 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn

Op basis van voorspellende modellen hebben wij een aantal kenmerken kunnen identificeren die zijn geassocieerd met een verhoogd risico op het krijgen van een acuut event.

Gecorrigeerd voor alle andere kenmerken zijn dit onder andere: leeftijd, het hebben van meerdere chronische aandoeningen en eerder zorggebruik. Daarnaast zijn er verschillen tussen de risicofactoren voor het krijgen van een 1<sup>ste</sup> lijn event en een 2<sup>de</sup> lijn event.

Onderstaande kenmerken blijken belangrijke onafhankelijke voorspellers voor een hoger risico op een acuut event in zowel de 1<sup>ste</sup> (**Tabel 2a** en **Figuur 9**) als in de 2<sup>de</sup> lijn (**Tabel 2b** en **Figuur 9**):

- leeftijd: hoe ouder hoe hoger het risico op een event
- aantal chronische aandoeningen (comorbiditeit): hoe meer hoe hoger het risico op een event
- het 6 maanden voorafgaand aan het event opgenomen zijn in een Eerstelijnsverblijf (ELV) (1<sup>ste</sup> lijn: 1,6 x hoger risico, 2<sup>de</sup> lijn: ruim 3 maal hoger risico) of het krijgen geriatrische revalidatiezorg (GRZ) in de voorafgaande 6 maanden (1<sup>ste</sup> lijn: ruim 3 maal hoger risico, 2<sup>de</sup> lijn: 1,5x hoger risico).

Daarnaast specifiek voor een 1<sup>ste</sup> lijn event:

- het alleenwonend worden in het voorafgaande jaar (22% hoger risico)

En specifiek voor een 2<sup>de</sup> lijn event:

- het hebben van meer dan 2x het gemiddelde aantal huisartsencontacten (consulten en visites) in het voorafgaande half jaar (visites: 2,6x hoger risico, consulten: 1,6x hoger risico)
- het hebben van meer dan 1 uur (uitgedrukt in gemiddelde kosten  $\geq$  €70) wijkverpleging in het voorafgaande half jaar (37% tot 11% hoger risico, afhankelijk van het aantal ontvangen uren).

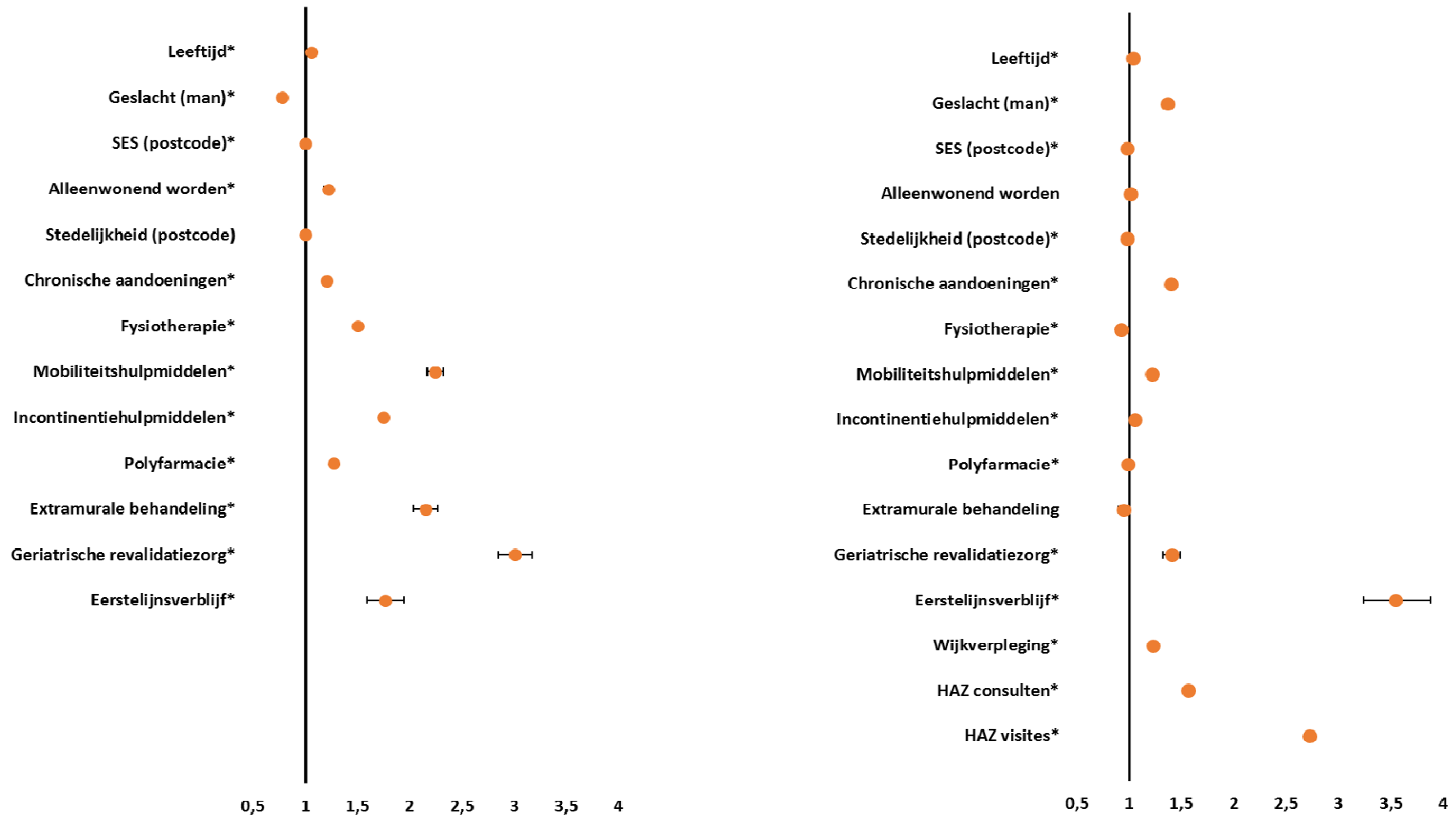
Op basis van de postcode is zowel stedelijkheid van de woonomgeving en Sociaal Economische Status (SES) in de modellen opgenomen. Een toenemende SES is geassocieerd met een lager risico op een acuut event in de 2<sup>de</sup> lijn. Dit geldt tevens voor het wonen in een minder stedelijk gebied, het krijgen van fysiotherapie en voor blootstelling aan polyfarmacie. Het krijgen van fysiotherapie en polyfarmacie blijken echter wel onafhankelijke voorspellers voor een event in de 1<sup>ste</sup> lijn (1,5 en 1,3 x hoger risico).

Een verandering in woonstatus naar 'alleen wonend' in het voorafgaande jaar, blijkt geen significante voorspeller voor een event in de 2<sup>de</sup> lijn.

Verder valt op dat mannen een kwart minder risico lopen op een event in de 1<sup>ste</sup> lijn (23%), terwijl zij een 35% hoger risico hebben op een acuut event in de 2<sup>de</sup> lijn dan vrouwen.

Sensitiviteitsanalyses laten zien dat een aanpassing van de definitie 'escalatie huisartsenzorg' als onderdeel van een 1<sup>ste</sup> lijn event, van  $\geq 4$  contacten (inclusief telefonische contacten) binnen 7 dagen naar  $\geq 4$  contacten (exclusief telefonische contacten) binnen 7 dagen (V2), of  $\geq 3$  contacten binnen 7 dagen (V3), soortgelijke effectschatters laten zien voor de (socio)demografische variabelen en voor de variabelen voor zorggebruik (**Tabel 2a**).

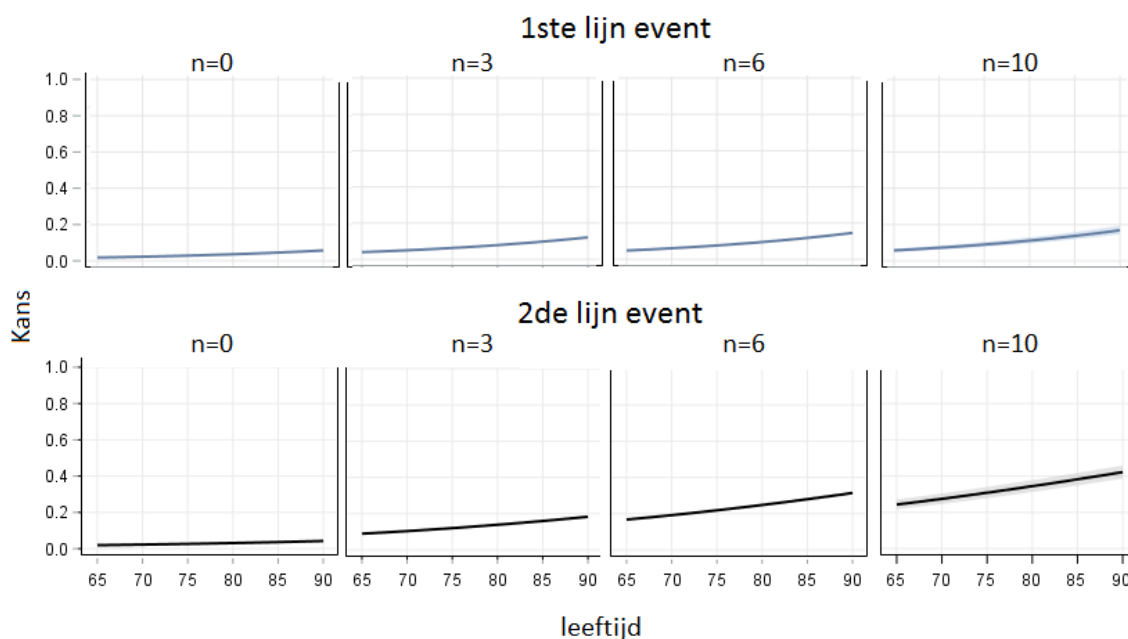
Zie **Tabellen 2a en 2b** en **Figuur 9** voor een volledig overzicht van de voorspellers voor een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn en 2<sup>de</sup> lijn, afkomstig uit univariate en multivariate logistische regressiemodellen.



**Figuur 9.** Odds ratio's met 95% betrouwbaarheidsinterval (x-as) voor het risico op een 1<sup>e</sup> lijn event (*links*) of een 2<sup>e</sup> lijn event (*rechts*) afkomstig uit multivariate logistische regressiemodellen. Significantie is aangegeven met een sterretje (\*).

De multivariate modellen voor een event in de 1<sup>ste</sup> en de 2<sup>e</sup> lijn hebben een C-statistic van respectievelijk 0,73 en 0,76. Dit betekent dat de modellen in 73% danwel 76% van de gevallen een hoger risico op een acuut event in de 1<sup>ste</sup> of 2<sup>e</sup> lijn voorspellen binnen ouderen die daadwerkelijk een acuut event krijgen ten opzichte van ouderen zonder event. De gemiddelde absolute voorspelde risico's (1<sup>ste</sup> lijn 5,7%, 2<sup>de</sup> lijn 8,4%) komen overeen met de geobserveerde risico's (1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn: 5,7% en 8,4% krijgen daadwerkelijk een event). Daarmee hebben de modellen een redelijke voorspellende waarde voor een acuut event in de 1<sup>ste</sup> danwel de 2<sup>de</sup> lijn.

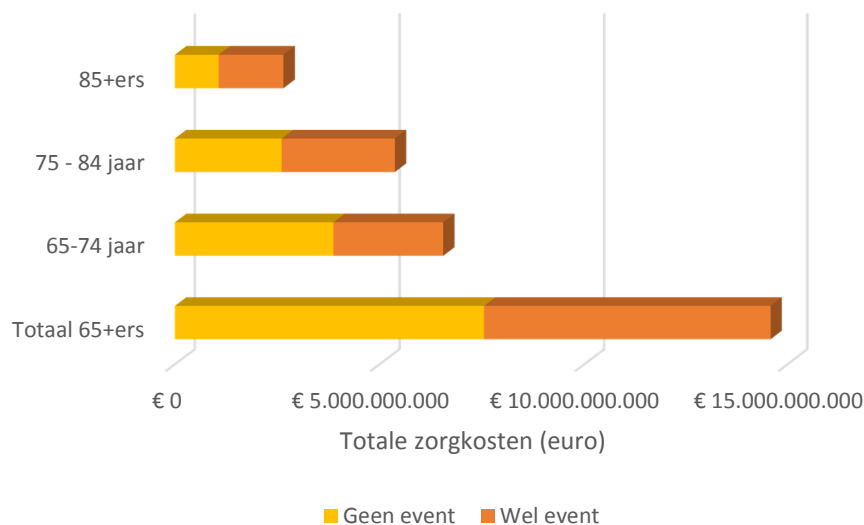
**Figuur 10** toont het absoluut voorspelde risico op een acuut event in de 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> lijn, door de multivariate modellen, als functie van de leeftijd en gestratificeerd voor het aantal comorbiditeiten. Hieruit blijkt eveneens dat het absolute risico toeneemt met toenemende leeftijd en tevens met een toenemend aantal comorbiditeiten na correctie voor (sociaal)demografische variabelen en voor zorggebruik. Een 80 jarige met 10 chronische aandoeningen, en met een gemiddeld (sociaal)demografisch profiel en zorggebruik zoals weergegeven in **Tabel 1**, heeft een absoluut risico van bijna 20% op een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn. Dit is risico betreft bijna 40% voor een event in de 2<sup>de</sup> lijn.



**Figuur 10.** Het gecorrigeerde absoluut voorspelde risico op een acuut event in de 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> lijn (y-as) als functie van leeftijd (x-as) en gestratificeerd voor het aantal chronische aandoeningen (n=0 tot n=10).

### Kosten

De ouderen met een event maken hogere zorgkosten dan de ouderen zonder een event. Bijna de helft van de zorgkosten (Zvw + Wlz) van de studiepopulatie (48%) is in 2016 gemaakt door de 65+ers met een event, hoewel zij 14% van de totale studiepopulatie uitmaken (**Figuur 11**, oranje balken). Voor de studiepopulatie komt dat neer op ruim €7 miljard (**Tabel 3**). **Tabel 3** geeft tevens weer dat een groot deel van deze kosten worden gemaakt binnen de groep die na het event weer naar huis terugkeert.



**Figuur 11.** Zorgkosten (Zvw, Wlz) in het jaar 2016, uitgesplitst naar de studiepopulatie met en zonder acuut event en per leeftijdscategorie

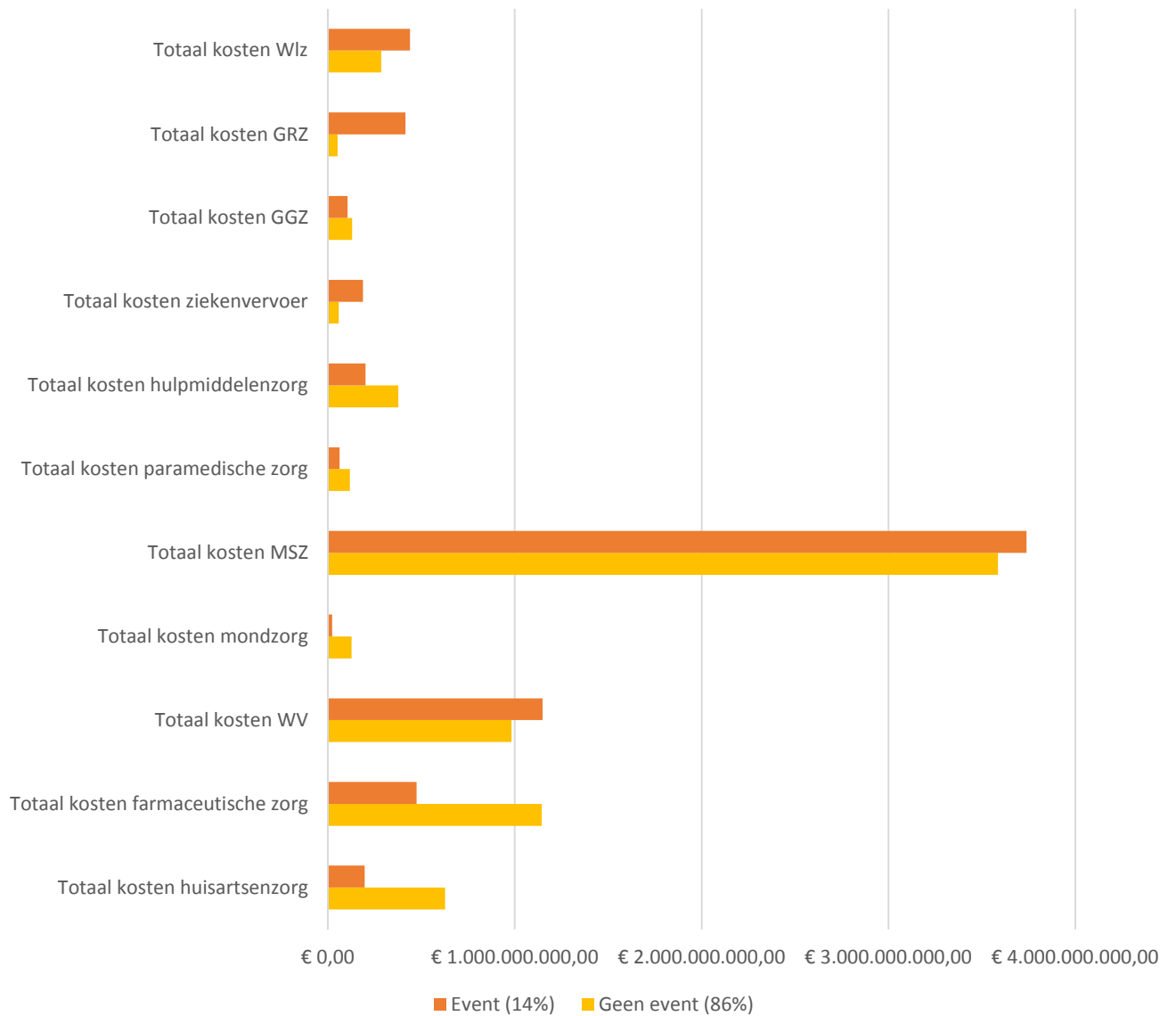
In **Tabel 4** staan de gemiddelde zorgkosten per dag weergegeven. Hieruit blijkt dat de populatie die na een acuut event instroomt in een WLZ instelling en daarna eventueel alsnog overlijden, de hoogste gemiddelde dagelijkse zorgkosten maken. Relatief gezien, maken de ouderen die na een acuut event weer naar huis terugkeren hoge kosten, met gemiddelde dagelijkse zorgkosten die, afhankelijk van de leeftijdscategorie, 3 – 10 x hoger liggen dan binnen de populatie thuiswonende ouderen die geen acuut event hebben ondergaan.

**Figuur 12** toont voor de studiepopulatie van 65+ers een uitsplitsing van de totale zorgkosten (Zvw + Wlz) naar verschillende kosten categorieën.

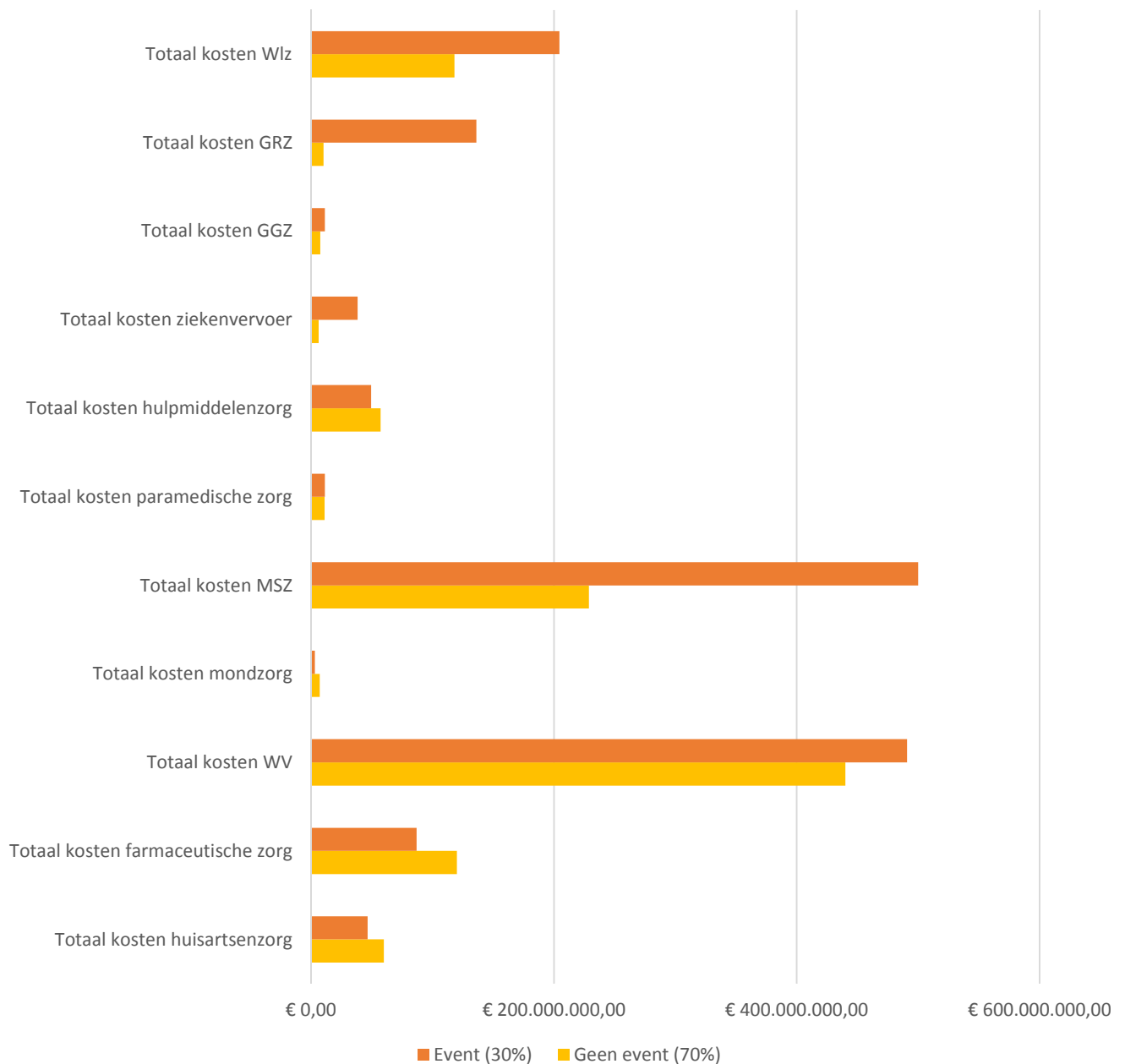
De zorgkosten binnen de populatie 65+ers met een acuut event worden gedreven door de kosten voor medisch specialistische zorg, met uitgaven van € 3,7 miljard binnen 14% van alle 65+ers met een acuut event tegenover zo'n € 3,6 miljard binnen de overige 86% van de 65+ers zonder acuut event.

Tevens zijn in 2016 binnen de 65+ers met een acuut event hogere kosten gemaakt binnen de geriatrische revalidatiezorg, ziekenvervoer, de wijkverpleging en in de wet langdurige zorg ten opzichte van de rest van de 65+ers.

Eenzelfde patroon wordt gezien binnen de verschillende leeftijdscategorieën, en is getoond voor 85+ers in **Figuur 13**.



**Figuur 12.** Zorgkosten (Zvw + Wlz) in 2016 uitgesplitst naar kosten categorieën binnen de studiepopulatie van 65+ers met een acuut event (14% 65+ers, *oranje balken*) en zonder acuut event (86% 65+ers, *gele balken*).  
 Afkortingen: Wlz; Wet Langdurige zorg, GRZ; geriatrie revalidatiezorg, GGZ; geestelijke gezondheidszorg, MSZ; medisch specialistische zorg, WV; wijkverpleging.



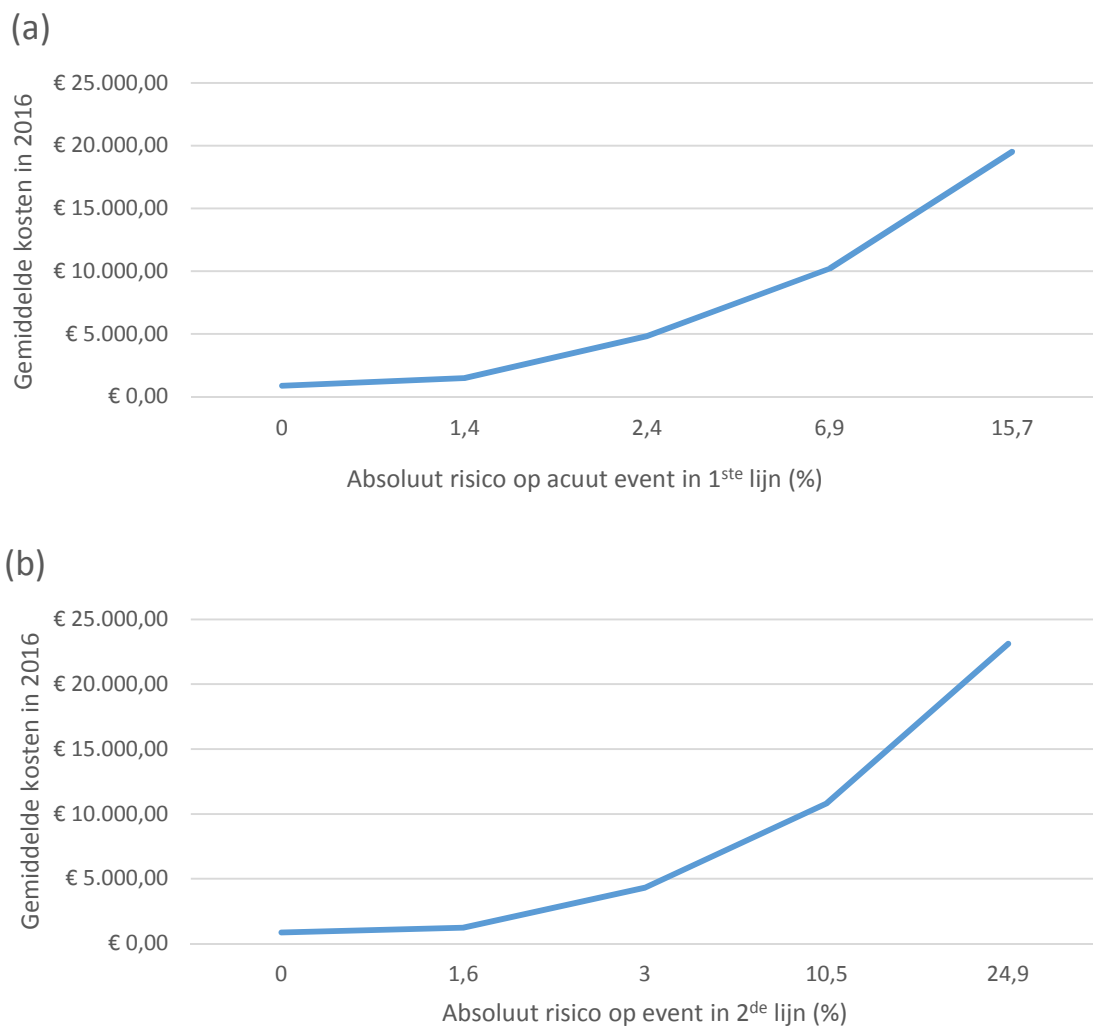
**Figuur 13.** Zorgkosten (Zvw + Wlz) in 2016 uitgesplitst naar kosten categorieën binnen de studiepopulatie van 85+ers met een acuut event (30% 85+ers, *oranje balken*) en zonder acuut event (70% 85+ers, *gele balken*).

Afkortingen: Wlz; Wet Langdurige zorg, GRZ; geriatrische revalidatiezorg, GGZ; geestelijke gezondheidszorg, MSZ; medisch specialistische zorg, WV; wijkverpleging.

### Het voorspelde absolute risico op een acuut event en kosten

In onderstaande figuren zijn de gemiddelde zorgkosten (Zvw + Wlz) voor de studiepopulatie over het jaar 2016 geplot als functie van het voorspelde absolute risico op een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn (a) en in de 2<sup>de</sup> lijn (b).

Te zien valt dat de gemiddelde jaarlijkse totale zorgkosten oplopen met een toenemend voorspeld risico op een acuut event in zowel de 1<sup>ste</sup> als in de 2<sup>de</sup> lijn (**Figuur 14**).



**Figuur 14.** Gemiddelde totale zorgkosten (Zvw + Wlz) in 2016 voor de studiepopulatie, als functie van het voorspelde risico op een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn (a) of 2<sup>de</sup> lijn (b), middels de logistische regressie modellen.



**Tabel 1.** Kenmerken van de algemene oudere populatie, en ouderen met een acuut event (in 2016), gestratificeerd naar leeftijdscategorie

	<b>≥ 65 jaar</b>		<b>65-74 jaar</b>		<b>75-84 jaar</b>		<b>≥ 85 jaar</b>	
	<b>Totaal</b>	<b>Met event</b>	<b>Totaal</b>	<b>Met event</b>	<b>Totaal</b>	<b>Met event</b>	<b>Totaal</b>	<b>Met event</b>
<b>Totaal aantal (n)</b>	2529425	355930	1509876	145499	783453	139302	236096	71129
Leeftijd (gemiddelde, standaarddeviatie)	74 (7)	77 (8)	69 (3)	69 (3)	79 (3)	79 (3)	88 (3)	89 (3)
Per leeftijdscategorie (%)								
65 - 74 jaar	60	41	100	100	0	0	0	0
75 - 84 jaar	31	39	0	0	100	100	0	0
≥ 85 jaar	9	20	0	0	0	0	100	100
Vrouw (%)	53	45	51	50	55	55	65	65
<b>Woonstatus</b>								
Alleen wonend in 2015 (%)	29	37	21	25	34	37	60	61
Werd alleen wonend in 2015 (%)	2	3	1	2	2	3	3	3
<b>Socio-economische status</b>								
SES (Statusscore 14, gemiddelde)	-0.20	-0.29	-0.16	-0.28	-0.25	-0.32	-0.27	-0.28
Per score categorie (%)								
Score < -0,82	25	28	23	27	26	28	27	28
-0,82 ≤ Score < 0,02	27	27	27	27	28	28	28	27
0,02 ≤ Score < 0,66	26	25	26	25	25	24	24	24
Score ≥ 0,66	22	20	23	20	21	19	21	21
<b>Huisarts contacten (%)</b>								
>2 x gemiddeld aantal consulten*	7	24	7	31	8	25	4	11
>2x gemiddeld aantal visites**	8	28	6	26	10	28	17	32
<b>Overig zorggebruik (%)</b>								
Polyfarmacie, 1 jaar (%)	30	50	23	42	39	55	49	59
Fysiotherapie, 6mnd (%)	21	30	20	30	23	32	23	29
Categorie L hulpmiddelen, 6 mnd (%)***	1	3	1	2	1	3	3	5
Categorie A hulpmiddelen, 6mnd (%)****	9	19	4	10	12	20	28	36

	<u>≥ 65 jaar</u>		<u>65-74 jaar</u>		<u>75-84 jaar</u>		<u>≥ 85 jaar</u>	
	Totaal	Met event	Totaal	Met event	Totaal	Met event	Totaal	Met event
Wijkverpleging, 6 mnd (%)*****	10	28	3	13	13	29	39	55
€ 70 < gemiddeld bedrag < € 960	3	8	1	5	4	9	9	12
€ 960 ≤ gemiddeld bedrag < € 1440	1	2	0	1	1	3	4	4
gemiddeld bedrag ≥ € 1440	6	18	2	7	7	17	27	39
Geriatrische revalidatiezorg, 6 mnd (%)	0	1	0	1	0	1	1	2
Eerste lijnsverblijf, 6 mnd (%)	0	0	0	0	0	1	0	1
WLZ EMB, 6 mnd (%)	0	1	0	0	1	1	1	2
WLZ thuis, 6 mnd (%)	1	1	0	1	1	1	3	3
<b>Chronische aandoeningen (%)</b>	<b>73</b>	<b>91</b>	<b>67</b>	<b>89</b>	<b>81</b>	<b>93</b>	<b>85</b>	<b>91</b>
Kanker	18	26	16	28	21	28	18	21
Diabetes mellitus type 1	1	3	1	3	2	3	2	3
Diabetes mellitus type 2	17	23	15	22	20	24	18	20
Schildklier	7	9	6	8	7	10	8	10
Alcohol / drugs problematiek	0	0	0	1	0	0	0	0
Schizofrenie	0	1	0	1	0	0	0	0
Stemmings/angststoornis	5	7	5	8	5	7	4	5
Persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0	0	0
Parkinson	1	2	1	2	2	3	1	2
Epilepsie	1	3	1	3	1	3	1	2
Migraine	1	2	1	2	1	1	0	1
MS	0	0	0	0	0	0	0	0
Gezichts-aandoening	11	14	8	11	15	16	18	18
Gehooraandoening	15	20	9	11	20	22	32	33
Acuut coronair syndroom	8	14	7	16	9	15	7	9
Angina Pectoris	5	9	3	6	6	10	11	15

	<u>≥ 65 jaar</u>		<u>65-74 jaar</u>		<u>75-84 jaar</u>		<u>≥ 85 jaar</u>	
	Totaal	Met event	Totaal	Met event	Totaal	Met event	Totaal	Met event
Hartfalen	4	12	3	9	6	14	11	17
Perifere vaatziekten	1	3	1	3	2	3	1	2
Beroerte	2	9	1	8	3	9	3	8
Pulmonaire Hypertensie	0	0	0	0	0	0	0	0
Klepstoornis	3	5	2	4	4	6	4	5
Chronisch Veneuze Insufficiëntie	1	2	1	1	1	2	1	2
COPD / astma	16	28	15	28	18	29	18	25
Ziekte van Crohn	1	1	1	1	1	1	1	1
Leverstoornis	0	1	0	1	0	0	0	0
Huidaandoeningen	11	15	10	14	12	16	13	16
Inflammatoire gewrichtsaandoening	7	11	6	11	8	12	7	9
Artrose	6	8	6	8	7	9	7	8
Nek / rugklachten	6	9	6	10	7	10	6	7
Osteoporose	5	9	4	8	6	11	8	10
Schouderklachten	1	1	1	1	1	1	1	1
Nieraandoening	2	6	2	5	3	7	3	5

\*Gemiddeld aantal consulten in de voorafgaande 6 maanden per leeftijdscategorie: 3,8 (65-74 jaar), 4,8 (75-84 jaar), 5,2 (≥85 jaar)

\*\* Gemiddeld aantal visites in de voorafgaande 6 maanden per leeftijdscategorie: 0,13 (65-74 jaar), 0,5 (75-84 jaar), 1,7 (≥85 jaar)

\*\*\*Hulpmiddelen t.a.v. mobiliteit

\*\*\*\*Hulpmiddelen t.a.v. incontinentie

\*\*\*\*\* Declaraties (per 5 minuten) optellend tot 1 uur of meer, uitgaande van een gem. max uurtarief van €70,43. Gemiddeld is binnen verzekerden met minstens 1 declaratie voor wijkverpleegkundige zorg voor € 960,- per maand aan wijkverpleging afgenomen. De afkapwaarde van € 1440,- staat voor een afname van wijkverpleging van 1,5x het gemiddelde.

**Tabel 2a.** Voorspellers voor een acuut event in de 1<sup>ste</sup> lijn

Variabele	Event in 1 <sup>ste</sup> lijn			Event in 1 <sup>ste</sup> lijn V2*	Event in 1 <sup>ste</sup> lijn V3**
	N <sub>event</sub>	OR univariaat	OR multivariaat	OR multivariaat	OR multivariaat
Leeftijd (per jaar toename)	143162	1,08 (1,08 - 1,08)	1,05 (1,05 - 1,06)	1,06 (1,06 - 1,07)	1,04 (1,04 - 1,04)
Mannelijk geslacht	52701	0,65 (0,65 - 0,66)	0,77 (0,76 - 0,78)	0,88 (0,87 - 0,90)	0,83 (0,83 - 0,84)
Sociaal economische status					
Missende waarde	360	0,62 (0,56 - 0,69)	0,91 (0,82 - 1,02)	0,79 (0,65 - 0,95)	0,81 (0,74 - 0,89)
Score < -0,82	39104	1.00	1.00	1.00	1.00
-0,82 ≤ Score < 0,02	38724	0,89 (0,88 - 0,90)	0,95 (0,94 - 0,96)	0,91 (0,88 - 0,93)	0,97 (0,96 - 0,99)
0,02 ≤ Score < 0,66	35481	0,86 (0,85 - 0,87)	0,97 (0,95 - 0,98)	0,87 (0,85 - 0,89)	0,93 (0,92 - 0,95)
Score ≥ 0,66	29493	0,84 (0,82 - 0,85)	0,98 (0,96 - 0,99)	0,87 (0,84 - 0,89)	0,96 (0,95 - 0,98)
Alleen wonend worden ja/nee (6 mnd)	4015	1,52 (1,47 - 1,57)	1,22 (1,18 - 1,26)	1,24 (1,18 - 1,31)	1,13 (1,10 - 1,16)
Stedelijk gebied (aantal adressen per km <sup>2</sup> )					
Zeer stedelijk (≥2500)	25964	1.00	1.00	1.00	1.00
Sterk stedelijk (1500-2500)	39790	0,92 (0,91 - 0,94)	0,94 (0,92 - 0,95)	0,90 (0,88 - 0,93)	0,95 (0,93 - 0,96)
Matig stedelijk (1000-1500)	26022	0,88 (0,86 - 0,89)	0,94 (0,92 - 0,96)	0,96 (0,93 - 0,99)	0,99 (0,98 - 1,01)
Weinig stedelijk (500-1000)	28430	0,92 (0,91 - 0,94)	0,99 (0,97 - 1,01)	1,13 (1,10 - 1,17)	1,12 (1,10 - 1,13)
Niet stedelijk (<500)	22937	0,85 (0,84 - 0,87)	0,97 (0,95 - 0,99)	1,25 (1,21 - 1,29)	1,21 (1,19 - 1,23)
Chronische aandoeningen					
Score = 0	15318	1.00	1.00	1,00	1.00
Score = 1	29726	1,96 (1,93 - 2,00)	1,62 (1,59 - 1,65)	1,63 (1,58 - 1,69)	1,53 (1,50 - 1,55)
Score = 2	32185	2,99 (2,93 - 3,05)	2,11 (2,07 - 2,15)	2,08 (2,01 - 2,16)	1,92 (1,89 - 1,95)
Score = 3	26545	4,03 (3,95 - 4,11)	2,49 (2,44 - 2,54)	2,38 (2,29 - 2,47)	2,19 (2,15 - 2,23)
Score = 4	17850	4,95 (4,84 - 5,06)	2,75 (2,69 - 2,82)	2,53 (2,43 - 2,64)	2,41 (2,36 - 2,46)
Score = 5	10939	6,16 (6,00 - 6,32)	3,15 (3,06 - 3,24)	2,87 (2,73 - 3,00)	2,71 (2,64 - 2,77)
Score = 6	5965	7,37 (7,15 - 7,61)	3,55 (3,43 - 3,67)	3,11 (2,93 - 3,29)	3,00 (2,92 - 3,10)

Score = 7	2790	8,46 (8,01 - 8,84)	3,84 (3,67 - 4,02)	3,33 (3,09 - 3,59)	3,23 (3,10 - 3,37)
Score = 8	1237	10,4 (9,78 - 11,1)	4,60 (4,30 - 4,92)	4,12 (3,71 - 4,58)	3,51 (3,30 - 3,74)
Score = 9	407	10,7 (9,6 - 12,0)	4,61 (4,12 - 5,17)	3,33 (2,75 - 4,04)	3,38 (3,04 - 3,77)
Score ≥ 10	200	14,0 (11,9 - 16,4)	5,80 (4,91 - 6,85)	4,35 (3,34 - 5,67)	3,56 (3,02 - 4,20)
Fysiotherapie ja/nee (6 mnd)	49445	2,05 (2,02 - 2,07)	1,49 (1,48 - 1,51)	1,32 (1,29 - 1,35)	1,44 (1,43 - 1,45)
Hulpmiddelen t.b.v. mobiliteit ja/nee (6 mnd)	5241	4,97 (4,81 - 5,13)	2,14 (2,07 - 2,21)	2,35 (2,24 - 2,46)	1,66 (1,61 - 1,72)
Hulpmiddelen t.b.v. incontinentie ja/nee (6 mnd)	33418	3,55 (3,50 - 3,59)	1,68 (1,65 - 1,70)	1,73 (1,69 - 1,77)	1,45 (1,43 - 1,46)
Polyfarmacie ja/nee (1 jr)	72365	2,53 (2,50 - 2,55)	1,25 (1,24 - 1,27)	1,25 (1,22 - 1,27)	1,16 (1,15 - 1,17)
Subsidie extramurale behandeling ja/nee (6 mnd)	1875	4,60 (4,37 - 4,84)	2,27 (2,15 - 2,40)	1,98 (1,83 - 2,15)	1,72 (1,63 - 1,81)
Geriatrische revalidatiezorg ja/nee (6 mnd)	2337	8,52 (8,10 - 8,95)	3,32 (3,15 - 3,51)	3,75 (3,50 - 4,02)	1,72 (1,62 - 1,81)
Eerstelijns verblijf ja/nee (6 mnd)	588	5,10 (4,65 - 5,59)	1,63 (1,47 - 1,79)	2,34 (2,07 - 2,64)	1,36 (1,24 - 1,50)
Extramurale Wlz ja/nee (6 mnd)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Huisartsenconsulten ≥ 2x gemiddeld (6 mnd)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Huisartsenvisites ≥ 2x gemiddeld (6 mnd)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Wijkverpleging (gem kosten, 6 mnd) ***					
gemiddeld bedrag ≤ € 70	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
€ 70 < gemiddeld bedrag < € 960	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
€ 960 ≤ gemiddeld bedrag < € 1440	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
gemiddeld bedrag ≥ € 1440	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt

**Cstat: 0,73**

**Cstat: 0,74**

**Cstat: 0,68**

**Tabel 2b.** Voorspellers voor een acuut event in de tweede lijn

Variabele	Event in tweede lijn		
	N <sub>event</sub>	OR univariaat	OR multivariaat
Leeftijd (per jaar toename)	212768	1,06 (1,06 - 1,06)	1,03 (1,03 - 1,03)
Mannelijk geslacht	107538	1,19 (1,18 - 1,20)	1,35 (1,34 - 1,36)
Sociaal economische status			
Missende waarde	666	0,76 (0,71 - 0,83)	1,15 (1,05 - 1,25)
Score < -0,82	59154	1.00	1.00
-0,82 ≤ Score < 0,02	59148	0,89 (0,88 - 0,91)	0,98 (0,97 - 0,99)
0,02 ≤ Score < 0,66	52097	0,83 (0,82 - 0,84)	0,96 (0,95 - 0,98)
Score ≥ 0,66	41703	0,77 (0,76 - 0,78)	0,94 (0,93 - 0,95)
Alleen wonend worden ja/nee (6 mnd)	4919	1,23 (1,20 - 1,27)	1,02 (0,99 - 1,05)
Stedelijk gebied (aantal adressen per km <sup>2</sup> )			
Zeer stedelijk (≥2500)	38179	1.00	1.00
Sterk stedelijk (1500-2500)	60993	0,96 (0,95 - 0,98)	0,97 (0,96 - 0,99)
Matig stedelijk (1000-1500)	39356	0,90 (0,89 - 0,91)	0,94 (0,93 - 0,96)
Weinig stedelijk (500-1000)	40201	0,88 (0,87 - 0,90)	0,92 (0,91 - 0,94)
Niet stedelijk (<500)	34000	0,86 (0,84 - 0,87)	0,92 (0,91 - 0,94)
Chronische aandoeningen			
Score = 0	15901	1.00	1.00
Score = 1	36667	2,36 (2,31 - 2,40)	2,12 (2,08 - 2,16)
Score = 2	46227	4,26 (4,18 - 4,34)	3,49 (3,43 - 3,56)
Score = 3	41965	6,48 (6,36 - 6,60)	4,90 (4,80 - 5,00)
Score = 4	31594	9,24 (9,06 - 9,43)	6,53 (6,39 - 6,68)
Score = 5	19984	12,3 (12,0 - 12,5)	8,08 (7,89 - 8,28)
Score = 6	11425	16,1 (15,6 - 16,5)	9,92 (9,63 - 10,2)

Score = 7	5483	19,7 (19,0 - 20,4)	11,4 (11,0 - 11,9)
Score = 8	2302	23,5 (22,3 - 24,8)	12,9 (12,1 - 13,6)
Score = 9	856	29,8 (27,3 - 32,5)	16,1 (14,6 - 17,6)
Score ≥ 10	364	33,1 (28,9 - 38,1)	16,1 (14,0 - 18,7)
Fysiotherapie ja/nee (6 mnd)	58512	1,45 (1,44 - 1,47)	0,92 (0,91 - 0,93)
Hulpmiddelen t.b.v. mobiliteit ja/nee (6 mnd)	5146	3,12 (3,03 - 3,23)	1,19 (1,15 - 1,23)
Hulpmiddelen t.b.v. incontinentie ja/nee (6 mnd)	35263	2,26 (2,23 - 2,29)	1,05 (1,03 - 1,06)
Polyfarmacie ja/nee (1 jr)	107330	2,60 (2,57 - 2,62)	0,96 (0,95 - 0,97)
Subsidie extramurale behandeling ja/nee (6 mnd)	1576	2,41 (2,28 - 2,54)	1,00 (0,94 - 1,06)
Geriatrische revalidatiezorg ja/nee (6 mnd)	2095	4,71 (4,47 - 4,95)	1,54 (1,46 - 1,63)
Eerstelijns verblijf ja/nee (6 mnd)	1099	8,48 (7,84 - 9,17)	3,11 (2,86 - 3,40)
Extramurale Wlz ja/nee (6 mnd)	2361	2,00 (1,92 - 2,09)	0,92 (0,87 - 0,96)
Huisartsenconsulten ≥ 2x gemiddeld (6 mnd)	34135	2,81 (2,78 - 2,85)	1,60 (1,58 - 1,63)
Huisartsenvisites ≥ 2x gemiddeld (6 mnd)	52021	4,68 (4,63 - 4,73)	2,67 (2,64 - 2,71)
Wijkverpleging (gem kosten, 6 mnd) *			
gemiddeld bedrag ≤ € 70	164064	1,00	1,00
€ 70 < gemiddeld bedrag < € 960	14406	3,00 (2,95 - 3,07)	1,37 (1,34 - 1,40)
€ 960 ≤ gemiddeld bedrag < € 1440	4179	2,79 (2,70 - 2,89)	1,12 (1,08 - 1,17)
gemiddeld bedrag ≥ € 1440	30119	3,40 (3,36 - 3,45)	1,11 (1,09 - 1,13)

\* Declaraties (per 5 minuten) optellend tot 1 uur of meer, uitgaande van een gem. max uurtarief van €70,43. Gemiddeld is binnen verzekerden met minstens 1 declaratie voor wijkverpleegkundige zorg voor € 960,- per maand aan wijkverpleging afgenomen. De afkapwaarde van € 1440,- staat voor een afname van wijkverpleging van 1,5x het gemiddelde.





**Tabel 3.** Uitsplitsing van zorgkosten (Zvw + Wlz) in 2016 voor de studiepopulatie van 65+ers met en zonder acuut event en de uitkomsten in de daaropvolgende 6 maanden (thuis wonend, opname in een WLZ instelling, overlijden, zowel opname in WLZ instelling als overlijden), verder gestratificeerd naar totale kosten per leeftijdscategorie

<b>65+ers</b>						
	Thuis	Wlz	Overlijden	Wlz + overlijden	Totaal	N (%)
Geen event	€ 7.321.497.945	€ 160.553.084	€ 60.814.673	€ 10.481.529	€ 7.553.347.231 (52%)	2173495 (86%)
Wel event	€ 5.617.039.119	€ 522.758.339	€ 796.225.979	€ 91.331.522	€ 7.027.354.960 (48%)	355930 (14%)
Totaal	€12.938.537.064	€ 683.311.423	€ 857.040.652	€ 101.813.051	€14.580.702.191 (100%)	2529425 (100%)
<b>65 – 74</b>						
	Thuis	Wlz	Overlijden	Wlz + overlijden	Totaal	N (%)
Geen event	€ 3.823.955.058	€ 24.680.865	€ 21.683.596	€ 1.374.196	€ 3.871.693.715 (59%)	1364377 (90%)
Wel event	€ 2.321.968.497	€ 71.713.363	€ 276.097.260	€ 12.373.102	€ 2.682.152.221 (41%)	145499 (10%)
Totaal	€ 6.145.923.555	€ 96.394.228	€ 297.780.856	€ 13.747.298	€ 6.553.845.936 (100%)	1509876 (100%)
<b>75 – 84</b>						
	Thuis	Wlz	Overlijden	Wlz + overlijden	Totaal	N (%)
Geen event	€ 2.519.615.532	€ 66.164.257	€ 21.026.632	€ 3.924.189	€ 2.610.730.611 (49%)	644151 (82%)
Wel event	€ 2.216.445.556	€ 206.856.698	€ 307.719.570	€ 32.404.698	€ 2.763.426.522 (51%)	139302 (18%)
Totaal	€ 4.736.061.088	€ 273.020.955	€ 328.746.202	€ 36.328.887	€ 5.374.157.133 (100%)	783453 (100%)
<b>85+ers</b>						
	Thuis	Wlz	Overlijden	Wlz + overlijden	Totaal	N (%)
Geen event	€ 977.927.354	€ 69.707.962	€ 18.104.445	€ 5.183.144	€ 1.070.922.905 (40%)	164967 (70%)
Wel event	€ 1.078.625.067	€ 244.188.278	€ 212.409.149	€ 46.553.722	€ 1.581.776.216 (60%)	71129 (30%)
Totaal	€ 2.056.552.421	€ 313.896.240	€ 230.513.594	€ 51.736.866	€ 2.652.699.121 (100%)	236096 (100%)

**Tabel 4.** Uitsplitsing van gemiddelde zorgkosten per dag (Zvw + Wlz) in 2016 voor de studiepopulatie van 65+ers met en zonder acuut event en de uitkomsten in de daaropvolgende 6 maanden (thuis wonend, opname in een WLZ instelling, overlijden, zowel opname in WLZ instelling als overlijden), verder gestratificeerd naar gemiddelde dagelijkse kosten per leeftijdscategorie

<b>65+ers</b>				
	Thuis	Wlz	Overlijden	Wlz + overlijden
Geen event	€ 3,81	€ 86,61	€ 16,21	€ 102,87
Wel event	€ 31,41	€ 123,59	€ 85,07	€ 130,30
<b>65 – 74</b>				
	Thuis	Wlz	Overlijden	Wlz + overlijden
Geen event	€ 3,04	€ 90,89	€ 12,35	€ 88,72
Wel event	€ 26,91	€ 150,36	€ 100,15	€ 158,56
<b>75 – 84</b>				
	Thuis	Wlz	Overlijden	Wlz + overlijden
Geen event	€ 5,01	€ 86,55	€ 15,64	€ 104,74
Wel event	€ 32,62	€ 125,81	€ 84,17	€ 133,91
<b>85+ers</b>				
	Thuis	Wlz	Overlijden	Wlz + overlijden
Geen event	€ 7,25	€ 85,71	€ 21,69	€ 106,23
Wel event	€ 40,35	€ 118,02	€ 76,05	€ 123,78

**Inventarisatie  
knelpunten en oplossingsrichtingen  
in de zorg voor  
thuiswonende kwetsbare ouderen**

*Onderdeel project Kwetsbare Ouderen Thuis, KOT*

Maart 2018

dr. Mirjam Garvelink

dr. Marianne Dees

drs. Sander Ranke

dr. Marieke Perry

dr. Jozé Braspenning

## **Inventarisatie knelpunten en oplossingsrichtingen in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen**

*Onderdeel project Kwetsbare Ouderen Thuis, KOT*

Dr. M. Garvelink, wetenschappelijk onderzoeker  
Dr. M. Dees, huisarts, wetenschappelijk onderzoeker  
Drs. S. Ranke, wetenschappelijk medewerker  
Dr. M. Perry, huisarts, wetenschappelijk onderzoeker  
Dr. J. Braspenning, universitair hoofddocent

Dit is een publicatie van IQ healthcare, Radboudumc; maart 2018.

De studie is uitgevoerd in opdracht van Zorginstituut Nederland, ZIN.

## Inhoud

I	<u>Vraagstukken en oplossingsrichtingen op een rij</u> .....	54
1	<u>Visie op het zorgpad</u> .....	55
2	<u>Identificatie doelpopulatie</u> .....	57
3	<u>Zorg</u> .....	57
3.1	<u>Vraagstuk: Zorg- en behandelplan</u> .....	58
3.2	<u>Vraagstuk: Afstemming tussen zorgverleners</u> .....	9
3.3	<u>Vraagstuk: Informatievoorziening</u> .....	60
3.4	<u>Vraagstuk: Capaciteit (in)formele zorgverleners en zorgvoorzieningen</u> .....	61
3.5	<u>Vraagstuk: Scholing en deskundigheidsbevordering</u> .....	62
3.6	<u>Algemene vraagstukken</u> .....	63
4	<u>Wet- en regelgeving</u> .....	64
5	<u>Bekostiging</u> .....	65
6	<u>Overzichtstabel</u> .....	66
7	<u>Conclusie</u> .....	68
II	<u>Literatuurstudie, Delhipanel, Denktank</u> .....	69
1	<u>Achtergrond</u> .....	69
2	<u>Opdracht</u> .....	70
3	<u>Plan van aanpak</u> .....	70
3.1	<u>Onderzoekopzet en studipopulatie</u> .....	70
3.2	<u>Literatuurstudie</u> .....	70
3.3	<u>Consensus en prioritering met succes- en faalfactoren</u> .....	71
4	<u>Visie</u> .....	72
5	<u>Definitie kwetsbare oudere</u> .....	73
6	<u>Consensus en prioritering van de knelpunten en oplossingsrichtingen</u> .....	73
7	<u>Uitwerking van de meeste genoemde oplossingsrichtingen</u> .....	75
8	<u>Mee-gevers vanuit de tweede bijeenkomst van de Denktank</u> .....	79
9	<u>Nagekomen memo</u> .....	80
	<u>Bijlage 1: Leden van de Denktank</u> .....	81
	<u>Bijlage 2: Leden van de ZIN-expertgroep</u> .....	82
	<u>Bijlage 3: Gebruikte bronnen literatuurstudie</u> .....	83
	<u>Bijlage 4: Leden van het Delhipanel</u> .....	88

<u>Bijlage 5: Knelpunten en oplossingsrichtingen vanuit literatuurstudie</u> .....	89
<u>Bijlage 6: Geprioriteerde knelpunten per thema</u> .....	92
<u>III</u> <u>Storytelling</u> .....	95
<u>1</u> <u>Casus</u> .....	95
<u>2</u> <u>Knelpunten en oplossingsrichtingen</u> .....	95
<u>3</u> <u>De ideale situatie</u> .....	98
<u>IV</u> <u>Referenties</u> .....	101

## **1 Leeswijzer**

Voor de beantwoording van de opdracht is een literatuurstudie uitgevoerd en is consensus en nadere uitwerking gezocht met een Delhipanel en een Denktank. De beschrijving van de gevolgde methode en de resultaten staan beschreven in deel II “Literatuurstudie, Delhipanel, Denktank”. De probleemstelling en de opgehaalde knelpunten en oplossingsrichtingen zijn ook verwoord aan de hand van een concrete casus. Deze staan in deel III *Storytelling*, dat afsluit met een beschrijving van dezelfde casus in de ideale situatie. Gebaseerd op deze input worden in deel I de vraagstukken en oplossingsrichtingen op een rij gezet. Elk deel is afzonderlijk te lezen.

## 2 I Vraagstukken en oplossingsrichtingen op een rij

In opdracht van het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft IQ healthcare knelpunten en oplossingsrichtingen geïnventariseerd in het zorgpad voor thuiswonenden kwetsbare ouderen. ZIN wil met deze informatie de discussie aangaan met de diverse betrokkenen over een gezamenlijke uitvoeringsagenda met duidelijke taken voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidsorganen.

Voor de inventarisatie van de knelpunten en oplossingsrichtingen in de zorg voor thuiswonenden kwetsbare ouderen zijn 125 documenten bestudeerd. Deze inventarisatie is voorgelegd aan een Denktank (met een oudere, expert-zorgaanbieders en onderzoekers), de ZIN-expertgroep (met expert-zorgaanbieders en expertise over de geïntegreerde eerste lijn) en een Delhipanel (met kwetsbare ouderen en hun naasten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, onderzoekers en beleidsmakers). Zo is consensus bereikt over de knelpunten, zijn de oplossingsrichtingen geprioriteerd en nadere uitgewerkt.

Met deze gegevens zijn in dit eerste deel van het rapport de vraagstukken, de oplossingsrichtingen en de bijbehorende consequenties voor de betrokken partijen op een rij gezet. Het is ingewikkelde materie, omdat elke oplossingsrichting weer nieuwe knelpunten aan het licht brengt. Bovendien kunnen diverse oplossingsrichtingen niet los van elkaar worden gezien. Besloten is het materiaal te groeperen naar: zorg, wet- en regelgeving en bekostiging. Telkens wordt aangegeven of het de zorg thuis (**THUIS**), de zorg na een acute gebeurtenis (**ACUUT**) of de vervolgzorg (**VERVOLG**) betreft. Verder is eerst bekeken welke oplossingsrichtingen in de huidige zorgstructuren mogelijk zijn en vervolgens wordt ingegaan op de genoemde oplossingen voor de langere termijn. Om het kader aan te scherpen wordt gestart met de visie op het zorgpad en de identificatie van de doelpopulatie.

### Visie op het zorgpad

Landelijke beleidsorganisaties van de beroepsverenigingen hebben een visie geformuleerd op het zorgpad van thuiswonende kwetsbare ouderen. In Box 1 staat een samenvatting. Deze visie wordt onderschreven door de Denktank, de ZIN-expertgroep en het Delhipanel. Zij merken wel op, dat het medische en sociale domein met elkaar zijn verbonden. In de geformuleerde visie ligt de nadruk op het medische domein (medische kwetsbaarheid). Dit is conform de opdracht van ZIN.

#### Box I.1: Visie op het zorgpad van thuiswonende kwetsbare ouderen

De zorg moet:

1. Op tijd signaleren en vroegtijdig opsporen van mogelijke problemen om te voorkomen dat ouderen slechter gaan functioneren of in een crisissituatie komen
2. Afgestemd zijn op en met de kwetsbare oudere, diens naasten en de directe (sociale) omgeving door samen beslissingen te nemen over de te bereiken doelen en het opstellen van een zorgplan met begeleidings- en behandelingsafspraken
3. Gericht zijn op zelfstandigheid van ouderen, met hulp bij het goed blijven functioneren en behoud van kwaliteit van leven van de oudere en diens naasten
4. Samenhangend zijn (integrale zorg): verbinden van zorg gericht op genezen, verzorgen, welzijn en wonen; en

5. Gericht zijn op continuïteit (dezelfde hulpverleners zijn steeds betrokken, en delen informatie in zorgplan of persoonlijk zorgdossier van de oudere).

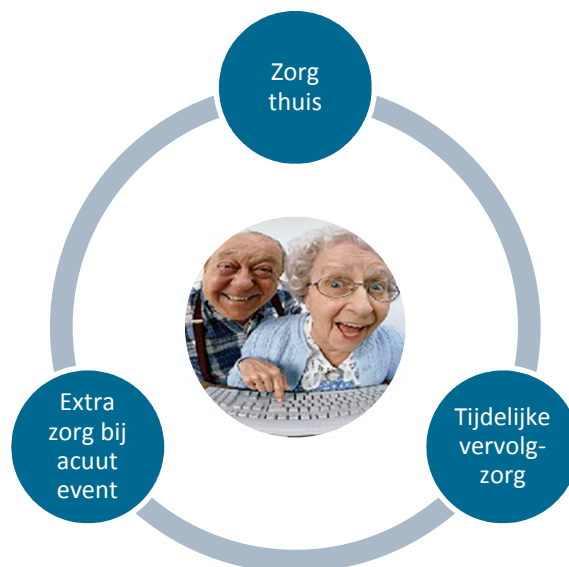
Daarvoor moet voldaan worden aan de volgende randvoorwaarden:

6. Tijd en middelen
7. Structurele samenwerking tussen lokale zorgverleners
8. Beschikbaarheid lokale voorzieningen (korte en langdurige opnames, voorzieningen vanuit de gemeenten) met
9. Personeel met de juiste competenties en vaardigheden

De regie op deze zorg is:

10. In handen van de kwetsbare oudere en diens naasten, ondersteund door
11. De wijkverpleging en de huisartsenpraktijk (centrale as), waarbij
12. De wijkverpleging en de huisartsenpraktijk verbindende schakels maken in een netwerk met andere zorgverleners (wie dat zijn is afhankelijk van de hulpvraag van de oudere);
13. De huisartsenpraktijk heeft de medische regie met ondersteuning van een specialist ouderengeneeskunde.

De zorg aan thuiswonende kwetsbare oudere wordt in Nederland met name verleend in de eerste lijn. Een acute gebeurtenis kan aanleiding geven extra zorg in te schakelen binnen de eerste lijn, zoals bijvoorbeeld ergotherapie na een val. De extra zorg kan ook in de acute zorgketen plaatsvinden, zoals opname via de spoedeisende hulp bij een longontsteking met delier. Mogelijk leidt de extra zorg tot tijdelijke vervolgzorg, zie Figuur 1. Onvoldoende passende zorg voor de thuiswonende kwetsbare oudere vergroot het risico op een acute gebeurtenis, waardoor de druk toeneemt op de (in)formele zorgverleners.



*Figuur 1: Het zorgpad van thuiswonende kwetsbare ouderen*



## Identificatie doelpopulatie

Een kwetsbare oudere is een persoon die door een geleidelijk proces gaat, waarin kleine gebeurtenissen (*events*) kunnen resulteren in disproportionele veranderingen van iemands gezondheidsstatus (van onafhankelijk naar afhankelijk, van mobiel naar immobiel, van lichamelijk stabiel naar onstabiel (vallen), van helder naar verward of een combinatie). Deze veranderingen kunnen zowel tijdelijk als blijvend zijn. De kwetsbaarheid van deze persoon wordt veroorzaakt door een combinatie van leeftijd gerelateerde veranderingen in het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren, waarvan de ernst mede wordt bepaald door genetica, leefstijl en het sociale vangnet (1, 15). De kwetsbaarheid kent verschillende gradaties in de complexiteit van de zorg.

Het precieze aantal kwetsbare ouderen is onbekend mede door de variatie in gehanteerde definities. Gegeven bovenstaande definitie is de prevalentie ongeveer 60 personen in een huisartsenpraktijk met 2095 patiënten (normpraktijk) (20, 21); 80-100 personen op basis van de definitie van het SCP (1). Bij ongeveer 30-50% van de kwetsbare ouderen is naast kwetsbaarheid ook sprake van een complexe zorgsituatie; de huidige ouderenzorgprogramma's zijn m.n. bedoeld voor deze ouderen.

Systematische identificatie (*case finding*) van kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen maakt onderdeel uit van diverse ouderenzorgprogramma's. De huisartsenpraktijk maakt daarbij gebruik van gevalideerde screeningsinstrumenten. Met de ICPC-codering A05 (Ouderenzorg kwetsbare oudere) wordt de identificatie in het zorgdossier vastgelegd. De tijdsinvestering kan acceptabel worden gehouden door de patiëntenlijst gefaseerd in 2 tot 3 leeftijdscohorten door te nemen. Daarna kunnen jaarlijks de nieuwe patiënten uit deze leeftijdscohorten (beperkte groep) worden beoordeeld op hun kwetsbaarheid.

Naast deze systematische identificatie zijn er ook projecten, die werken aan programmatische vroege opsporing. In deze projecten wordt gepoogd voorstadia van kwetsbaarheid te traceren, waarbij de wensen en behoeften van de ouderen (naar de zes domeinen van positieve gezondheid) in kaart worden gebracht. Het idee is dat daarmee vanuit de directe omgeving een aanbod mogelijk is, die de zelfredzaamheid vergroot en de kwetsbaarheid kan uitstellen. Over de (kosten)effectiviteit van deze programma's vindt nog discussie plaats en deze vallen daarmee buiten de scope van dit rapport.

## Zorg

In de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen in een complexe situatie wordt vanuit de Literatuurstudie, de Denktank en het Delhipanel een aantal vraagstukken gesignaleerd. Deze zijn geordend naar

4. zorg- en behandelplan,
5. afstemming *tussen* zorgverleners,
6. informatievoorziening,
7. capaciteit van zorgverleners en zorgvoorzieningen en
8. deskundigheidsbevordering.

Na een korte toelichting wordt per vraagstuk ingegaan op de geprioriteerde oplossingsrichtingen. Als de oplossingsrichting de wet- en regelgeving en/of de bekostiging aangaat dan wordt dit daar opgenomen (paragraaf 4 en 5). Deze paragraaf wordt afgesloten met een aantal algemene punten.

## 2.1 Vraagstuk: Zorg- en behandelplan

### Opstellen persoonlijk zorg- en behandelplan, THUIS

Aangegeven is, dat de zorg onvoldoende aansluit bij de wensen en behoeften van de oudere en hun naasten. Het opstellen en onderhouden van een persoonlijk zorg- en behandelplan maakt het mogelijk de zorgdoelen beter aan te laten sluiten bij hun wensen en behoeften. Extra aandacht is nodig voor:

- het verbinden van zorg, wonen en welzijn.
- specifieke problemen van bepaalde groepen ouderen, zoals laaggeletterden en migranten.

Het persoonlijk zorg- en behandelplan wordt in de huisartsenpraktijk in samenspraak met de kwetsbare oudere (gezamenlijke besluitvorming) opgesteld. Om meer aandacht te krijgen voor het brede spectrum aan mogelijke problematiek kan de expertise van een wijkverpleegkundige (WVP) en een specialist ouderengeneeskunde (SO) worden ingebracht. Gesuggereerd wordt het onderwerp wonen nadrukkelijk aan bod te laten komen. De kwetsbare ouderen en hun naasten hebben behoefte aan passende woonvormen en dit vraagt meer variatie in het huidige woonaanbod. Een signaal dat is opgepakt door de Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur, [www.rli.nl](http://www.rli.nl).

Als de zorg tijdelijk elders plaatsvindt ([ACUUT, VERVOLG](#)) dan is het noodzaak het persoonlijke zorg- en behandelplan mee te nemen naar de andere setting, zodat daar aan de wensen en behoeften kan worden voldaan.

### Vaststellen zorgnetwerk van de oudere, THUIS

Bij het opstellen en onderhouden van het zorg- en behandelplan is kennis nodig over het zorgnetwerk van de oudere. Het ontbreken daarvan wordt als een knelpunt ervaren. Zicht op de aanwezige zorg en de betrokken zorgverleners draagt bij aan passende zorgverlening. Met deze informatie is na te gaan welke zorgaspecten nog aandacht behoeven en welke kunnen worden afgebouwd dan wel samengenomen. Voor het inventariseren van de zorgverleners uit het persoonlijke zorgnetwerk moet iemand verantwoordelijk worden gesteld. Beschikbaarheid van een “sociale kaart” met zorgverleners en zorgvoorzieningen en hun specifieke expertise gericht op de thuiswonende kwetsbare oudere is daarbij wenselijk. Als de oudere tijdelijk elders ([ACUUT, VERVOLG](#)) zorg heeft ontvangen en weer naar huis teruggaat dan helpt de informatie over het zorgnetwerk van de oudere bij het zoeken naar passende extra ondersteuning.

### Afspreken regierol, THUIS

Het borgen van continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen wordt ervaren als een groot knelpunt. Voor de uitvoering van het zorg- en behandelplan is het daarom noodzakelijk afspraken te maken over de regierol. Dit kan de zorgverlener zijn die op dat moment de meeste hulp biedt. In de zorg voor kwetsbare ouderen kan dit sterk verschillen over de tijd heen. Bovendien zal het vaak niet één zorgverlener betreffen maar een team van zorgverleners. Dit scheidt onduidelijkheid over wie de regie heeft. De suggestie is gedaan de regierol bij een zogenaamd Kernteam neer te leggen. Het **Kernteam** bestaat uit (1) de kwetsbare oudere (en/of iemand die de oudere vertegenwoordigt), (2) de huisarts en (3) de POH-ouderenzorg of wijkverpleegkundige (WVP). De WVP uit het kernteam hoeft niet de WVP van elke individuele kwetsbare oudere te zijn. Het gaat om de expertise van de WVP die wordt opgenomen in het Kernteam. Een klein kernteam is belangrijk zodat men snel kan handelen. Afhankelijk van de

zorgvraag en het persoonlijke zorg- en behandelplan kunnen andere zorgverleners (tijdelijk) meedenken. Het Kernteam heeft samenwerkingsafspraken met een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) voor extra expertise en maakt waar nodig gebruik van expertise uit het sociale wijkteam.

Daarnaast zorgt het Kernteam voor 24/7 toegankelijkheid van gegevens die een noodzakelijke voorwaarde zijn voor de continuïteit van zorg voor de kwetsbare ouderen door de actuele informatie aan de huisartsenpost beschikbaar te stellen. Als de oudere tijdelijk elders zorg nodig heeft ([ACUUT](#), [VERVOLG](#)) dient er eveneens uitwisseling benodigde informatie plaats te vinden. Aanvullende informatie dient daarna weer bij het Kernteam terecht te komen, zie paragraaf 3.2.

### Organiseren MDO, [THUIS](#)

Een multidisciplinair overleg (MDO) draagt bij aan de afstemming van de zorg voor kwetsbare ouderen in een complexe situatie, waarmee een acute gebeurtenis kan worden afgewend of uitgesteld. Voorgesteld is het MDO regelmatig (tweemaandelijks) te houden. Deelnemers aan het MDO zijn een aantal vaste professionals en casusafhankelijk, op indicatie, worden andere professionals uitgenodigd. Een oudere of diens naaste kunnen aan het MDO deelnemen. Hun deelname vraagt meer tijd per casus. Een alternatief is het MDO met de oudere voor te bespreken en deze informatie mee te nemen in het MDO. Daar kan dan een voorlopig zorgplan gemaakt worden, die na bespreking met de oudere definitief wordt gemaakt.

Vanuit m.n. de wijkverpleging wordt aangegeven, dat het MDO erg veel tijd vraagt. Door een MDO te laten organiseren door het Kernteam kan er altijd iemand bij zitten die de patiënt goed kent. De wijkverpleegkundige uit het Kernteam kan bijvoorbeeld de informatie van de “eigen” wijkverpleegkundige ophalen. Door inbreng vanuit specifieke expertise na elkaar te plannen kan de individuele tijdsinvestering verder worden beperkt.

Uit de MDO-besprekingen kunnen, naast afspraken over de zorg voor de besproken kwetsbare ouderen, aanbevelingen voortkomen over aanpassingen van de werkwijze binnen het ouderenzorgprogramma. De aanbevelingen zijn een onderlegger voor evaluatie en optimalisering van het lopende ouderenzorgprogramma.

## **2.2 Vraagstuk: Afstemming tussen zorgverleners**

### Delen van het persoonlijk zorg- en behandelplan,

Het delen van informatie uit een persoonlijk zorg- en behandelplan is nodig om de afstemming tussen de betrokken zorgverleners te ondersteunen. Digitaal delen van informatie staat nog in de kinderschoenen. Voor nu is het nodig de afspraak te maken om bij een kwetsbare oudere laagdrempelig contact op te nemen met de regiehouder uit het ouderenzorgprogramma (bijv. een lid van het Kernteam). Het uitwisselen van bereikbaarheidsgegevens is mogelijk in het MDO.

### Interprofessioneel werken, [THUIS](#), [ACUUT](#), [VERVOLG](#)

De nieuwe werkwijze doet een beroep op het interprofessionele werken van de betrokken zorgverleners. Dit betekent, dat de diverse disciplines niet elk een bouwsteentje aanleveren voor het zorg- en behandelplan, maar dat zij gezamenlijk komen tot één zorg- en behandelplan. Samenwerken staat centraal met daarbij vertrouwen in elkaars kunnen. Hierop worden in de praktijk de eerste stappen

gezet, maar dit vraagt scholing en deskundigheidsbevordering in persoonsgerichte en interprofessionele zorgverlening, zie 3.5.

#### Wijkgerichte zorg, THUIS

Nadrukkelijk wordt aandacht gevraagd de zorg te verbinden met welzijn en wonen, omdat welzijn en wonen van invloed zijn op de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen en hun naasten. Wijkgerichte zorg kan deze werkwijze ondersteunen, waarbij het sociale wijkteam en het medisch zorgteam samen optrekken. In de praktijk gaat dit niet altijd makkelijk. Professionals moeten leren samen te werken (interprofessioneel samenwerken) en leren elkaars taal te verstaan. Gezamenlijke scholing en het beschikbaar stellen van goede voorbeelden kan hieraan bijdragen. Voor de inzet van en samenwerking met de het sociale wijkteam zijn afspraken nodig met de gemeente en de GGD.

Idealiter wordt wijkgerichte zorg uitgevoerd door een beperkt aantal zorgverleners om zo expertise met het interprofessionele samenwerken op te bouwen en te behouden. Dit kan voor de kwetsbare oudere een beperking betekenen in de keuzevrijheid van zorgverleners. De mogelijkheid voor het inroepen van specifieke expertise van buiten de wijk, bijvoorbeeld een fysiotherapeut uit het Parkinsonnet, blijft daarbij aanwezig.

#### Overdracht op de transmurale brug, THUIS, ACUUT, VERVOLG

Diverse knelpunten zijn gesignaleerd als een kwetsbare oudere acute en/of vervolgzorg krijgt aangeboden. Deze knelpunten hebben te maken met de overdracht *-heen en weer-* op de transmurale brug.

Bij acute – en/of vervolgzorg kan passende zorg worden bespoedigd door zo snel mogelijk na te gaan of de patiënt tot de groep kwetsbare oudere in een complexe situatie behoort en wat diens zorg- en behandelwensen zijn. Dit kan door contact op te nemen met de dienstdoende huisarts die inzage heeft in het zorgdossier. Aangezien de opname zelf eveneens een gebeurtenis is die aanleiding kan geven tot het (tijdelijk) toenemen van de kwetsbaarheid, is deze informatie cruciaal. Bovendien wordt de opnameduur verkort, omdat relevante informatie bij de observatie al bekend is. Verdere functionele achteruitgang kan daarmee worden voorkomen.

Als de kwetsbare oudere vanuit de vervolgzorg weer naar huis gaat dan is het belangrijk dat de huisarts tijdig op de hoogte wordt gesteld van de eventuele actualisatie van het persoonlijke zorg- en behandelplan. Ook wordt gevraagd, dat de zorgverlener die het ontslag inzet zich er van vergewist dat thuis de benodigde zorg (weer) aanwezig is. Het inregelen van de thuiszorg is niet altijd direct mogelijk (planning en een tekort aan thuiszorg). In sommige regio's kan dan een beroep worden gedaan op een vrijwilligersorganisatie.

### **2.3 Vraagstuk: Informatievoorziening**

#### Zorgdossier met persoonlijk zorg en behandelplan, THUIS, ACUUT, VERVOLG

Zowel de kwetsbare oudere als de (in)formele zorgverleners vragen digitale ontsluiting van het zorgdossier. De vele verschillende informatiesystemen en de ontbrekende uitwisseling tussen deze systemen vormen een belangrijke barrière bij de implementatie van samenwerking. Gepleit wordt om de

kwetsbare oudere eigenaar en drager van het eigen zorgdossier te maken (zie België). Aan de overheid wordt gevraagd hier meer regie op te nemen.

#### Eén informatieloket voor ouderen en hun naasten, [THUIS](#)

Ouderen en hun naasten hebben behoefte aan één informatieloket waar vragen gesteld kunnen worden over

- zorg-, wonen- en welzijnsmogelijkheden,
- de werkwijze om daarvoor in aanmerking te komen,
- en de (tegemoetkoming in de) financiering.

Mogelijk kan de gemeente in dit loket voorzien, waarbij aandacht moet zijn voor laagdrempeligheid. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van een mobieloket op de (wijk)markt; of door aan het loket het aanbod te doen direct een afspraak te maken met de juiste persoon; of door de loketfunctie te combineren met de verstrekking van hulpmiddelen. De voorkeur van de kwetsbare oudere en hun naasten gaat uit naar persoonlijk contact voor informatieoverdracht als aanvulling op papieren en digitale informatie. Dit betekent, dat er achter het loket een persoon zit die daartoe bekwaam is. Digitale ondersteuning draagt bij aan een 24/7 beschikbaarheid van deze informatie (infographics). Regionale ondersteuning is nodig bij het beschikbaar stellen en actualiseren van de informatievoorziening.

#### Sociale kaart voor formele zorgverleners, [THUIS](#)

De zorgverleners in de ouderenzorg hebben behoefte aan een “sociale kaart” met lokale zorgverleners en zorgvoorzieningen en hun specifieke expertise gericht op de thuiswonende kwetsbare oudere. Als bepaalde expertise niet lokaal aanwezig is dan kan de informatie worden aangevuld met regionale expertise. Regionale organisaties kunnen het uitwerken en actualiseren van deze sociale kaart faciliteren.

#### Regionaal loket (schakelpunt) voor formele zorgverleners, [THUIS](#), [ACUUT](#), [VERVOLG](#)

De formele zorgverleners hebben behoefte aan een regionaal loket die (1) helpt de kwetsbare oudere op een “juiste” plaats te krijgen en (2) bij thuiskomst zorgt voor de benodigde zorg. Dit regionale loket dient op de hoogte zijn van de real-time beschikbaarheid van de diverse zorgvoorzieningen (o.a. grz, agz, ELV). Nederland kent hiervan diverse voorbeelden. Dit loket dient op de hoogte te zijn van de indicatiestelling (Wlz, Zvw), zodat een daarbij passende voorziening wordt gezocht. Regionale organisaties kunnen concrete afspraken maken met de acute en vervolgzorg voor het gehele adherentiegebied.

## **2.4 Vraagstuk: Capaciteit (in)formele zorgverleners en zorgvoorzieningen**

#### Mantelzorg, [THUIS](#), [ACUUT](#), [VERVOLG](#)

Om de capaciteit van de mantelzorg te behouden dient overbelasting voorkomen te worden. De volgende oplossingsrichtingen zijn voorgesteld.

- Bij elke kwetsbare oudere wordt een persoonlijk netwerkanalyse uitgevoerd, waarmee zicht wordt verkregen op het sociale vangnet. Vervolgens wordt met de kwetsbare oudere besproken welke activiteiten nodig zijn het sociale vangnet te vergroten. Het initiatief voor deze netwerkanalyse kan

vanuit de huisartsenpraktijk, het Kernteam, komen. De uitvoering kan gedelegeerd worden aan een medewerker van het wijkteam of de thuiszorg worden gedaan.

- Respijtzorg: De kwetsbare oudere kan tijdelijk over eerstelijnsverblijf (ELV) plaats beschikken.
- Werken aan reële verwachtingen over wat de mantelzorg kan bijdragen aan de zorg voor de kwetsbare ouderen. Als voorbeeld wordt gegeven, dat gemeenten op dit moment (te) veel verwachten van de zorg door burens.

#### Wijkverpleging, THUIS

De V&VN heeft het tekort aan WVP als speerpunt in haar beleid opgenomen en werkt aan het aantrekkelijker maken van het beroep. Een positievere attitude over ouderen kan het beroep mogelijk aantrekkelijker maken. Voor een aantal thuiszorgtaken is het mogelijk een beroep te doen op bestaande vrijwilligersorganisaties die hand- en spandiensten kunnen verlenen in de thuissituatie.

#### Eerstelijnsverblijf, VERVOLG

Het ervaren ELV-tekort verschilt sterk per regio en de vraag wordt door de NZa gesteld of dit daadwerkelijk aan de orde is of dat het knelpunt voortkomt uit een gebrek aan een up-to-date overzicht vanuit één loket. Het inschakelen van een regionaal loket (zie 3.3) biedt uitkomst als het alleen een kwestie is van gebrek aan overzicht. Er lijkt geen sprake te zijn van een budgettair probleem. De zorgverzekeraars geven aan voldoende middelen tot hun beschikking te hebben voor de realisatie van de huidige vraag naar ELV. Wel worden geluiden gehoord, dat de particuliere opvangmogelijkheden niet altijd aan de normen voldoen.

#### Ingestelde zorgplafonds, THUIS, ACUTE ZORG, VERVOLG

De huidige zorgplafonds leiden ertoe, dat noodzakelijk zorg wordt uitgesteld. Dit wordt als onbegrijpelijk ervaren door de ouderen, hun naasten en de zorg- en hulpverleners. Zorgplafonds leiden tot WMO wachtlijsten en het stop zetten van behandelbaarheden in ziekenhuizen. Dit vraagt budgettaire maatregelen, zie paragraaf 4 en 5.

### **2.5 Vraagstuk: Scholing en deskundigheidsbevordering**

Uitvoering van het zorgpad voor kwetsbare ouderen vraagt een aantal nieuwe competenties van de zorgverleners. De suggestie is gedaan de deskundigheid te bevorderen op het gebied van (a) persoonsgerichte zorg w.o. gezamenlijke besluitvorming, (b) interprofessionele samenwerking, (c) wijkgerichte zorg en (d) implementatie van het ouderenzorgprogramma. De nadere uitwerking leverde de volgende voorstellen op.

1. Biedt de deskundigheidsbevordering voor de betrokken zorgverleners gezamenlijk aan (**THUIS, ACUUT, VERVOLG**).
2. Biedt deskundigheidsbevordering of ondersteunend materiaal aan voor de kwetsbare oudere en hun naasten (**THUIS, ACUUT, VERVOLG**).
3. Pak deskundigheidsbevordering wijkgericht dus interprofessioneel op, zodat dit kan bijdragen aan het ontwikkelen van “korte lijnen” (**THUIS**). Denk daarbij ook een keer aan lokale scholing met GGD/Gemeente professionals (o.a. Gezondheidsmakelaar; WMO-functionaris, wijkagent).

4. Ontwikkel de inhoud van de deskundigheidsbevordering regionaal samen met kennisinstututen en wetenschappelijke instellingen, zodat het programma op maat gemaakt kan worden vanuit de regionale behoefte (THUIS, ACUUT, VERVOLG). De regio's (vanuit zorggroepen en professionele netwerken) kunnen onderling educatieprogramma's uitwisselen, zodat er vanuit een conceptprogramma sneller ontwikkeld kan worden.
5. Maak op de beroepsopleidingen van de betrokken zorg- en hulpverleners ruimte voor de genoemde onderwerpen (THUIS, ACUUT, VERVOLG). Dit vraagt aanpassingen van de eindtermen van het huidige onderwijs (mbo, hbo, universiteit).

## 2.6 Algemene vraagstukken

De oplossingen voor knelpunten in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen komen grotendeels overeen met de onderdelen van veel lopende ouderenzorgprogramma's. Maar de implementatie van deze zorgprogramma's stagneert, waardoor niet alle kwetsbare ouderen toegang hebben tot een ouderenzorgprogramma. Een aantal algemene punten zijn daarbij van belang<sup>10</sup>.

### Urgentie aanwakkeren en verbeteren attitude ten aanzien van ouderen

Het aanwakkeren van de urgentie bij zorgverleners is een eerste stap in de implementatie. Daarvoor kunnen in elke beroepsgroep op lokaal en regionaal niveau zorgverleners worden gemobiliseerd, die ouderenzorg als hun aandachtsgebied hebben en die hun visie op de zorg voor kwetsbare ouderen op een inspirerende manier kunnen uitdragen. Maar doorpakken vraagt ook een verbetering van de algemene attitude ten aanzien van ouderen, bijvoorbeeld met overheids campagnes en via het onderwijs.

### Opstarten ouderenzorgprogramma kost tijd en geld

Voor zorgverleners die nog niet deelnemen aan of nog bezig zijn met implementatie is het belangrijk tijd te reserveren voor het opzetten c.q. doorzetten van een ouderenzorgprogramma. Geschat wordt dat het opzetten en implementeren van een ouderenzorgprogramma een traject van drie jaar beslaat. Het gegeven dat voor sommige onderdelen (bijv. MDO's) nog geen of onvoldoende financiële middelen beschikbaar zijn (zie paragraaf 4 en 5), is een belemmering bij de implementatie.

### Draagvlak bij besturen van de betrokken lokale en regionale zorgorganisaties

Vanuit de lokale praktijk wordt nog specifiek aangedragen, dat het belangrijk is dat de besturen van de betrokken zorgorganisaties een akkoord geven voor de samenwerking. Dit wordt regelmatig bemoeilijkt door het concurrentiebeding en het grote aantal zorginstellingen (m.n. wijkverpleging). Samenwerking in plaats van concurrentie kan ook worden gestimuleerd door verzekeraars en de overheid met behulp van passende bekostiging (paragraaf 4 en 5).

### Monitoring zorggebruik

Monitoring van de kwaliteit van zorg en het zorggebruik geeft informatie over de effectiviteit van de implementatiemaatregelen. Deze informatie geeft ook inzicht in de benodigde capaciteit aan zorgverleners en zorgvoorzieningen. Informatie die noodzakelijk is voor een gesprek tussen overheid,

---

<sup>10</sup> Zie ook: Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G. Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Qual Saf* 2012;21:876-884.

patiëntorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het beschikbaar stellen van een passend budget bij de benodigde capaciteit, zie paragraaf 5.

## Wet- en regelgeving

Het vraagstuk op het gebied van wet- en regelgeving is hoe deze kan worden vereenvoudigd. Hieronder staan de ervaren knelpunten, waarbij een aantal oplossingen worden aangedragen.

1. De indicatiestelling Wlz of Zvw betekent in de praktijk, dat het beschikbare budget voor een vergelijkbare activiteit (bijvoorbeeld dagbesteding) afhankelijk is van deze indicatiestelling. Een kwetsbare oudere met een Wlz-indicatie (of diens naaste) kan daardoor afzien van de geïndiceerde zorg, omdat de eigen bijdrage moet worden aangesproken. Een oplossing kan zijn om de indicatiestelling niet naar aparte wet- en regelgeving te laten plaatsvinden, maar naar zorgactiviteit. Deze indicatiestelling kan worden uitgevoerd door een reeds betrokken, daartoe bevoegde professional, bijvoorbeeld uit het Kernteam. Deze oplossing kan bijdragen aan het probleem, dat de indicatiestelling soms met terugwerkende kracht wordt uitgevoerd, wat voor onaangename financiële verrassingen kan leiden voor de ouderen. [THUIS, ACUUT, VERVOLG](#)
2. Interprofessionele samenwerking en overdacht vraagt heldere afspraken (regels) over (a) de verantwoordelijkheden en (b) de kwaliteitsstandaarden van de zorgverleners betrokken bij de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen in een complexe situatie. Koepels van de betrokken zorgverleners kunnen afspraken maken over de kwaliteitsstandaard van ouderenzorgprogramma's en de daarbij passende competentieprofielen. Interprofessionele samenwerking maakt het mogelijk competenties te combineren; niet iedere zorgverlener hoeft dan het complete palet te beheersen. Daarnaast kan specialistische kennis aan de generalistische zorg worden toegevoegd (SO-consultatie door kernteam eerste lijn). Deze afspraken kunnen dienen als onderlegger voor de inzet en financiering van de benodigde expertise in de dagelijkse praktijk van ouderenzorgprogramma's. [THUIS, ACUUT, VERVOLG](#)
3. Gezamenlijk optrekken van huisartsenpraktijk en wijkverpleging wordt bemoeilijkt door het grote aantal thuiszorgorganisaties. Daardoor moeten de afspraken met te veel partijen worden gemaakt. Dit is ontstaan door het introduceren van de marktwerking bij de thuiszorgorganisaties. Deze barrière kan geslecht worden door het beperken van het aantal thuiszorgorganisaties of door het aannemen van een WVP in de huisartsenpraktijk. Het stellen van kwaliteitsstandaarden (zie punt 2) kan tevens een stimulans zijn voor het terugdringen van het aantal thuiszorgorganisaties, waarmee afspraken gemaakt moeten worden. [THUIS](#)
4. Er is onduidelijkheid over de privacywetgeving en de geheimhoudingsplicht bij gemeenten en welzijnsinstellingen. Voor de medische zorgverleners biedt het BIG-register duidelijkheid over wat een zorgverlener kan en mag, maar een dergelijk register bestaat niet voor de zorgverleners uit het sociale domein. Bij het delen van informatie is privacy en geheimhouding een juridische voorwaarde. [THUIS](#)
5. Het koppelen van financiering aan bepaalde (zorg)handelingen gaat gepaard met veel papierwerk. Aan dit item wordt momenteel gewerkt. Door meer vertrouwen te hebben in de professionaliteit van de zorg (zie o.a. indicatiestelling) kan deze bureaucratie worden teruggedrongen. Dit vraagt van de professionals dat zij hun professionaliteit waarmaken en zich toetsbaar opstellen. [THUIS, ACUUT, VERVOLG](#)



6. De *budgetafspraken verschillen per jaar*, waardoor meerjarenbeleid gefrustreerd wordt. Door budgetafspraken voor meerdere jaren vast te leggen, kan er meerjarenbeleid worden gemaakt. [THUIS, ACUUT, VERVOLG](#)
7. De benodigde scholing deskundigheidsbevordering vraagt om het definiëren van de daarbij passende eindtermen. Voor de huidige zorgverleners zullen de competentieprofielen moeten worden aangepast en de daar bijhorende kwaliteitstandaarden. [THUIS, ACUUT, VERVOLG](#)

## Bekostiging

Hieronder staan de ervaren knelpunten in de bekostiging.

1. Voor het houden van een *MDO-overleg* is *geen financiering* beschikbaar. Dit maakt dat de opkomst afhankelijk is van het enthousiasme van de mogelijke deelnemers. Dit is geen houdbare constructie voor de lopende programma's en het belemmert verdere implementatie van ouderenzorgprogramma's in het land. Regelgeving, waarmee de inzet van de deelnemers aan het MDO wordt gefinancierd, kan het succes vergroten, zie volgende paragraaf voor nadere uitwerking. [THUIS](#)
2. *Onvoldoende tegemoetkoming in de financiering* leidt tot een beperkt gebruik van noodzakelijke zorg w.o. de fysiotherapie, mondzorg en visuele hulpmiddelen. Dit vergroot kwetsbaarheid. Het idee is geopperd, dat het indiceren door een betrokken professional voldoende vertrouwen moet geven voor de indicatie en daarmee de tegemoetkoming in de financiering. Als deze indicatie in het MDO plaatsvindt dan wordt de indicatie door meerdere zorgverleners genomen (vier-ogen-principe). [THUIS](#)
3. Om een *passend budget* te krijgen voor het *ouderenzorgprogramma* is het nodig dat op korte termijn zorgverzekeraars met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en de overheid nieuwe afspraken maken over de financiering. Aangegeven is, dat de zorgverzekeraars de beschikbare middelen beter kunnen benutten. De beschikbare budgetten, als gevolg van het sluiten van verzorgingshuizen, kunnen vrijgemaakt worden voor de financiering van het ouderenprogramma. Een deel van het budget kan gebruikt worden voor het opstarten van ouderenzorgprogramma's. Inzetten op passende zorg in de huidige eerste lijn bespaart geld in de huidige acute zorg en de vervolgzorg. Het zal niet eenvoudig zijn de causaliteit vast te stellen, maar monitoring van zorggebruik kan daarvoor een aanwijzing geven. [THUIS, ACUUT, VERVOLG](#)

Voor de langere termijn is de suggestie gedaan te werken aan een nieuwe bekostigingssystematiek. Het ontschotten van de eerste, tweede en derde lijn wordt beschouwd als een noodzakelijke stap om het zorgpad voor thuiswonende kwetsbare ouderen vorm te geven. Voor de deelname aan de huidige eerstelijns ouderenzorgprogramma's wordt aan de huisartsenpraktijk een vergoeding beschikbaar gesteld vanuit het derde segment van de financiering huisartsenzorg. De andere zorgaanbieders uit de eerste, tweede en derde lijn worden gefinancierd per verrichting en/of volgens de dbc afspraken. Deze financiering is geen stimulans voor de persoonsgerichte zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen die over schotten heen gaat en waarin met name wordt gewerkt aan de afstemming tussen zorgverleners. Een betaaltitel voor de uitvoering van integrale zorg voor kwetsbare ouderen over de schotten heen kan een oplossing bieden.

Vanuit de Denktank is geopperd het ouderenzorgprogramma deel te laten uit maken van de basisfinanciering uit de populatiebekostiging. Voor het maken van een schatting van de kosten van deze bundel kan gekeken worden naar

- de financiering van de huidige ouderenzorgprogramma's in de eerste lijn;
- de kosten die de ouderen uit deze zorgprogramma's maken in de tweede en derde lijn; en
- de extra kosten (tijd) die gepaard gaan met de afstemming en het interprofessioneel kijken o.a. bij het MDO en de overdracht op de transmurale brug.

De populatiebekostiging van het ouderenzorgprogramma kan gerealiseerd worden door de middelen die in de zorg beschikbaar worden gesteld voor de kwetsbare ouderen te bundelen. De zorgverzekeraars kunnen hierin initiatief tonen en het herontwerp van de bekostiging bespreken met zorgaanbieders, patiëntorganisaties en overheid. Een discussiepunt zal zijn, dat vanuit de risicoverevening voldoende compensatie moeten komen voor de zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen.

Mogelijk dat op langere termijn nog bekeken moet worden welke middelen die de gemeente beschikbaar stelt voor de kwetsbare oudere zijn naasten in deze bundel thuishoort. Gezien de vele vernieuwingen waaraan de gemeente nu werkt op dit terrein lijkt het raadzaam dit te faseren.

## Overzichtstabel

Tabel 1: Oplossingsrichtingen complex zorgpad Kwetsbare ouderen thuis			
	Zorg	Wet- en regelgeving	Bekostiging
	<b>Overstijgend</b>		
<b>THUIS ACUUT VERVOLG</b>	Identificatie kwetsbare oudere, A05 + in kaart brengen complexiteit		ICT-ondersteuning helpt, maar kan ook met huidige memo's
	Delen van informatie uit zorgdossier; 24/7 beschikbaarheid	Privacywetgeving, beroepsgeheim is bij wijkgerichte zorg onvoldoende geregeld	ICT-ondersteuning
	Passende woonvormen*		
			Ontschotten 1 <sup>ste</sup> , 2 <sup>de</sup> en 3 <sup>de</sup> lijn: herverdelen van middelen.
		Minder bureaucratie	Levert €€€ op
		Meerjarenbeleid budgetafspraken	

\*Valt buiten de scope van de opdracht.

*Tabel wordt op volgende pagina vervolgd.*

**Tabel 1: Oplossingsrichtingen complex zorgpad Kwetsbare ouderen thuis, vervolg**

	Zorg	Wet- en regelgeving	Bekostiging
	<b>Zorg- en behandelplan</b>		
<b>THUIS</b>	Zorg- en behandelplan op maat: opstellen, uitvoeren, actualiseren	Indicatiestelling door zorgprofessionals (4 ogen principe), bijvoorbeeld in MDO	Tegemoetkoming noodzakelijke zorgkosten Indicatiesteller ertussen uit
	Vaststellen zorgnetwerk van oudere		
	Afspreken regierol		Financiering Regierol
	MDO organiseren		Financiering MDO
<b>ACUUT</b>	Zorg- en behandelplan als uitgangspunt + actualiseren	Indicatiestelling door de betrokken zorgprofessionals zelf (4 ogen principe)	Indicatiesteller ertussen uit.
<b>VERVOLG</b>	Geactualiseerd zorg- en behandelplan als uitgangspunt + actualiseren		
	<b>Afstemming tussen zorgverleners</b>		
<b>THUIS</b> <b>ACUUT</b> <b>VERVOLG</b>	Interprofessionele samenwerking: binnen 1 <sup>ste</sup> lijn en op transmurale brug	Afspraken over verantwoordelijkheden en kwaliteitsstandaarden	
	Overdracht op transmurale brug faciliteren met Regionaal loket		Regionaal zorgloket
<b>THUIS</b>	Wijkgerichte zorg	Terugdringen aantal thuiszorgorganisaties	
	<b>Informatievoorziening</b>		
<b>THUIS</b> <b>ACUUT</b> <b>VERVOLG</b>	Regionaal loket voor formele zorgverleners: inzicht in beschikbaarheid voorzieningen		Regionaal zorgloket
<b>THUIS</b>	Eén informatieloket voor ouderen en hun naasten		1 loket
	Sociale kaart voor formele zorgverleners met informatie over lokale expertise, indien noodzakelijk uitgebreid met regionale expertise		Sociale kaart
	<b>Capaciteit</b>		
<b>THUIS</b> <b>ACUUT</b> <b>VERVOLG</b>	Mantelzorg ontlasten Zorgplafonds opheffen		Herontwerp kostenstructuur n.a.v. invoering ouderenzorgprogramma.
<b>THUIS</b>	Wijkverpleging		
<b>VERVOLG</b>	Eerstelijns verblijven, ELV		
	<b>Scholing en deskundigheidsbevordering</b>		
<b>THUIS</b> <b>ACUUT</b> <b>VERVOLG</b>	Persoonsgerichte zorg w.o. gezamenlijke besluitvorming	Aanpassen eindtermen beroepsopleidingen	Educatie(materiaal)
	Interprofessionele samenwerking	Kwaliteitsstandaarden hierop aanpassen	
	Implementatie ouderenzorgprogramma		
<b>THUIS</b>	Wijkgerichte zorg		

## Conclusie

Het ouderenzorgprogramma als oplossingsrichting voor passende zorg voor thuiswonende kwetsbare oudere is niet nieuw. Het ontbreekt in de dagelijkse praktijk aan ondersteuning bij de implementatie. Ook ontbreekt het aan passende samenwerkings- en overlegstructuren binnen en tussen lijnen (1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup>) en zorgprofessionals.

De oplossingsrichtingen vragen een actieve inzet van zowel kwetsbare ouderen, hun naasten, de buurt, als de zorgprofessionals. Ze benadrukken de noodzaak dat regionale organisaties met de genoemde punten de innovatie concretiseren en de implementatie ondersteunen o.a. met behulp van deskundigheidsbevordering en informatievoorzieningen. De informatievoorziening die wordt voorgesteld, is overigens ook bruikbaar voor andere groepen dan de kwetsbare ouderen en hun naasten.

Van de overheid wordt gevraagd meer regie te nemen bij het digitaal delen van het zorgdossier. Van landelijke koepels van zorgaanbieders wordt gevraagd de kwaliteitsstandaard te bepalen voor deelname aan een ouderenzorgprogramma en de eindtermen van de beroepsopleidingen daarop aan te passen. Voor de zorgverzekeraars ligt er de taak te werken aan een gepaste bekostiging. Gevraagd wordt om daarbij de wet- en regelgeving rondom de indicatiestelling mee te nemen en deze te versimpelen. Voor deze activiteiten is afstemming nodig tussen patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid.

Maar bovenal vraagt de implementatie vertrouwen: vertrouwen van de kwetsbare ouderen en hun naasten in de competenties van de zorgverleners, onderling vertrouwen van de zorgverleners en vanuit zorgverzekeraars in elkaars kunnen en vertrouwen vanuit de samenleving in de professionaliteit van de zorgverleners.

## 3 II Literatuurstudie, Delhipanel, Denktank

### 1 Achtergrond

Het huidige zorgaanbod in Nederland sluit onvoldoende aan bij de complexer wordende zorg- en ondersteuningsvragen van de snelgroeiende groep thuiswonende kwetsbare ouderen. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) schat, dat het aantal kwetsbare ouderen in de periode 2011-2030 toeneemt van 700.000 naar 1 miljoen (1). De opeenstapeling van problemen bij kwetsbare ouderen uit zowel het sociale als medische domein vraagt afstemming tussen de diverse zorg- en hulpverleners (2). Het huidige Nederlandse overheidsbeleid is erop gericht ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen (3) en sluit aan op de wens van veel (kwetsbare) ouderen (3).

Dit beleid in combinatie met het sluiten van de deuren van verzorgingshuizen (3, 4), de toename van (a) het aantal ouderen, (b) de multimorbiditeit, (c) de medische mogelijkheden en specialisatie (versnippering), en een afname van de opnameduur zet de ouderenzorg in de eerste lijn onder druk. Met name, door een toename in de zorgvraag van thuiswonende ouderen.

De zorgvraag van ouderen is breed en veelzijdig door de complexiteit van kwetsbaarheid en versnippering van de zorg daaromheen (5-7). Dit betekent onder andere dat er naast het professionele zorg- en hulpaanbod een sterk beroep wordt gedaan op de mantelzorg. Daarnaast is er geen *one-size-fits-all* behandeling, omdat kwetsbaarheid voor iedereen wat anders kan betekenen, en de voorkeuren met betrekking tot zorg en mate van assertiviteit en zelfredzaamheid van ouderen verschillen (8). De populatie hedendaagse ouderen is niet de typische oudere van vroeger en verwachtingen van ouderen zijn veranderd over tijd door sociale verschuivingen met veranderende samenlevingsvormen, culturen, en een grote diversiteit binnen de groep ouderen (9). De zorg voor kwetsbare ouderen vereist daarom organisatorische en praktische vaardigheden van formele en informele zorgverleners, waarbij de wet- en regelgeving en de bekostiging de kaders aangeven(2). Onvoldoende adequate zorg voor de thuiswonende kwetsbare oudere vergroot de kans op acute gebeurtenissen, waardoor de druk op de acute zorg en de vervolgzorg toeneemt.

Door de huidige knelpunten in de zorg voor thuiswonende ouderen in kaart te brengen kunnen de noodzakelijke oplossingsrichtingen worden geformuleerd. Recentelijk zijn verschillende rapporten verschenen met aandachts- en/of knelpunten in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Ook zijn er op m.n. lokaal en regionaal niveau talrijke initiatieven gestart om de ouderenzorg te verbeteren. Oplossingen worden aangedragen voor de wijkverpleging, huisartsenzorg, ouderengeneeskunde en de mondzorg (10, 11), waarbij de wensen van de kwetsbare oudere en hun mantelzorgers (soms moeilijk te achterhalen) als uitgangspunt worden genomen (12-14).

Hoewel deze rapporten en initiatieven informatief zijn, beperken zij zich veelal tot een deelaspect van zorg vanuit een bepaald perspectief. In enkele rapporten wordt wel erkend dat de kwaliteit van zorg dynamisch is en per context moet worden bekeken (15, 16), maar de volledige context van zorg voor ouderen die thuis wonen wordt nog onvoldoende meegenomen. De ouderen zelf, hun mantelzorgers, maar ook alle formele zorg- en hulpverleners en de beleidsmakers zijn gezamenlijk verantwoordelijk

voor de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Knelpunten en oplossingsrichtingen dienen daarom vanuit hun gezamenlijke, multidisciplinaire perspectief bekeken te worden. Op deze manier kunnen veranderingen die zijn gewogen op haalbaarheid en noodzaak vanuit het perspectief van de verschillende *stakeholders*, makkelijker hun weg naar de praktijk vinden (implementatie). Daarom willen wij, geïnspireerd door de rapporten en voorbeelden van *best practices* (2, 3, 14-19), samen met de *stakeholders* (ouderen, mantelzorgers, zorgprofessionals en beleidsmakers) komen tot een *prioritering* van knelpunten en daarbij passende oplossingsrichtingen voor betere zorgpaden voor thuiswonende ouderen.

## Opdracht

In opdracht van het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft IQ healthcare knelpunten en oplossingsrichtingen geïnventariseerd in het complexe zorgpad voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen lokaal, regionaal en landelijke niveau. ZIN wil met deze informatie de discussie aangaan met de diverse betrokkenen over een gezamenlijke uitvoeringsagenda met duidelijke taken voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidsorganen.

De uitvoering van de opdracht wordt in drie stappen uitgevoerd, te weten:

- het inventariseren van knelpunten en oplossingsrichtingen in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen (met behulp van literatuur);
- het prioriteren van (a) de belangrijkste knelpunten in het zorgpad van thuiswonende kwetsbare oudere (b) oplossingsrichtingen en (c) succes en faalfactoren;
- het formuleren van oplossingsrichtingen passend bij de geïnventariseerde de knelpunten in fase 2 en het beschrijven van generieke succes- en faalfactoren.

## Plan van aanpak

### 3.1 Onderzoekopzet en studiepopulatie

Gekozen is voor een *user-centered* onderzoekopzet, die start met een literatuurstudie om de knelpunten en oplossingsrichtingen in kaart te brengen. Vervolgens is consensus en prioritering gevraagd van (1) een Denktank bestaande uit een oudere, zorgaanbieders en beleidsmakers met expertise in de zorg voor thuiswonenden kwetsbare ouderen (Bijlage 1); (2) de ZIN-expertgroep (Bijlage 2) en (3) een *stakeholder*panel (Delhipanel) bestaande uit kwetsbare ouderen en hun naasten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, onderzoekers en beleidsmakers. Het Delhipanel en de Denktank zijn ook gevraagd om nadere uitwerkingen te geven van de oplossingsrichtingen en daarbij mogelijke succes- en faalfactoren te noemen.

### 1.1 Literatuurstudie

Voor de literatuurstudie zijn verschillende bronnen geraadpleegd, namelijk:

- het projectteam, de Denktank, de ZIN-expertgroep;
- websites van organisaties die zich bezighouden met de zorg voor kwetsbare ouderen;
- google;

- navraag bij de koepelorganisaties van de relevante *stakeholders*; en
- referenties in de opgehaalde rapporten.

In totaal zijn 109 nationale rapporten en documenten bekeken en geëxtraheerd (Bijlage 3). De documenten zijn gepubliceerd tussen 2001 en 2017 en bevatten onder andere rapporten, PowerPointpresentaties, brochures, projectbeschrijvingen, en wetenschappelijke artikelen. Voor het vinden van internationale literatuur, hebben we geen gestructureerde zoekstrategie toegepast, omdat we maar beperkt tijd hadden en deze minder relevant zijn voor de Nederlandse situatie. In totaal zijn 15 internationale artikelen geïncorporeerd (Bijlage 3).

Data over knelpunten en oplossingsrichtingen is door middel van extractieformulieren opgeslagen en in een overzicht geplaatst. Daarbij is rekening gehouden met de fase waarin de knelpunten speelden (thuis, acuut, vervolgzorg, fase overstijgend) en de categorie (zorg inhoudelijk, bekostiging, wet- en regelgeving, organisatie, sociaal, informatievoorziening en toegankelijkheid, communicatie, kwantificatie probleem). Omdat de meeste problemen fase overstijgend bleken te zijn, dan wel genoemd werden in verschillende fasen, is vervolgens geprobeerd om de overlappende punten samen te voegen en fases alleen te benoemen bij fase specifieke knelpunten. Daarnaast is onderscheid gemaakt tussen knelpunten voor verschillende typen *stakeholders*. Dit leverde een lijst met 32 knelpunten op, met daaraan gekoppeld 104 mogelijke oplossingen.

## 1.2 Consensus en prioritering met succes- en faalfactoren

De informatie uit de literatuurstudie is voorgelegd aan de Denktank met de vraag of zij zich konden vinden in:

- de aangedragen visie op het complexe zorgpad van kwetsbare ouderen;
- de aangebrachte rubricering van de knelpunten en oplossingsrichtingen;
- de volledigheid van de gerepresenteerde, knelpunten en oplossingsrichtingen.

Met input van de Denktank is een lijst gemaakt met 26 knelpunten en 26 oplossingsrichtingen, die gebruikt zijn als input voor het Stakeholder panel. Deze lijst is ter toetsing (rubricering, herkenbaarheid en volledigheid) besproken met de ZIN-expertgroep, voordat deze is aangeboden aan het Delhipanel.

De leden van het Delhipanel zijn benaderd vanuit het netwerk van het projectteam en de Denktank. Het streven was om 10 tot 20 kwetsbare ouderen en mantelzorgers te bevragen en 40 zorgaanbieders en beleidsmakers. In totaal zijn 110 deelnemers benaderd, waarvan 54 de vragenlijst hebben ingevuld (49,1%). Deelgenomen hebben: 6 kwetsbare ouderen, waarvan 3 tevens mantelzorger zijn (geweest); 5 mantelzorgers (e.g. partner, volwassen kinderen, bureaus die informele hulp bieden aan kwetsbare ouderen); en 43 zorgverleners en beleidsmakers uit de eerste lijn (waarvan 16 zorgverleners, 11 beleidsmedewerkers, 6 academici/overig; zie Bijlage 4).

Aan het Delhipanel is gevraagd of zij (1) de aangedragen visie onderschrijven dan wel op welke punten zij deze willen aanpassen, (2) de knelpunten herkennen, en (3) een top drie willen maken van de oplossingsrichtingen. Verder is gevraagd om hun eigen top drie nadere uitwerking, waarbij ook wordt aangegeven wat de respondent zelf kan bijdragen en van wie er verder nog een bijdrage wordt verwacht; ook is gevraagd of de respondent ervaring heeft met deze drie oplossingsrichtingen.

De resultaten uit het stakeholder panel zijn aan de hand van een discussienota besproken in een tweede bijeenkomst van de Denktank (opvraagbaar bij projectteam). Deze bespreking was gericht op de herkenbaarheid van de nadere uitwerking van de meest genoemde oplossingsrichtingen uit het stakeholder panel en het benoemen van mogelijke valkuilen die verwacht kunnen worden bij de invoering.

*Met de gegevens van zowel de literatuurstudie als het Delhipanel en de discussies met de Denktank en de ZIN-expertgroep wordt een uitgebreide "management letter" geschreven, waarin de vraagstukken en oplossingsrichtingen op een rij worden gezet (zie deel I).*

## Visie

De visie op het complexe zorgpad voor thuiswonende kwetsbare ouderen gebaseerd op de literatuurstudie (Bijlage 3) staat verwoord in Box 1.

### Box 1.1: Visie op het zorgpad van thuiswonende kwetsbare ouderen

De zorg moet:

1. Op tijd signaleren en vroegtijdig opsporen van mogelijke problemen om te voorkomen dat ouderen slechter gaan functioneren of in een crisissituatie komen
2. Afgestemd zijn op en met de kwetsbare oudere, diens naasten en de directe (sociale) omgeving door samen beslissingen te nemen over de te bereiken doelen en het opstellen van een zorgplan met begeleidings- en behandelingsafspraken
3. Gericht zijn op zelfstandigheid van ouderen, met hulp bij het goed blijven functioneren en behoud van kwaliteit van leven van de oudere en diens naasten
4. Samenhangend zijn (integrale zorg): verbinden van zorg gericht op genezen, verzorgen, welzijn en wonen; en
5. Gericht zijn op continuïteit (dezelfde hulpverleners zijn steeds betrokken, en delen informatie in zorgplan of persoonlijk zorgdossier van de oudere).

Daarvoor moet voldaan worden aan de volgende randvoorwaarden:

6. Tijd en middelen
7. Structurele samenwerking tussen lokale zorgverleners
8. Beschikbaarheid lokale voorzieningen (korte en langdurige opnames, voorzieningen vanuit de gemeenten) met
9. Personeel met de juiste competenties en vaardigheden

De regie op deze zorg is:

10. In handen van de kwetsbare oudere en diens naasten, ondersteund door
11. De wijkverpleging en de huisartsenpraktijk (centrale as), waarbij
12. De wijkverpleging en de huisartsenpraktijk verbindende schakels maken in een netwerk met andere zorgverleners (wie dat zijn is afhankelijk van de hulpvraag van de oudere);
13. De huisartsenpraktijk heeft de medische regie met ondersteuning van een specialist ouderengeneeskunde.



Vanuit het Delhipanel, de Denktank en de ZIN-expertgroep wordt deze visie onderschreven, maar zij merken wel op, dat het medische en sociale domein met elkaar zijn verbonden. In de formulering uit Box 1 ligt de nadruk op het medische domein (de medische kwetsbaarheid). Deze nadruk is conform de opdracht van ZIN. Aangedrongen wordt om bij het zoeken naar oplossingen het sociale en medische domein met elkaar te verbinden.

### **Definitie kwetsbare oudere**

Uit de discussie met de Denktank en de ZIN-expertgroep kwam de behoefte aan een duidelijke definitie van de kwetsbare oudere naar voren. De volgende definitie wordt door de Denktank onderschreven. «Een kwetsbare ouder is een persoon die door een geleidelijk proces gaat, waarin kleine gebeurtenissen (*events*) resulteren in relatief disproportionele veranderingen in iemands gezondheidsstatus: van onafhankelijk naar afhankelijk, van mobiel naar immobiel, van lichamelijk stabiel naar onstabiel (vallen) en/of helder naar verward. Deze veranderingen kunnen zowel tijdelijk als blijvend zijn. De kwetsbaarheid van deze persoon wordt veroorzaakt door een combinatie van leeftijd gerelateerde veranderingen in het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren, waarvan de ernst mede wordt bepaald door genetica, leefstijl en het sociale vangnet» (1, 15). De kwetsbaarheid kent verschillende gradaties in de complexiteit van de zorg.

Het precieze aantal kwetsbare ouderen is onbekend mede door de variatie in gehanteerde definities. Gegeven bovenstaande definitie is de prevalentie ongeveer 60 personen in een huisartsenpraktijk met 2095 patiënten (normpraktijk) (20, 21); 88 personen in 2011 op basis van de definitie van het SCP (1). Bij ongeveer 30-50% van de kwetsbare ouderen is naast kwetsbaarheid sprake van een complexe zorgsituatie; de huidige ouderenzorgprogramma's zijn m.n. bedoeld voor deze ouderen.

### **Consensus en prioritering van de knelpunten en oplossingsrichtingen**

De gesignaleerde knelpunten (n=26) en oplossingsrichtingen (n=26) zijn gerubriceerd naar:

- Gebrek aan gedeelde visie.
- Te weinig aandacht voor preventie van kwetsbaarheid en op tijd signaleren.
- Zorg te weinig ingevuld vanuit het perspectief van de ouderen en naasten.
- Gebrek aan regie, afstemming en communicatie.
- Te weinig zorgverleners en zorgvoorzieningen.
- Wet- en regelgeving en bekostiging.

In bijlage 5 staan de knelpunten en oplossingsrichtingen met daarbij een verwijzing naar de literatuurbronnen. Deze zijn tekstueel iets aangepast voor de vragenlijst in het Delhipanel om het begrip te vergroten.

Alle knelpunten werden door één of meerdere respondenten onderschreven. Het knelpunt met de minste herkenning werd alsnog door 1/3 van de respondenten onderschreven. Over de genoemde knelpunten bestond in het Delhipanel dus veel consensus. Tabel 1 geeft een overzicht van de knelpunten die door ten minste driekwart van de respondenten werden onderschreven, waarbij een onderscheid is gemaakt naar de antwoorden van de ouderen/mantelzorgers en de

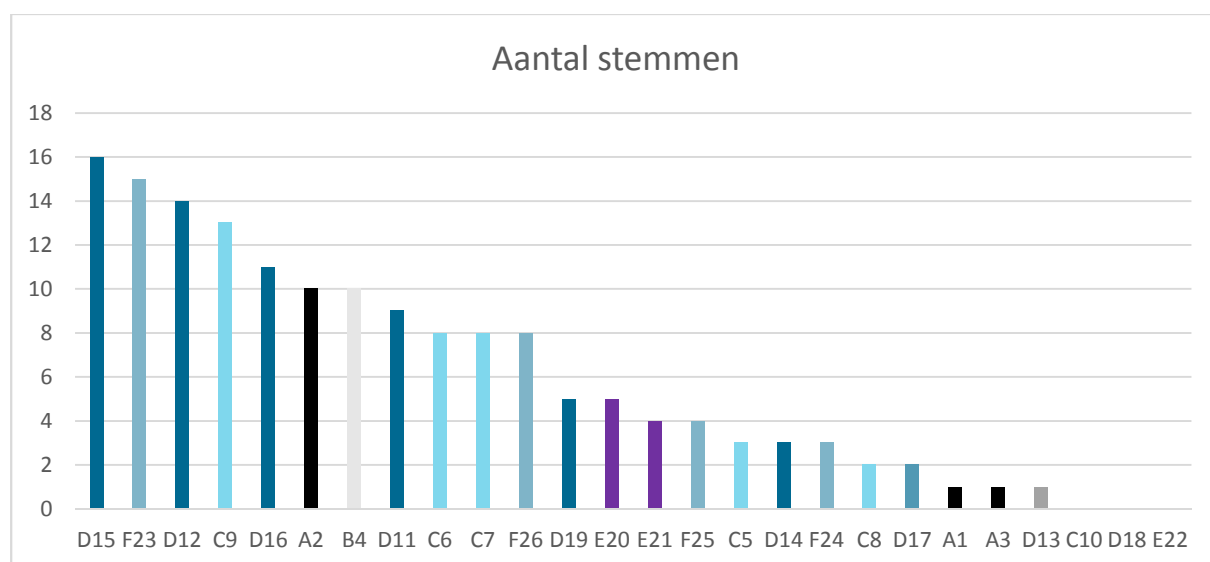
zorgaanbieders/beleidsmakers. Voor een volledig overzicht van alle geprioriteerde knelpunten en oplossingsrichtingen, zie Bijlage 6.

Tabel 1: Herkenning van de knelpunten*, in %				
	Knelpunt	Ouderen, mantelzorgers, n=43	Zorgaanbieders, beleidsmakers, n=11	Totaal n=54
1	Overbelasting informele zorg (bijvoorbeeld mantelzorg).	72%	97%	93%
2	De ouderen en naasten hebben te weinig informatie en ondersteuning om adequaat en op tijd (proactief) te kunnen handelen.	72%	81%	79%
3	Bureaucratie die ten koste gaat van de directe zorg- en hulpverlening (zorgverleners brengen meer tijd door achter hun computer dan met hun oudere cliënten).	69%	81%	78%
4	Ouderen en naasten hebben onvoldoende vaardigheden en hulpmiddelen voor het nemen van eigen regie.	64%	79%	76%
5	Beleidsmakers weten niet hoeveel zorg thuiswonende kwetsbare ouderen daadwerkelijk gebruiken	72%	74%	74%
6	Te hoge werkdruk zorgverleners door meer en meer complexe zorgvraag van kwetsbare ouderen.	72%	74%	74%
7	Huisartsen werken reactief (handelen bij ziekte) in plaats van proactief (signaleren en voorkomen van ziekte of kwetsbaarheid).	64%	74%	72%
8	Het zorg-, hulp-, welzijn- en woonaanbod sluit onvoldoende aan op de wensen en behoeften van ouderen en naasten.	82%	69%	72%
9	Na opname in het ziekenhuis is er weinig aandacht bij zorg- en hulpverleners voor de toename van kwetsbaarheid.	55%	74%	70%
10	Beleidsmakers (het zorgsysteem) focussen te weinig op preventie (voorkómen) van kwetsbaarheid en crisissituaties.	72%	69%	70%
11	De visie op de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen wordt onvoldoende gedeeld binnen het team van zorg- en hulpverleners rondom de oudere.	72%	67%	69%
12	Gebrek aan toegankelijke, up-to-date informatie over zorg- en hulpmogelijkheden voor ouderen, naasten en zorg- en hulpverleners.	64%	69%	69%

\*Deze 12 knelpunten worden door ten minste driekwart van de respondenten onderschreven.

De leden van het Delphipanel hebben voor de oplossingsrichtingen een top drie gemaakt; dit is door alle 52 respondenten gedaan. Figuur 1 geeft een overzicht van het aantal keer dat een oplossingsrichting is opgenomen in de top drie van de respondenten. Opvallend is dat bijna elke oplossingsrichting wel een keer voorkomt in de top 3 van een respondent. De meerderheid van de onderschreven oplossingen behoorden tot het thema C "Persoonsgerichte zorg" en D "Regie, afstemming en communicatie".

Het merendeel van de knelpunten en oplossingen werd onderschreven door alle stakeholders. *Stakeholders* vanuit het beleid onderschreven de oplossingen in het thema F “Wet- en regelgeving” vaker dan andere *stakeholders*.



De betekenis van de letters en de cijfers staat uitgelegd in Bijlage 5.

Figuur 1: Het aantal stemmen voor een bepaalde oplossingsrichting.

## Uitwerking van de meeste genoemde oplossingsrichtingen

De toevoegingen op en uitwerkingen van de oplossingsrichtingen, die door meer dan 20% van de respondenten zijn genoemd, worden hieronder beschreven. Opvallend is dat bij bepaalde uitwerkingen andere oplossingsrichtingen terugkomen als succesfactor. Dit is in de beschrijving meegenomen door naar het nummer van de oplossingsrichting te verwijzen.

### A: GEBREK AAN GEDEELDE VISIE EN KENNIS

Voor verbeteringen in het domein van preventie en vroeg signalering wordt één oplossing onderschreven: *Zorg dat professionals meer algemene, allesomvattende kennis over de zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen krijgen, in opleidingen (bijv. gezamenlijke opleidingen voor verschillende typen zorgverleners)*; A2: 10x.

- Bij de uitwerking van deze oplossing wordt gedacht aan scholing en informatie:
  - Scholing: het opnemen van generalistische, holistische kennis over thuiswonende kwetsbare ouderen in de basisopleiding van betrokken zorgprofessionals (C7); Het opzetten van multidisciplinaire scholing in kernteams/wijkteams; het opzetten van scholing over preventie en vroegtijdig signaleren m.n. dementie, depressie, eenzaamheid (B4);
  - Richtlijnen en informatie: Ontwikkelen multidisciplinaire richtlijn Thuiswonende kwetsbare ouderen (i.s.m. ergotherapie Nederland); het maken van een digitaal systeem met goede voorbeelden.

- Professionals verwachten zelf bij te kunnen dragen door Informatie en ervaringen te delen/verspreiden, en goede voorbeelden te laten zien (C5), en elkaar serieus te nemen (C5).
- Vereisten hiervoor zijn betrokkenheid van een ondersteunende organisatie (bijvoorbeeld scholingsaanbod vanuit Dementienet en Ergotherapie Nederland).

#### **B: TE WEINIG AANDACHT VOOR PREVENTIE (VOORKÓMEN) VAN KWETSBAARHEID EN OP TIJD SIGNALEREN**

Voor verbeteringen in het domein van preventie en vroeg signalering wordt één oplossing onderschreven: *Vorm wijkgerichte teams die afspraken maken over taken en verantwoordelijkheden bij het vroegtijdig opsporen van kwetsbaarheid bij ouderen. Deze teams worden regionaal en landelijk ondersteund bij het organiseren van de samenwerking met andere professionals, het verkrijgen van benodigde vaardigheden, en de toegang tot benodigde documenten en materialen*; **B4**: 10x.

- Bij de uitwerking van deze oplossing wordt gedacht aan het instellen van sociale wijkteams en een kernteam (**D12**); ondersteuning vanuit regionale organisatie; overlappende patiëntpopulaties van HA en WV; en 24/7 beschikbaarheid van iemand die oplet.
- Professionals verwachten zelf bij te kunnen dragen door anderen beter op de hoogte te brengen van hun expertise en deze expertise meer divers in te zetten. Wat daarbij kan helpen is scholing en meer sturing op het inkoopbeleid van zorg.
- Vereisten hiervoor zijn goede communicatiesystemen, een netwerkoverzicht en sociale kaart, betrokkenheid van een regionale organisatie met mandaat, WV-detachering in HA-praktijk, en 1 vast aanspreekpunt/loket.

#### **C: ZORG TE WEINIG INGEVULD VANUIT PERSPECTIEF VAN OUDEREN EN NAASTEN**

Voor verbeteringen in het domein van persoonsgerichte zorg wordt één oplossing onderschreven: *Zorg voor een gevarieerd woonaanbod (niet alleen appartementen, maar ook verzorgingshuizen met privékamers en gezamenlijke huiskamers, samenwoning vormen met studenten, kleinschalig wonen)*; **C9**: 13x.

- Bij de uitwerking van deze oplossing wordt gedacht aan gevarieerd bouwen; van niet stigmatiserende woningen (**A1**); en woonvormen samen met andere ouderen of juist met diverse leeftijdspopulaties, met opgeleid personeel. Het doel van deze woonvormen is eenzaamheid te bestrijden (**C6**). Daarnaast wordt gedacht aan langer zelfstandig wonen (proactief).
- Het panel verwacht deze oplossingen zelf te kunnen uitdragen in lezingen/visiestukken
- Vereisten hiervoor zijn de betrokkenheid van gemeenten, ouderen, zorginstellingen en financiers, en een algemene visieverandering ten aanzien van kwetsbare ouderen en beschikbare woonvormen (**A1**).

#### **D: GEBREK AAN REGIE, AFSTEMMING, COMMUNICATIE**

Voor het verbeteren van de regie, afstemming en communicatie in de zorg voor KO, worden de volgende drie oplossingen onderschreven:

1. *Zorg- en hulpverleners (zorg, welzijn, vrijwilligers) rond de kwetsbare oudere elkaar kennen en elkaar laagdrempelig kunnen bereiken om de zorg af te stemmen.* (**D15**; 16x + 1 verwijzing)
  - Hierbij wordt gedacht aan het vormen van een MDO, waarin mensen elkaar fysiek kunnen ontmoeten, dat er afstemming plaatsvindt tussen het medische en sociale domein, dat netwerken in kaart worden gebracht (incl. sociale kaart) en mensen elkaar weten te vinden (korte lijnen) en dat het zorgbehandelplan voor iedereen inzichtelijk is.

- Professionals kunnen hierbij gebruik maken van voorbeeldprojecten (bijv. Samen Oud, Maatjesproject, Dukenburg-De schakel), en ze geven aan zelf een rol te kunnen hebben bij het afstemmen met de gemeente, het ontwikkelen van de sociale kaart, en het in kaart brengen van het netwerk van de kwetsbare oudere (formeel, informeel en welzijn)
  - Vereisten hierbij zijn het hebben van een gedeelde visie (A1); samenwerking tussen ZH, VP, buurt en gemeente (B4); scholing (A2); tijd; alle betrokkenen; voldoende financiële prikkels (F24); onafhankelijke cliëntondersteuning vanuit de WMO breder inzetten; vertrouwen (F26)
  - Ook vereist is een gezamenlijke multidisciplinaire dossiervoering van alle betrokken zorgverleners. Hierin kunnen ouderen en naasten aanvullingen doen en hebben inzage. Geen dubbele invoer; dit zou bijvoorbeeld ook kunnen door verschillende dossier die via een schil eromheen wel met elkaar te linken zijn voor het uitwisselen van informatie. Behoefte is aan ondersteunende ICT die beveiligde communicatiekanaal aanbiedt en eenvoudig te gebruiken is met geheimhoudingsplicht voor alle betrokkenen en duidelijkheid over privacywetgeving (D16).
2. *Vorm een klein kernteam met (1) de kwetsbare oudere (en/of iemand die de oudere vertegenwoordigt), (2) de huisarts/POH en (3) de wijkverpleegkundige. Het is belangrijk het kernteam klein te houden zodat men indien nodig snel kan handelen. Afhankelijk van het opgestelde zorg- en behandelplan en de fase waarin de zorg verkeerd kunnen andere zorg- en hulpverleners (tijdelijk) meedenken. (D12; 14 x + 1 verwijzing)*
- Hierbij wordt belangrijk geacht dat HA en WV verbonden zijn, het kernteam goed georganiseerd is m.b.t. regelmatig overleg/communicatie (klein team), het aantal thuiszorgorganisaties beperkt is (D14), en dat één of twee centrale punten de signalering op zich nemen.
  - Professionals kunnen zelf investeren in goede informatie beschikbaar krijgen en snel kunnen handelen, op een laagdrempelige manier; zij kunnen zich bezighouden met scholing (A2); en implementatie ondersteunen vanuit zorggroep.
  - Vereisten hierbij zijn financiering, ondersteuning vanuit regionale organisatie; betrokkenheid en inzet zorgverleners; eenvoudig te gebruiken en beveiligde communicatiekanalen (D16); en scholing.
3. *Zorg voor een laagdrempelig en toegankelijk informatiesteunpunt voor ouderen en naasten (één loket, met persoonlijk contact en niet alleen digitaal of brochure). (D16; 11 x, + 1 verwijzing)*
- Hierbij wordt gedacht aan het hebben van één centraal elektronisch dossier, dat direct toegankelijk is voor iedereen. Daarnaast moet goed worden samengewerkt en afspraken gemaakt over hoe om te gaan met het dossier. Eén persoon geeft bij de uitwerking van C8 (maak gebruik van individueel zorgplan) een vergelijkbare uitwerking.

Drie personen hebben D14 (huisarts gaat wijkgericht werken) uitgewerkt. Opgemerkt is dat dit betekent, dat dan de vrije keuze van huisarts op de schop moet gaan.

#### **F: WET- EN REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

Voor het verbeteren van de wet- en regelgeving en bekostiging, wordt één oplossing onderschreven: *Versimpel het oerwoud van wet- en regelgeving door de organisatie van de zorg opnieuw te ontwerpen (ontschotten); F23: 15x.* Hierbij wordt aan het volgende gedacht.

- Financiering: het afschaffen van zogenaamde zorgplafonds; het afschaffen van het maken van zorgafspraken voor het komende jaar waarbij elk jaar 10% onder het budget van voorgaand jaar moet zitten;
- Indicering: het werken met risicoprofielen/*case-finding*, en er moet op vertrouwen geïndiceerd gaan worden door betrokken huisarts of daarvoor aangewezen vervanger om te voorkomen dat mensen die dezelfde indicatie zouden moeten hebben verschillende budgetten hebben omdat gebudgetteerd wordt uit een ander potje (bijv. WLZ versus ZVW voor dagbehandeling thuiswonende cliënt).
- Organisatie (praktisch): 1 gezicht voor cliënt en mantelzorger
- Wet en regelgeving: één pakket wet- en regelgeving met duiding waar de verantwoordelijkheid ligt, tevens versimpelen; Duidelijke verwijzing naar een wet of toegangspoort wat zorg uit kan, nu is er de WLZ, ZZP, maar deze is niet voldoende ingericht en toereikend voor de thuiswonende bewoner, cliënt.
- Specifiek wordt dan nog ingegaan op de wet- en regelgeving rondom vergoeding van bepaald type zorg voor zorgverlener (MDO) en oudere (fysiotherapie, tandarts, et cetera).
- Professionals kunnen hierbij gebruik maken van voorbeeldprojecten (SamenOud). Verder denken zij zelf bij te kunnen dragen door het delen van ervaringen (door netwerken en communiceren), het steunen van politieke partijen die zich hier hard voor maken, het zelf maken van een visie en deze ook uitdragen (A1), en het Zorgvuldig meekijken naar benodigde zorg en onderbouwen.
- Vereisten hiervoor zijn betrokkenheid van gemeenten en zorgverzekeraars, veranderingen in overheidsbeleid, financiën, en vertrouwen (regelzucht verminderen) (F26).

### Mee-gevers vanuit de tweede bijeenkomst van de Denktank

1. De voorgestelde oplossingsrichtingen voor de zorginhoud, het organiseren en samenwerken (w.o. de informatievoorziening) zijn niet nieuw. In verschillende regio's wordt hier in meer of mindere mate gevolg aan gegeven in diverse ouderenzorgprogramma's. Van belang is,
  - dat alle kwetsbare ouderen de gelegenheid krijgen om aan een ouderenzorgprogramma deel te nemen (niet alle huisartspraktijken zijn proactief); en
  - dat lopende projecten worden ondersteund in hun activiteiten, zodat zij deze verder kunnen uitbouwen en duurzaam kunnen inbedden (*sustainability*).
2. Werk de identificatie van de thuiswonende kwetsbare oudere uit. Hoe kan iemand in de acute zorg en/of de vervolg zorg weten, dat er sprake is van een kwetsbare persoon?
3. Opnieuw is gediscussieerd over het verbinden van het sociale en medische domein. Hoewel het belang daarvan duidelijk wordt gesignaleerd, kan de Denktank zich vinden in een uitwerking die (voorlopig) de nadruk legt op het medische domein (de medische kwetsbaarheid).
4. Aangegeven wordt dat wijkgericht werken niet hoeft te betekenen, dat er geen specifieke expertise kan worden ingeroepen, bijvoorbeeld van een fysiotherapeut uit het Parkisonnet.
5. De afstemming tussen zorgverleners vraagt enerzijds afspraken binnen de eerste lijn en over de transmurale brug, maar bovenal dat de zorgprofessionals onderling moeten leren samenwerken.
  - Communicatie op de transmurale brug kan worden ondersteund met een regionaal zorgloket voor zorgverleners waar real-time informatie beschikbaar is over zorgvoorzieningen en dat bemiddelt bij plaatsing.

- W.b. het interprofessioneel werken wordt verwezen naar de RVS nota “Heft in eigen hand”. [Grenzenwerk](#) van professionals is nodig voor: het leren kennen van en leren communiceren met andere domeinen (zorg-welzijn; binnen de 1<sup>ste</sup> lijn) en met mantelzorgers.” (22)
- 6. Het idee van het werken met een Kernteam, zoals in sommige ouderenzorgprogramma’s wordt gedaan wordt door de Denktank alom omarmd.
- 7. Bij de oplossingsrichtingen die zijn aangedragen ontbreekt nog het opstellen van een kwaliteitsstandaard voor de betrokken zorgprofessionals. Deze kwaliteitsstandaard zou ook kunnen bijdragen aan het beperkt aantrekken van thuiszorginstellingen.
- 8. W.b. de indicatiestelling zou één type indicatie moeten volstaan en de schotten in de wet- en regelgeving dienen te verdwijnen.
- 9. Hoewel de ondervraagde ouderen en mantelzorgers uit het Delhipanel “Het ontbreken van financiële middelen voor de toegang tot noodzakelijke zorg (fysiotherapie, hulpmiddelen et cetera)” niet als knelpunt onderkennen, wordt er in de Denktank duidelijk voor gepleit dat bepaalde noodzakelijke zorg (weer) in het basispakket terug moet komen.
- 10. Aangegeven wordt dat de zorgverzekeraars nog niet al hun beschikbare middelen voor deze groep ouderen inzetten. Capaciteitsproblemen kunnen daarmee wellicht worden opgelost.
- 11. Voor de bekostiging van een integraal programma ouderenzorg is voorgesteld om dit in de populatiebekostiging mee te nemen als onderdeel van de basisfinanciering.
- 12. Bij een aantal concrete uitwerkingen zijn succes- en faalfactoren toegevoegd. Zo is bijvoorbeeld aangegeven, dat het informatieloket voor ouderen en hun mantelzorgers mobiel kan worden ingericht i.v.m. het vergroten van de laagdrempeligheid.

## Nagekomen memo

Bij de uitvoering van de literatuurstudie is gebleken, dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werkte aan een inventarisatie van knelpunten in de volgende voorzieningen: het eerstelijns verblijf (ELV), de geriatrische revalidatiezorg (grz) en de aanvullende geneeskundige zorg (agz, voorheen ‘extramurale behandeling’). Deze rapportage is meegenomen in de synthese, zoals beschreven in deel I, en toegevoegd aan de referentielijst behorend bij de literatuurstudie (Bijlage 3). Het memo geeft 11 zeer herkenbare knelpunten aan:

- onvoldoende aansluiting met sociaal domein,
- geen inzicht in type patiënten en zorgvraag,
- positie en rol van SO onvoldoende duidelijk,
- onvoldoende tijd voor triage in ziekenhuis,
- onvoldoende (gespecialiseerd) personeel,
- schotten in financiering,
- huidige tarief ELV,
- behoefte aan inzicht in beschikbare bedden,
- informatie overdracht loopt niet goed,
- onbekendheid Wlz-indicatie, en
- partijen vinden elkaar niet of moeilijk, wens tot (publieke) regierol.



### Bijlage 1: Leden van de Denktank

1. Jef Nijssen, oudere en informele zorggever
2. Dr. Paul Giesen, huisarts, spoedzorg
3. Prof. dr. Patrick Jeurissen, hoogleraar Betaalbaarheid van zorg
4. Prof. dr. Raymond Koopmans, hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde
5. Marleen Lenken, wijkverpleegkundige, zorgtrajectbegeleider
6. Dr. Gerard Molleman, wijkgerichte zorg, GGD
7. Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh, huisarts, hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg
8. Prof. dr. Ria Nijhuis-van der Sanden, fysiotherapeut, hoogleraar Paramedische wetenschappen
9. Ria Peters, adviseur van het Centraal Bureau Indicatie
10. Dr. Yvonne Schoon, specialist spoedeisende geriatrie
11. Huub Schuwer, wijkverpleegkundige
12. Dr. Martina Teichert, eerstelijns apotheker, polyfarmacie
13. Dr. Lisbeth Verharen, lector versterken van sociale kwaliteit
14. Prof. dr. Hester Vermeulen, hoogleraar Verplegingswetenschappen

## Bijlage 2: Leden van de ZIN-expertgroep

1. Esther Bertholet, specialist Ouderengeneeskunde, Velp
2. Marc Bruijnzeels, Jan van Es Instituut
3. Robbert Gobbens, Hogeschool Holland/Zonnehuisgroep
4. Frank de Groot, hoofdbureau ROAZ AMC/VU Noord-Holland noord
5. Henriette van der Horst, VUMC, IOH
6. Rob van der Laar, VWS
7. Corine Zijderveld, Patiëntenfederatie Nederland
8. Yvonne Schoon, klinisch-geriater, hoofd SEH Radboud UMC
9. Cora van der Velde, kaderhuisarts ouderengeneeskunde POZOB
10. Ellen van de Vorst, gemeente Utrecht-WMO (voorheen Agis)

### Bijlage 3: Gebruikte bronnen literatuurstudie

Gebruikte bronnen literatuurstudie op alfabetische volgorde per auteur of titel.

- "Acties Landelijke Overheid Voor Een Ouderenvriendelijke Samenleving." ACTIZ | Alzheimer Nederland | BTN | Fysiotherapeuten NVFG net | InEen | KBO-PCOB | KNMP | Laego | Landelijke Huisartsen Vereniging | Mezzo | NOOM | NPV-Zorg voor het leven | NVOG en KNVG | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen | Osteoporose Vereniging | Parkinson Vereniging | Patiëntenfederatie Nederland | Per Saldo | Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland | V&VN | Verenso | Zorgbelang Nederland, 2017.
- "Als Ik Ouder Word: Het Leven Van Alledag Als Ik Wil Nadenken over Mijn Dagelijks Leven." Netwerk 100, 2016.
- "Als Zorg En/of Ondersteuning Nodig Is... Inzicht in Routes, Keuzemomenten En Gewenste Ondersteuning." edited by Patiëntenfederatie Nederland. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, 2017.
- Barnhoorn, H., and E. Bertholet. "Kernelementen En Resultaten Van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg Met Een Specialist Ouderengeneeskunde in Velp." *Bijblijven* 31 (2015): 900-14.
- "Beleidsregel Huisartsenzorg 2018: Meer Aandacht Voor Ouderen En Achterstandswijken Nodig." InEen, <https://ineen.nl/nieuws/2017/07/06/meer-aandacht-voor-ouderen-en-achterstandswijken-nodig-in-beleidsregel-2018/>.
- Berdowski, J., T. Willems, and A. de Boer. "Capaciteitsproblematiek Acute Zorg: Best Practices." netwerk acute zorg noordwest, spoedzorgnet, 2017.
- Berdowski, J., G. de Kousemaeker, M.F. van der Steeg, and F. de Groot. "De Spoedpatient Centraal: Capaciteitsproblematiek Spoedzorg Rapportage Regio Noord-Holland/Flevoland." edited by deelnemers ROAZ Noord Holland/Flevoland VWS, netwerkorganisaties LNAZ, zorgverzekeraars, 2017.
- Bertholet, E. "Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet: De Veertien Kernpunten Van Onze Aanpak." edited by Praktijk ouderengeneeskunde Bertholet. Velp.
- "Stroomdiagram KO." edited by Praktijk ouderengeneeskunde Bertholet, 2017.
- Blankestijn, R. "Possible Futures of Dutch Healthcare: Building a Set of Scenarios by Doing a Meta-Study on Explorative Scenario Studies on Dutch Healthcare." Radboud University Medical Center Nijmegen.
- Bochove, K., R. Keizer, G. de Kousemaeker, B. Runia, and M. Talstra. "Spoedzorg Voor Kwetsbare Ouderen. Vier Visies Op Een Aanpak." edited by fluent Healthcare BV, 2017.
- Boland, Laura, France Légaré, Maria Margarita Becerra Perez, Matthew Menear, Mirjam Marjolein Garvelink, Daniel I. Mclsaac, Geneviève Painchaud Guérard, *et al.* "Impact of Home Care Versus Alternative Locations of Care on Elder Health Outcomes: An Overview of Systematic Reviews." *BMC Geriatrics* 17, no. 1 (January 14 2017): 20.
- Bos, F., R. Douven, and E. Mot. "Vier Toekomstscenario's Voor Overheid En Zorg." edited by Centraal Planbureau. Den Haag, 2004.
- Buijs, M. "Overspoelen Kwetsbare Thuiswonende Ouderen De Spoedeisende Hulp? Nieuwe Cijfers Maken Duidelijk Dat Het Niet Zo Simpel Ligt." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 161, no. c3646 (2017).
- "Crisisreductie Binnen De Dementiezorg." news release., 2017.
- de Bruin, S., L. Lemmens, M. Lette, Y. Buijs, A. Stoop, and C. Baan. "Vroegopsporing Bij (Kwetsbare) Ouderen: Wat Is Nodig Om Beter Aan Te Sluiten Bij Hun Wensen En Behoeften?", edited by RIVM Ministerie Volksgezondheid welzijn en sport. Bilthoven, 2016.
- de Groen, B. "De Juiste Professional Op Het Juiste Moment (Powerpoint Presentatie)." Vilans.
- de Kousemaeker, G., and L. Vandermeulen. "Ontwikkelingen Langdurige Zorg, Ontwikkelingen in De Zorg Voor 65+ in Perspectief." edited by Actiz Fluent, 2017.
- de Rooij, S.E.J.A., M.H. Emmelot-Vonk, A. Evers, C.M.R. Knijnenburg, R.M. Kok, K. Nijs, C.M.A.A. Roks, *et al.* "Kwetsbare Ouderen." edited by VMS Veiligheidsprogramma, 2009.
- de Wit, Niek J, and Marieke J Schuurmans. "Future Care for Older People in General Practice: Paradigm Shifts Are Needed." *British Journal of General Practice* 67, no. 664 (2017): 500-01.
- "Denktank Optimaliseren Van De (Spoed)Zorg Rondom De Patiënt: Het Verhaal Van Meneer Jansen." edited by Fluent. Amsterdam, 2016.
- Doekhie, K.D., A.J.E. de Veer, J.J.D.J.M. Rademakers, F.G. Schellevis, and A.L. Francke. "Ouderen Van De Toekomst, Verschillen in De Wensen En Mogelijkheden Voor Wonen, Welzijn En Zorg." In *Overzichtsstudie*, edited by Nivel. Utrecht, 2014.

- Drewes, Y.M. . "Verbetering Van Medische Zorg Voor Kwetsbare Ouderen Met Psychiatrische Aandoeningen Addendum Bij Knmg-Standpunt Sterke Medische Zorg Voor Kwetsbare Ouderen." edited by KNMG. Utrecht, 2015.
- "Factsheet Eenzaamheid." edited by Pharos: Pharos, 2017.
- "Factsheet Migrantenmantelzorgers." edited by Pharos: Pharos, 2014.
- "Factsheet Ouderen En Bewegen." edited by Pharos: Pharos.
- Garvelink, M.M., Jones, C.A., Archambault, P.A., Roy, N., Blair, L., Légaré, F. "Deciding How to Stay Independent at Home in Later Years: Development and Acceptability Testing of an Informative Web-Based Module." [In English]. *JMIR Hum Factors* 4, no. 4 (2017): e32.
- Greeven, H., A. Peters, B. Jansen, and A. Hielkema. "Handreiking Voor Een Duurzaam Wonen-Welzijn-Zorgbeleid. Werken Met Toekomstscenario's." Utrecht: Movisie, 2012.
- "Groot Onderzoek Naar De Situatie Van Kwetsbare Ouderen." Landelijke Huisartsen Vereniging, 2017.
- "Handreiking Voor Professionals & Multidisciplinaire Teams in De Eerste Lijn: Kwetsbare Ouderen." edited by LAEGO Vilans, V&VN afdeling praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners, ROS netwerk, Gezondheidscentrum Hoensbroek Noord, Adiantar: Vilans, 2014.
- "Handreiking Voor Regionale Samenwerkingsafspraken Hap+Acute Ouderenzorg." In Een, Actiz, 2016.
- Harnas, S., and P. Schout. "Meldactie 'Ouderen Met Een Kwetsbare Gezondheid' Op Weg Naar Een Oudervriendelijke Samenleving." In *Rapport meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid' Patiëntenfederatie Nederland 2017*, edited by Patiëntenfederatie Nederland. Utrecht, 2017.
- Helga, I., and J. Everink. "Geriatric Rehabilitation Development, Implementation and Evaluation of an Integrated Care Pathway for Patients with Complex Health Problems." Universiteit Maastricht, 2017.
- Hodes, E., C. Tibosch, and M. Oude Ophuis. "Zorgplan Kwetsbare Ouderen." In *Zorgprogramma kwetsbare ouderen*. Utrecht: Cooperatie zorg nu (ketenzorg NU), 2015.
- Hootsen, M.M. , N. Rozema, and N.J. van Grondelle. "Zorgen Voor Je Ouders Is Een Manier Van Leven Een Kwalitatief Onderzoek Onder Mantelzorgers Van Turkse, Marokkaanse En Surinaamse Ouderen Met Dementie." In *Onderzoeksrapport 'Zorgen voor je ouders is een manier van leven'*, Pharos, 2013. Utrecht: Pharos, Kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid, 2013.
- "Human Included: Humanistische Prijs Namens Het Gouden Pact Voor Een Plek Waar Mensen Tellen (Jurysrapport)." 2017.
- Jacobs, M.T., M.I. Broese van Groenou, and D. J.H. Deeg. "Overleg Tussen Mantelzorgers En Formele Hulpverleners Van Thuiswonende Ouderen." *Tijdschr Gerontol Geriatr* 45 (2014): 69-81.
- JMA, Berber. "Complexe Ouderenzorg: Geef Uw Grens Aan." *LHV DE DOKTER* (2016).
- Kalsbeek, E., and M.J.W. Bontje. 2017.
- Kalsbeek, E., and N. Nieuwenhuizen. "Handreiking Samenwerking Huisarts En Specialist Ouderegeneeskunde." In *Samenhangende geneeskundige zorg voor patiënten met een complexe zorgbehoefte: LHV, Verenso*, 2014.
- "Kernwaarden Van Het Raadhuis." edited by Stichting het Raadhuis. Velp.
- Ketelaar, Nicole ABM, Marjan J. Faber, Glyn Elwyn, Gert P. Westert, and Jozé C. Braspenning. "Comparative Performance Information Plays No Role in the Referral Behaviour of Gps." *BMC Family Practice* 15, no. 1 (August 27 2014): 146.
- Klapwijk, B., and S. Groenveld. "Stichting Ons Raadhuis Een Kwalitatief Onderzoekartikel over Wat Ons Raadhuis Voor De Deelnemers Betekent." Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle, 2017.
- "Knelpuntenanalyse Kwetsbare Ouderen in De Anw-Uren." edited by LAEGO, 2016.
- Knottnerus, J.A. . "Vergrijzen Met Ambitie." edited by Gezondheidsraad, 2005.
- Knottnerus, J.A. , and P.J. van der Maas. 2007. "Ouderdom Komt Met Gebreken, Geneeskunde En Zorg Bij Ouderen Met Multimorbiditeit." Den Haag, 2008.
- Kolste, R., and N. Wilbrink. "Ouderen over Ondersteuning En Zorg Kwaliteitscriteria Voor Ondersteuning En Zorg Vanuit Ouderenperspectief Met Extra Aandacht Voor Kwetsbare Ouderen, Waaronder Migrantenouderen." edited by Nel van Beelen. Den Haag: CSO | Zorgbelang Nederland | Pharos, 2013.
- Kromhout, D. "Preventie Bij Ouderen: Focus Op Zelfredzaamheid." edited by Gezondheidsraad. Den Haag, 2009.
- Kromhout, D. . "Ondervoeding Bij Ouderen." edited by Gezondheidsraad. Den Haag, 2011.
- "Kwaliteit in Dialoog: Kwaliteitskader Ouderenzorg. Wat Is Goede Zorg En Hoe Spreken We Daarover?". edited by organisatie van zorgondernemers; Branchebelang Thuiszorg Nederland; Patiëntenfederatie Nederland; Verenso; Verpleging en Verzorging Nederland. ActiZ: WERKGROEP KWALITEITSKADER OUDERENZORG, 2016.

- Lambregtse, C. "Huisartsen En So's Vullen Elkaar Aan: Hoe Regelt U De Zorg Voor Kwetsbare Ouderen." *LHV de dokter* april 2016 (2016).
- "Langdurige Zorg: Rapport Brede Heroverwegingen." edited by Inspectie der Rijksfinanciën, 2010.
- Lemmens, L., G.C. Herber, B. Schooneveldt, L. Rietman, A. Blokstra, and A. Spijkerman. "Goede Preventieve Ouderenzorg: Welke Elementen Zijn Van Belang?". Bilthoven: RIVM, 2016.
- Lovink, M., A. Van Vught, G. van den Brink, and Laurant M. "Taakherschikking in De Ouderenzorg: Kansen, Belemmeringen En Effecten." edited by IQ healthcare & Eerstelijngeneeskunde Radboudumc. Nijmegen.
- Makai, P., M. Perry, S. H. Robben, H. J. Schers, M. M. Heinen, M. G. Olde Rikkert, and R. F. Melis. "Evaluation of an Ehealth Intervention in Chronic Care for Frail Older People: Why Adherence Is the First Target." [In eng]. *J Med Internet Res* 16, no. 6 (Jun 23 2014): e156.
- Makai, Peter, Marieke Perry, Sarah H. M. Robben, Henk Schers, Maud Heinen, Marcel G. M. Olde Rikkert, and René J. F. Melis. "Which Frail Older Patients Use Online Health Communities and Why? A Mixed Methods Process Evaluation of Use of the Health and Welfare Portal." *Journal of Medical Internet Research* 16, no. 12 (12/17).
- "Marktscan Acute Zorg." edited by NZa, 2017.
- "Met De Kennis Van Later. Naar Een Toekomstgericht Zorgbeleid." edited by Welzijn en Sport Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid. Den Haag, 2014.
- "Minister Nodig Voor Ouderen En Maatschappij " news release., 2017.
- "Naar Beter Betaalbare Zorg, Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven." edited by Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid, 2012.
- NPO/ZonMW. "Samen Werken Aan Wonen, Welzijn & Zorg (Beter Oud)". Projecten gericht op eigen regie. 2017.
- NPO/ZonMW. "Samen Werken Aan Wonen, Welzijn & Zorg (Beter Oud)". Projecten gericht op lokaal samenwerken. 2017.
- NPO/ZonMW. "Samen Werken Aan Wonen, Welzijn & Zorg (Beter Oud)". Projecten gericht op maatwerk. 2017.
- NPO/ZonMW. "Samen Werken Aan Wonen, Welzijn & Zorg (Beter Oud)". Projecten gericht op ouderenparticipatie tools. 2017.
- NPO/ZonMW. "Samen Werken Aan Wonen, Welzijn & Zorg (Beter Oud)". Projecten gericht op transmurale zorgbrug tussen eerste en tweedelijns zorg. 2017.
- NPO/ZonMW. "Samen Werken Aan Wonen, Welzijn & Zorg (Beter Oud)". Projecten gericht op vroege opsporing. 2017.
- NPO/ZonMW. "Samen Werken Aan Wonen, Welzijn & Zorg (Beter Oud)". Projecten gericht op zingeving. 2017.
- "Ouderen, Naasten En Zorgverleners Ervaren Grote Knelpunten ". LHV, 2017.
- "Peiling\_ Ouderenzorg\_2016: Uw Mening over De Ouderenzorg." edited by Patiëntenfederatie Nederland: Patiëntenfederatie Nederland, 2016.
- Pel-Littel, R., and J. Koers. "Op Weg Naar Goede Zorg Voor Kwetsbare Ouderen. Een Multidisciplinaire Aanpak." *de POH* September 2014 (2014): 36-38.
- "Plan Van Aanpak Zorg Voor Kwetsbare Ouderen." 2017.
- Poot, A.J., M.A.A. Caljouw, C.S. de Waard, J. Gussekloo, and A.W. Wind. "Movit Toolkit Medische Zorg Optimalisatie Verzorgingshuizen Implementatie Traject Integrale Eerstelijnszorg Voor Ouderen Met Complexe Problematiek." edited by LUMC MOVIT, 2013.
- "Programma Mondzorg Voor Kwetsbare Ouderen 2016 Plan Van Aanpak." edited by CapGemini: Consumentenbond, NPCF, ANT, KNMT, NVM, NVIJ, ONT, ZN, het ministerie van VWS, 2016.
- "Publicatie 'Insipratie Voor Verandering' - Verhalen En Instrumenten Voor Werken Aan Kwaliteitsverbetering." In *Waardigheid en Trots: Zorginstituut Nederland*
- "Quickscan Acute Zorg Voor Kwetsbare Ouderen." edited by Nederlandse zorgautoriteit (NZa), 2016.
- Remmerswaal, R., L. van de Camp, and I. Lapajian. "Afwegingsinstrument Voor Opname Eerstelijns Verblijf 2.0." edited by Welzijn en sport Ministerie van Volksgezondheid: LHV, Verenso, V&VN, InEen, NVSHA, NIV, KNGF, Patiëntenfederatie Nederland, PPN, ActiZ, CIZ, 2016.
- Robben, Sarah H. M., Maud M. Heinen, Marieke Perry, Theo van Achterberg, Marcel G. M. Olde Rikkert, Henk J. Schers, and René J. F. Melis. "First Experiences with a Two-Step Method for Discussing Goals with Community-Dwelling Frail Older People." *Health Expectations* 18, no. 5 (2015): 1559-66.
- Roets-Merken, L., S. Zuidema, M. Vernooij-Dassen, M. Dees, P. Hermsen, G. Kempen, and M. Graff. "Problems Identified by Dual Sensory Impaired Older Adults in Long-Term Care When Using a Self-Management Program: A Qualitative Study." [In eng]. *PLoS One* 12, no. 3 (2017): e0173601.

- Ruikes, F. G. H., B. G. I. van Gaal, L. Oudshoorn, S. U. Zuidema, R. P. Akkermans, W. J. J. Assendelft, H. J. Schers, and RtcM Koopmans. "The Association between Implementation and Outcome of a Complex Care Program for Frail Elderly People." [In eng]. *Fam Pract* (Jul 15 2017).
- Schippers, E.I. , and M.J. van Rijn. Zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Correspondentie met de voorzitter van de Tweede Kamer, 2016.
- Schippers. Plan van aanpak mondzorg kwetsbare ouderen. Correspondentie met de voorzitter van de Tweede Kamer, 2016.
- Schoemaker, C., J. van Loon, and N. Hoeymans. "Een Trendsceario En Vier Perspectieven Voor 2040 De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 158, no. A7477 (2014).
- Schoon, Y. "Ouderen Op De Spoedeisende Hulpouderen Blokkeren De Seh: Wiens Probleem Is Dit Nu Eigenlijk?", 2016.
- Schuitemaker, A. "Flitspresentatie Naar Één Gezamenlijke Spoed- En Herstelzorg "Paper presented at the Spoedzorgcongres, Noord-Holland Noord/West-Friesland, 2017.
- Sinnige, J., J. C. Braspenning, F. G. Schellevis, K. Hek, I. Stirbu, G. P. Westert, and J. C. Korevaar. "Inter-Practice Variation in Polypharmacy Prevalence Amongst Older Patients in Primary Care." [In eng]. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 25, no. 9 (Sep 2016): 1033-41.
- Sinnige, J., J. C. Korevaar, J. van Lieshout, G. P. Westert, F. G. Schellevis, and J. C. Braspenning. "Medication Management Strategy for Older People with Polypharmacy in General Practice: A Qualitative Study on Prescribing Behaviour in Primary Care." [In eng]. *Br J Gen Pract* 66, no. 649 (Aug 2016): e540-51.
- Sinnige, J., J. C. Korevaar, G. P. Westert, P. Spreeuwenberg, F. G. Schellevis, and J. C. Braspenning. "Multimorbidity Patterns in a Primary Care Population Aged 55 Years and Over." [In eng]. *Fam Pract* 32, no. 5 (Oct 2015): 505-13.
- Sixma, H., P. van Linschoten, and R. Verheul. "Onderzoeksrapport Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg." edited by nivel Landelijk netwerk acute zorg, argo, 2013.
- Soeters, M., and G. Verhoeks. "Analyse Belemmeringen Structurele Bekostiging Vier Npo-Projecten." edited by ZorgmarktAdvies. Amsterdam: ZorgmarktAdvies, 2016."Stappenplan Realiseren Structurele Financiering Innovatieve Ouderenzorg." edited by ZorgmarktAdvies. Amsterdam, 2016.
- "Stepped Care Model Velp." [*personal communication*] (2017).
- "Sterke Medische Zorg Voor Kwetsbare Ouderen Knmg-Standpunt." edited by KNMG. Utrecht, 2010.
- Steunenbergh, B., and N. van Beelen. "Sociaal Kwetsbare Ouderen." In *Zorg Voor Laaggeletterden, Migranten En Sociaal Kwetsbaren in De Huisartsenpraktijk.*, edited by Pharos. Utrecht, 2016.
- Thieme, G., P. Paardekooper, G. Wiskerke, and WinkelerD . "Plan Van Aanpak Copd in De Buurt." edited by Huisartsen Centrum Zandvoort, Amie Ouderenzorg and maatschap longartsen Spaarne Gasthuis, 2015.
- Timmers, A.P. , J. Gussekloo, G.Th. van der Werf, A.W. Wind, P. van den Hombergh, M. Bouma, and R.S.M. Helsloot. "Nhg-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg: Huisartsgeneeskunde Voor Ouderen." edited by NHG, 2007.
- Timmers, A.P., J. Gussekloo, G.Th. van der Werf, A.W. Wind, P. van den Hombergh, M. Bouma, and R.S.M. Helsloot. "Huisartsgeneeskunde Voor Ouderen 'Er Komt Steeds Meer Bij..'" In *NHG-standpunt*, edited by Nederlands Huisartsen Genootschap, 2007.
- "Toekomstige Ouderenzorg; Kernwaarden, Opbrengsten En Perspectief: De Visie Van Cso, Nfu En Zonmw." edited by NFU CSO (de koepel van ouderenorganisaties), ZonMw, 2012.
- "Toekomstvisie Huisartsenzorg: Modernisering Naar Menselijke Maat Huisartsenzorg in 2022." edited by LHV NHG, Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. Utrecht: NHG, LHV, Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde., 2012.
- van Cadsand, R., and I. Renes. "Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg." edited by Zilveren kruis, 2017.
- van de Rijdt-van de Ven, A.H.J. . "Complexe Ouderenzorg in Verzorgingshuis En Thuis." In *Handreiking, samenhangende zorg in de eerste lijn*, edited by Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) and Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA), 2009.
- van den Berg Jeths, A. , J.M. Timmermans, N. Hoeymans, and I.B. Woittiez. "Ouderen Nu En in De Toekomst Gezondheid, Verpleging En Verzorging 2000 - 2020." edited by Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Bilthoven: RIVM, 2004.

- van den Berg, P., H. van den Broek, G. Bukkems, S. van Leeuwen, J. Snoei, H. Seijger-Ackerstaff, and L. de Jong. "Langer Zelfstandig Thuis Wonen Met Ernstige Beperkingen Rekenkameronderzoek in Het Kader Van De Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015." edited by rekenkamer utrecht. Utrecht, 2017.
- van den Broek, T., P. A. Dykstra, and R. J. van der Veen. "Care Ideals in the Netherlands: Shifts between 2002 and 2011." [In eng]. *Can J Aging* 34, no. 3 (Sep 2015): 268-81.
- van den Muijsenbergh, M. "Zorg Voor Ouderen Met Een Migratieachtergrond in De Laatste Levensfase." In *Nhg-Handboek Palliatieve Zorg, Deel I: Veroudering En De Geriatrische Werkwijze*, edited by NHG.
- van der Maas, P.J. . "Advies Onderzoek Medische Zorg Voor Ouderen (in Het Bijzonder Ouderen Met Multiple En Complexe Aandoeningen)." edited by Raad voor gezondheidsonderzoek. Den Haag, 2006.
- van der Vorst, Anne, G. A. Rixt Zijlstra, Nico De Witte, Ruth G. M. Vogel, Jos M. G. A. Schols, and Gertrudis I. J. M. Kempen. "Explaining Discrepancies in Self-Reported Quality of Life in Frail Older People: A Mixed-Methods Study." *BMC Geriatrics* 17, no. 1 (October 26 2017): 251.
- van Diemen-Steenvoorde, J.A.A.M. . "Continuïteit Van Zorg Voor Kwetsbare Ouderen Vanuit Het Ziekenhuis Naar Verpleeg- En Verzorgingshuizen, Huiszorg En Huisartsen Niet Gewaarborgd." IZG, 2015.
- van Hintum, M. "Kwetsbare Ouderen in De Praktijk (Journalistieke Samenvatting Van Het Rapport Kwetsbare Ouderen)." In *Kwetsbare ouderen*, edited by Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, 2011.
- van Iersel, M.B., D.R.M. Jansen, and Olde Rikkert M.G.M. "'Frailty' Bij Ouderen." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 153, no. A183 (2009): 1-5.
- van Linschoten, C.P. , and B.P. te Velde. "Inventarisatie En Analyse Van Multidisciplinaire Zorg Voor Kwetsbare Ouderen.", edited by ARGO bv, 2016.
- van Rijn, M.J. Betaaltitel Specialist Ouderengeneeskunde. Correspondentie met de voorzitter van de tweede kamer, 2014.
- Vanderkaa, M. "Position Paper Rondetafelgesprek Ondervoeding Bij Ouderen." In *RTG Ondervoeding: KBO-PCOB, Patientenfederatie Nederland*, 2017.
- Vanneste, V. "'Handen Ineen' Verbetering Van Zorg Voor Kwetsbare Ouderen in De Eerste Lijn."
- Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GWL, Rijnbeek CM, et al. "Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg Voor Kwetsbare Ouderen." *Huisarts en Wetenschap* 60, no. 6 (2017): S1-S12.
- "Visie Huisartsenzorg Voor Ouderen Samen Werken Aan Persoonsgerichte Zorg." edited by NHG. Utrecht: NHG, Laego en LHV met medewerking van InEen, 2017.
- "Voorzieningen Voor Oudere Patiënten Niet Goed Geregeld ". edited by LHV, 2016.
- Vulto, M., A. Goris, and F. de Jong. "Op Naar 2022! Drie Toekomstscenario's Voor Wijkgerichte Zorg En Ondersteuning." edited by Vilans. Utrecht, 2014.
- Vunderink, L., B. Karssen, P. van Hooff, and Koster L. "Vitale Ouderen En De Houdbaarheid Van De Zorg Kwalitatieve Systemanalyse." edited by Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. Den Haag, 2012.
- "Wijkcompas (Powerpoint Presentatie)." Vilans.
- Winda, A.W. , and A.J. Poot. "Visiedocument 2014: Eerstelijngeneeskunde Voor Ouderen; Lokale, Persoonsgerichte, Passende, Proactieve, Samenhangende Zorg Én Ondersteuning." edited by LAEGO, 2014.
- Wouda, L., and M. van Harten. "Krakende Ketens in De Zorg Voor Kwetsbare Ouderen Verbeter De Zorg – Begin Bij Jezelf!" In *Stedelijk advies Amsterdam Knelpunten en oplossingsmogelijkheden*, edited by SIGRA. Amsterdam: SIGRA, 2017.
- "Zorg- En Verblijfsvormen Kwetsbare Ouderen." edited by Welzijn en Sport MInisterie van Volksgezondheid. Den Haag, 2016.
- "Zorginstituut Nederland Wil Eenvoudiger Systeem Voor Goede Wlz Zorg." In *Waardigheid en Trots (kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg)*, edited by Zorginstituut Nederland: Zorginstituut Nederland.

#### Bijlage 4: Leden van het Delhipanel naar rol en/of functie

	<b>Rol, functie</b>	<b>N</b>
1	Kwetsbare ouderen	6
2	Naasten/Mantelzorger	5-8*
	<b>Subtotaal ouderen/mantelzorg</b>	<b>11-14*</b>
3	Ketenregisseur	1
4	Zorgtrajectbegeleider	1
5	Casemanager	1
6	Casemanager dementie	1
7	Wijkverpleegkundige	4
8	Praktijkverpleegkundige	1
9	Huisarts	3
10	Kaderhuisarts ouderen	2
11	Hoogleraar eerstelijns geneeskunde	1
12	Specialist ouderengeneeskunde	2
13	SPV	1
14	Verpleegkundige geriatrie/docent	1
15	Apotheker	1
16	Ergotherapeut	2
17	Geriatrisch fysiotherapeut	1
18	Diëtist	1
19	Psycholoog BGGZ	1
20	Activiteitenbegeleider	1
21	Klinisch geriater	2
22	Geriatrisch verpleegkundige	1
23	Zorginkoper	1
24	Persoonsgerichte geïntegreerde ouderzorg	1
25	Beleidsadviseur gemeente	2
26	Strategisch adviseur WMO	1
27	Denktank 60 plus Noord	1
28	Ouderenadviseur (MW)	1
29	Projectleider 1 <sup>ste</sup> lijn	1
30	Projectleider Ouderenmishandeling	1
31	Lid diverse commissies	1
32	Lector	1
33	GeriMedica BV	1
34	Geen initiatiefnemer, NPO, Memorabel, Radicale vernieuwing verpleeghuiszorg	1
35	Adviseur dementie Vilans	1
	<b>Subtotaal zorgverleners/beleidsmakers</b>	<b>43</b>
	<b>Totaal aantal respondenten</b>	<b>54</b>

\*3 Kwetsbare ouderen hebben aangegeven ook mantelzorger te zijn (geweest).



## Bijlage 5: Knelpunten en oplossingsrichtingen vanuit literatuurstudie

KNELPUNTEN IN DE ZORG VOOR THUISWONENDE KWETSBARE OUDEREN	
<b>A: GEBREK AAN GEDEELDE VISIE EN KENNIS</b>	
1.	De visie op de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen wordt onvoldoende gedeeld binnen het team van zorg- en hulpverleners rondom de oudere. (1, 23)
2.	De samenleving en een deel van de professionals betrokken in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen heeft een negatieve houding (attitude) t.a.v. kwetsbare ouderen. (24)
3.	Professionals hebben te weinig kennis/deskundigheid over herkennen en behandelen van specifieke problemen waar kwetsbare ouderen mee te maken kunnen hebben. (1, 24-32)
4.	Beleidsmakers weten niet hoeveel zorg thuiswonende kwetsbare ouderen daadwerkelijk gebruiken. (24, 25, 33)
<b>B: TE WEINIG AANDACHT VOOR PREVENTIE (VOORKÓMEN) VAN KWETSBAARHEID EN OP TIJD SIGNALEREN</b>	
5.	De ouderen en naasten beseffen vaak niet hoe kwetsbaar zij zijn. (24, 29, 34)
6.	De ouderen en naasten hebben te weinig informatie en ondersteuning om adequaat en op tijd (proactief) te kunnen handelen. (35)
7.	De zorg- en hulpverleners hebben onduidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden bij het vroegtijdig opsporen van kwetsbaarheid bij thuiswonenden ouderen. (35, 36)
8.	Huisartsen werken reactief (handelen bij ziekte) in plaats van proactief (signaleren en voorkomen van ziekte of kwetsbaarheid). (2, 37, 38)
9.	Na opname in het ziekenhuis is er weinig aandacht bij zorg- en hulpverleners voor de toename van kwetsbaarheid. (11, 24, 39)
10.	Beleidsmakers (het zorgsysteem) focussen te weinig op preventie (voorkómen) van kwetsbaarheid en crisissituaties. (1, 24, 30, 40-42)
<b>C: ZORG TE WEINIG INGEVULD VANUIT PERSPECTIEF VAN OUDEREN EN NAASTEN</b>	
11.	Ouderen en naasten hebben onvoldoende vaardigheden en hulpmiddelen voor het nemen van eigen regie. (30, 31, 43-45)
12.	Het zorg-, hulp-, welzijn- en woonaanbod sluit onvoldoende aan op de wensen en behoeften van ouderen en naasten. (2, 8, 25, 29, 30, 32, 35, 46-48)
13.	Professionals leggen de zorgwensen van ouderen onvoldoende vast in een persoonlijk zorgdossier. (24, 35)
14.	Er is te weinig aandacht voor specifieke problemen van bepaalde groepen ouderen, zoals laaggeletterden en migranten. (7, 24, 34, 35)
<b>D: GEBREK AAN REGIE, AFSTEMMING, COMMUNICATIE</b>	
15.	Gebrek aan toegankelijke, up-to-date informatie over zorg- en hulpmogelijkheden voor ouderen, naasten en zorg- en hulpverleners. (2, 8, 25, 29, 32, 33, 46)
16.	Zorg- en hulpverleners kennen elkaar niet (meer); zij weten niet welke experts zij kunnen benaderen rondom de zorg voor kwetsbare ouderen, of wat hun contactinformatie is, en welke rollen verschillende zorgverleners hebben. (9, 32, 40, 46, 49-52)
17.	Zorgverleners gebruiken verschillende taal en begrippen in de onderlinge communicatie over het persoonlijk zorg- en behandelplan van kwetsbare ouderen (53, 54)
18.	Zorgverleners op de huisartsenpost en ambulance verwijzen ouderen te snel naar de eerste hulp, terwijl dit niet altijd de beste oplossing is. (18, 27, 36)
19.	Ontbreken up-to-date informatie voor zorgverleners over vervolgzorg- en crisisbedden waar zij kwetsbare ouderen naar kunnen doorverwijzen (o.a. geriatrische revalidatie en Eerstelijnsvoorzieningen). (2, 20, 24, 27-29, 55, 56)

<b>E: TE WEINIG ZORGVERLENERS EN ZORGVOORZIENINGEN DOOR TOENAME FREQUENTIE EN COMPLEXITEIT ZORGVRAAG</b>
20. Overbelasting informele zorg (bijvoorbeeld mantelzorg). (20, 24, 25, 35, 41, 47, 48)
21. Tekort aan verpleegkundigen in de wijk, op de huisartsenpost en eerste hulp. (2, 24, 28, 29, 36, 38, 46, 49)
22. Tekort aan voorzieningen bij spoed- (m.n. op de momenten waarop het erg druk is) en eerstelijnsvoorzieningen. (6, 24, 27, 28, 32, 51, 57, 58)
23. Te hoge werkdruk zorgverleners door meer en meer complexe zorgvraag van kwetsbare ouderen. (7, 24, 28, 29, 32, 55)
<b>F: WET- EN REGELGEVING EN BEKOSTIGING (59)</b>
24. Ontbrekende financiële middelen voor toegang tot noodzakelijke zorg (fysiotherapie, visuele hulpmiddelen et cetera). (2, 24, 28, 32, 33, 49, 59)
25. Bureaucratie die ten koste gaat van de directe zorg- en hulpverlening (zorgverleners brengen meer tijd door achter hun computer dan met hun oudere cliënten). (2, 32, 60)
26. Gemeente- en zorgsysteem zijn te veel gescheiden. (2, 7, 24, 25, 28, 33, 49)

<b>OPLOSSINGSRICHTINGEN VOOR DE ZORG VOOR THUISWONENDE KWETSBARE OUDEREN</b>
<b>A: GEBREK AAN GEDEELDE VISIE EN KENNIS</b>
1. Maak de visie op zorg voor kwetsbare thuiswonenden ouderen meer bekend onder alle betrokkenen en werk daarbij aan een meer positieve kijk op ouderen (een samenleving waarin ouderen meer betrokken worden). (2, 7, 10, 11, 31, 39, 61)
2. Zorg dat professionals meer algemene, allesomvattende kennis over de zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen krijgen, in opleidingen (bijv. gezamenlijke opleidingen voor verschillende typen zorgverleners). (7, 12, 27-29, 33, 34, 39, 40, 49, 51, 58, 62, 63)
3. Verzamel gegevens om inzicht te krijgen in het werkelijke en noodzakelijke zorggebruik van de (kwetsbare) thuiswonende ouderen. (25, 29, 30, 42, 43)
<b>B: TE WEINIG AANDACHT VOOR PREVENTIE (VOORKÓMEN) VAN KWETSBAARHEID EN OP TIJD SIGNALEREN</b>
4. Vorm wijkgerichte teams die afspraken maken over taken en verantwoordelijkheden bij het vroegtijdig opsporen van kwetsbaarheid bij ouderen. Deze teams worden regionaal en landelijk ondersteund bij het organiseren van de samenwerking met andere professionals, het verkrijgen van benodigde vaardigheden, en de toegang tot benodigde documenten en materialen. (1, 11, 20, 29, 33, 39, 41, 45, 51, 56, 61, 64, 65)
<b>C: ZORG TE WEINIG INGEVULD VANUIT PERSPECTIEF VAN OUDEREN EN NAASTEN</b>
5. Laat zorg- en hulpverleners met voorbeelden zien hoe het afstemmen van de zorg op de hulpvraag van de oudere de zorg kan verbeteren en het werkplezier vergroot. Hiervoor is het belangrijk dat ouderen, naasten en zorg- en hulpverleners leren om samen beslissingen te nemen over de zorg voor kwetsbare ouderen. (denktank)
6. Investeer in sociale contacten en vangnet voor kwetsbare ouderen. (27, 29, 41, 66)
7. Gebruik van een allesomvattende blik bij het beoordelen van de hulpvraag en -behoefte van kwetsbare ouderen en diens naasten (inclusief informatiebehoefte en hulpmiddelen voor binnen- en buitenshuis, welzijn, cognitie, wie betrokken zijn bij zorg en hoe). (20, 28-30, 39, 49, 58, 61, 62, 67)

8. Leg het individueel zorgplan van kwetsbare ouderen (doel en uitwerking) vast in een persoonlijk zorgdossier. (2, 29, 33, 68)
9. Zorg voor een gevarieerd woonaanbod (niet alleen appartementen, maar ook verzorgingshuizen met privékamers en gezamenlijke huiskamers, samenwoning vormen met studenten, kleinschalig wonen). (65, 69)
10. Denk in “zorgprofielen” (zorg die bij bepaalde groepen van ouderen past) om beleid te maken en bij de (na)scholing van professionals.(2)
<b>D: GEBREK AAN REGIE, AFSTEMMING, COMMUNICATIE</b>
11. Zorg voor een laagdrempelig en toegankelijk informatiesteunpunt voor ouderen en naasten (één loket, met persoonlijk contact en niet alleen digitaal of brochure). (2, 25, 32)
12. Vorm een klein kernteam met (1) de kwetsbare oudere (en/of iemand die de oudere vertegenwoordigt), (2) de huisarts/POH en (3) de wijkverpleegkundige. Het is belangrijk het kernteam klein te houden zodat men indien nodig snel kan handelen. Afhankelijk van het opgestelde zorg- en behandelplan en de fase waarin de zorg verkeert kunnen andere zorg- en hulpverleners (tijdelijk) meedenken. (2, 7, 20, 25, 26, 39, 44, 49, 57, 61-64, 70-74)
13. Maak gebruik van een regionaal geriatrisch netwerk in de zorg voor kwetsbare ouderen(20, 25, 40, 62, 63, 70) (61, 70, 73, 75-77)
14. Investeer in wijkgericht werken door de huisartsenzorg en de wijkverpleging aan een wijk te koppelen. Dit vergroot de continuïteit van zorg. (29, 30, 41, 45, 78, 79)
15. Zorg dat de zorg- en hulpverleners (zorg, welzijn, vrijwilligers) rond de kwetsbare oudere elkaar kennen en elkaar laagdrempelig kunnen bereiken om de zorg af te stemmen. Interdisciplinair werken. (33, 38, 49, 57, 62, 63, 71)
16. Werk met één persoonlijk zorg- en behandeldossier voor kwetsbare ouderen (met afspraken over wie waar toegang tot heeft). (2, 29, 33, 51)
17. Investeer in betere organisatie van verwijzingen naar spoedeisende hulp (laat de huisarts eerst kijken i.p.v. direct ambulance aan te sturen). (7, 27-29, 40, 55, 58, 80)
18. Investeer in betere organisatie bij opname op eerste hulp/ziekenhuis. Breng bij opname het sociaal netwerk van ouderen in kaart en vaardigheden van de mensen in het netwerk. (40)
19. Investeer in betere organisatie bij ontslag vanuit eerste hulp/ziekenhuis. Betrek iemands sociale netwerk bij ontslag, stuur iemand niet op vrijdagmiddag terug naar huis, en houd bij hoe het met de oudere gaat na ontslag. Hiervoor is van belang dat up-to-date informatie over vervolgzorg beschikbaar is (denk daarbij aan eerstelijnsvoorzieningen en geriatrische revalidatiezorg). (27, 28, 40, 55, 58, 65)
<b>E: TE WEINIG ZORGVERLENERS EN ZORGVOORZIENINGEN DOOR TOENAME FREQUENTIE EN COMPLEXITEIT ZORGVRAAG</b>
20. Signaleer mogelijke overbelasting van de informele zorg en grijp tijdig in. (20, 48, 69)
21. Organiseer de zorg zo, dat de onnodige terugval en herhaalde opname in het ziekenhuis kan worden vermeden. (40, 45)
22. Investeer in taakherschikking en taakvernieuwing, waarbij sommige taken van de huisarts naar andere beroepen worden overgedragen. (7)
<b>F: WET- EN REGELGEVING EN BEKOSTIGING</b>
23. Versimpel het oerwoud van wet- en regelgeving door de organisatie van de zorg opnieuw te ontwerpen (ontschotten). (25, 27, 32, 45, 54, 55, 58, 60, 62, 63)
24. Vergoed structureel ook niet patiënt- of cliëntgebonden taken (bijv. MDO). (27, 28, 51, 58)

25. Zorg voor beschikbaarheid van zorg op die onderdelen die belangrijk zijn voor het functioneren en welzijn van kwetsbare ouderen zoals fysiotherapie, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg. (12, 13, 51)
26. Vervang bureaucratie voor zorgverleners (activiteiten gericht op controleren van hun handelen) door vertrouwen (professionele zelfstandigheid). (33)

#### Bijlage 6: Geprioriteerde knelpunten per thema

KNELPUNTEN	% PROFESSIONALS (N= 43)	% OUDEREN/MZ (N= 11)	TOTAAL (N=54)
<b>A: GEBREK AAN GEDEELDE VISIE EN KENNIS</b>			
De visie op de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen wordt onvoldoende gedeeld binnen het team van zorg- en hulpverleners rondom de oudere.	67%(29)	72%(8)	<b>69% (37)</b>
De samenleving heeft een negatieve houding (attitude) t.a.v. kwetsbare ouderen.	49% (21)	36% (4)	<b>46% (25)</b>
Professionals hebben te weinig kennis/deskundigheid over herkennen en behandelen van specifieke problemen waar kwetsbare ouderen mee te maken kunnen hebben.	56% (24)	55% (6)	<b>56% (30)</b>
Beleidsmakers weten niet hoeveel zorg thuiswonende kwetsbare ouderen daadwerkelijk gebruiken	74% (32)	72%(8)	<b>74% (40)</b>
<b>B: TE WEINIG AANDACHT VOOR PREVENTIE (VOORKÓMEN) VAN KWETSBAARHEID EN OP TIJD SIGNALEREN</b>			
De ouderen en naasten hebben te weinig informatie en ondersteuning om adequaat en op tijd (proactief) te kunnen handelen.	81%(35)	72%(8)	<b>79% (43)</b>
De ouderen en naasten beseffen vaak niet hoe kwetsbaar zij zijn.	65% (28)	82% (9)	<b>69% (37)</b>
De zorg- en hulpverleners hebben onduidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden bij het vroegtijdig opsporen van kwetsbaarheid bij thuiswonenden ouderen.	69% (30)	64% (7)	<b>69% (37)</b>
Huisartsen werken reactief (handelen bij ziekte) in plaats van proactief (signaleren en voorkomen van ziekte of kwetsbaarheid).	74%(32)	64%(7)	<b>72%(39)</b>
Na opname in het ziekenhuis is er weinig aandacht bij zorg- en hulpverleners voor de toename van kwetsbaarheid.	74%(32)	55%(6)	<b>70% (38)</b>
Beleidsmakers (het zorgsysteem) focussen te weinig op preventie (voorkómen) van kwetsbaarheid en crisissituaties.	69%(30)	72%(8)	<b>70% (38)</b>
<b>C: ZORG TE WEINIG INGEVULD VANUIT PERSPECTIEF VAN OUDEREN EN NAASTEN</b>			
Ouderen en naasten hebben onvoldoende vaardigheden en hulpmiddelen voor het nemen van eigen regie.	79%(34)	64%(7)	<b>76% (41)</b>
Het zorg-, hulp-, welzijn- en woonaanbod sluit onvoldoende aan op de wensen en behoeften van ouderen en naasten.	69%(30)	82%(9)	<b>72% (39)</b>
Professionals leggen de zorgwensen van ouderen onvoldoende vast in een persoonlijk zorgdossier.	49% (21)	64% (7)	<b>52% (28)</b>

Er is te weinig aandacht voor specifieke problemen van bepaalde groepen ouderen, zoals laaggeletterden en migranten.	53% (23)	36% (4)	<b>50% (27)</b>
--	----------	---------	-----------------

KNELPUNTEN, VERVOLG	% PROFESSIONALS (N= 43)	% OUDEREN/MZ (N= 11)	TOTAAL (N=54)
<b>D: GEBREK AAN REGIE, AFSTEMMING, COMMUNICATIE</b>			
Gebrek aan toegankelijke, up-to-date informatie over zorg- en hulpmogelijkheden voor ouderen, naasten en zorg- en hulpverleners.	69%(30)	64%(7)	<b>69% (37)</b>
Zorg- en hulpverleners kennen elkaar niet (meer); zij weten niet welke experts zij kunnen benaderen rondom de zorg voor kwetsbare ouderen, of wat hun contactinformatie is, en welke rollen verschillende zorgverleners hebben.	60% (26)	45% (5)	<b>57% (31)</b>
Zorgverleners gebruiken verschillende taal en begrippen in de onderlinge communicatie over het persoonlijk zorg- en behandelplan van kwetsbare ouderen.	58% (25)	45% (5)	<b>56% (30)</b>
De huisartsenpost en ambulancezorg verwijzen ouderen te snel naar de eerste hulp, terwijl dit niet altijd de beste oplossing is.	53% (23)	18% (2)	<b>46% (25)</b>
Ontbreken up-to-date informatie voor zorgverleners over vervolgzorg- en crisisbedden waar zij kwetsbare ouderen naar kunnen doorverwijzen (o.a. geriatrische revalidatie en eerstelijnsverblijven).	60% (26)	45% (5)	<b>57% (31)</b>
<b>E: TE WEINIG ZORGVERLENERS EN ZORGVOORZIENINGEN DOOR TOENAME FREQUENTIE EN COMPLEXITEIT ZORGVRAAG</b>			
Overbelasting informele zorg (bijvoorbeeld mantelzorg).	97%(42)	72%(8)	<b>93% (50)</b>
Tekort aan verpleegkundigen in de wijk, op de huisartsenpost en eerste hulp.	63% (27)	55% (6)	<b>61% (33)</b>
Tekort aan voorzieningen bij spoed- (m.n. op de momenten waarop het erg druk is) en eerstelijnsverblijven.	60% (26)	55% (6)	<b>59% (32)</b>
Te hoge werkdruk zorgverleners door meer en meer complexe zorgvraag van kwetsbare ouderen.	74%(32)	72%(8)	<b>74% (40)</b>
<b>F: WET- EN REGELGEVING EN BEKOSTIGING</b>			
Ontbrekende financiële middelen voor toegang tot noodzakelijke zorg (fysiotherapie, visuele hulpmiddelen et cetera).	40% (17)	0 (0)	<b>31% (17)</b>
Bureaucratie die ten koste gaat van de directe zorg- en hulpverlening (zorgverleners brengen meer tijd door achter hun computer dan met hun oudere cliënten).	81% (35)	69%(7)	<b>78% (42)</b>
Gemeente- en zorgsysteem zijn te veel gescheiden.	69% (30)	55% (6)	<b>67% (36)</b>

## 2 III Storytelling

### 3 Casus

*Mevrouw A, geboren in 1929, krijgt thuis op een maandagavond in juli pijn op de borst. Via de Huisartsenpost (HAP) wordt ze ongezien, zonder overdracht, met een ambulance ingestuurd naar het ziekenhuis. Na beoordeling door de cardioloog op de Spoed Eisende Hulp (SEH) wordt haar medicatie gewijzigd en gaat ze met een taxi en zonder medische overdracht weer naar huis, waar haar nieuwe pillen in een grote zak worden afgeleverd door de apotheek.*

*Een week later vindt de krantenbezorger haar onderkoeld op het tuinpad voor haar huis. Ze is gevallen nadat ze midden in de nacht de vuilniszak had buiten gezet. De ambulance brengt haar opnieuw naar het ziekenhuis, dit keer met een gebroken heup.*

*Voor de burens die een oogje in het zeil houden, is het duidelijk een kwestie van “geen samenwerking in de zorg”. Het kon immers niet goed gaan met al die nieuwe pillen, zeker niet nu haar enige dochter op vakantie is en er in vakantieperiode telkens andere wijkzusters zijn. Ook doet mevrouw het eten van tafeltje-dekje de laatste tijd ongeopend in de klikobak.*

In dit hoofdstuk worden aan de hand van deze casus de knelpunten en oplossingsrichtingen in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen gepresenteerd, zoals aangetroffen in de literatuurstudie en besproken in de Denktank. In de beschrijving wordt een onderscheid gemaakt naar de verschillende niveaus van knelpunten en oplossingsrichtingen: individueel, lokaal, regionaal en landelijk.

#### **Knelpunten en oplossingsrichtingen<sup>11</sup>**

*Mevrouw A weet dat zij in de avonduren een beroep kan doen op de huisartsenvoorziening HAP. Maar zij weet niet, hoe zij een douchestoel kan aanvragen.* Up-to-date informatie over zorg- en hulpmogelijkheden is niet erg toegankelijk voor thuiswonenden kwetsbare ouderen en hun naasten [knelpunt 15]. Als oplossingsrichting wordt gedacht aan een laagdrempelig en toegankelijk een lokaal informatiesteunpunt voor ouderen en naasten: één loket met persoonlijk contact [oplossing 11]. Gemeenten, regionale en landelijke zorgorganisaties kunnen de informatie op het lokale informatiesteunpunt up-to-date houden. Ook de zorgverleners hebben behoefte aan een steunpunt voor informatievoorziening, die bemiddelt bij vervolgzorg en zorg die nodig is in de thuissituatie (knelpunt 15). De behoefte komt voort uit het feit, dat zorgverleners elkaar niet (meer) kennen; zij weten niet welke experts zij kunnen benaderen rondom de zorg voor kwetsbare ouderen, of wie hun contactbron is, en welke rollen verschillende zorgverleners hebben (knelpunt 16).

*Mevrouw A wordt zonder overdracht met een ambulance ingestuurd naar het ziekenhuis, waar een cardioloog haar medicatie wijzigt waarna zij weer naar huis gaat. De volgende dag levert de apotheek de nieuwe medicatie af. Gelukkig kan mevrouw A in dit geval terecht in het ziekenhuis. Eenzijdig afgegeven*

<sup>11</sup> Aangedragen knelpunten zijn gebaseerd op de literatuur, maar aangescherpt en gewijzigd in denktank, dus niet altijd letterlijk hetzelfde. De bronvermelding is dus niet altijd letterlijk.

stopbeleid waardoor ambulances tevergeefs rijden [knelpunt 18] en een gebrek aan real-time inzicht over mogelijkheden in de vervolgzorg wordt als knelpunt ervaren [knelpunt 19]. Het eerdergenoemde steunpunt voor informatievoorziening voor de zorgverleners kan hierin uitkomst brengen. In de beschreven casus levert de apotheek de volgende dag de medicatie af. In veel ouderenzorgprogramma's wordt voorzien in een medicatie review voor kwetsbare ouderen.

*In het voorbeeld is geen sprake van inzage in het persoonlijke zorgdossier van mevrouw A.* Inzage in het persoonlijk zorgdossier (oplossing 8) kan bijdragen aan een adequate beslissing van de cardioloog met inachtneming van de wensen en behoeften van mevrouw A (persoonlijke context). Op dit moment zijn er nog onvoldoende mogelijkheden om op diverse plaatsen het persoonlijk zorgdossier in te zien en te delen; het ontbreken van een gezamenlijke taal wordt hierbij als een extra barrière genoemd (knelpunt 17). Voor het invullen van het persoonlijk dossier is het nodig om de zorgwensen vast te leggen; wat nu nog onvoldoende plaatsvindt (knelpunt 13). Om deze zorgwensen goed te inventariseren zijn ondersteunende maatregelen nodig met extra aandacht voor bepaalde groepen, zoals laaggeletterden en migranten (knelpunt 14). Het hebben van een gedeeld persoonlijk zorgdossier van de oudere en de zorgverleners met informatie over de na te streven zorgdoelen en duidelijke gezamenlijke afspraken over de behandeling kan deze knelpunten ondervangen op voorwaarde dat het zorgdossier eenvoudig te gebruiken is en dat er afspraken worden gemaakt over de gebruikersrechten van de verschillende onderdelen (oplossing 16).

*Op basis van de zorgdoelen uit het persoonlijk zorgdossier kan mevrouw A afspraken maken over welke zorg- en welzijnsvraagstukken als eerste worden aangepakt en welke nog even kunnen wachten.* Eventueel kunnen ook woonwensen worden besproken. Met deze informatie is het mogelijk om het zorg-, hulp-, welzijn- en woonaanbod beter te laten aansluiten op de wensen en behoeften van ouderen en naasten (knelpunt 12). De naasten worden hierbij expliciet genoemd. In de praktijk kan het immers voorkomen dat de wensen en behoeften van de oudere en zijn of haar naaste uiteenlopen. De afspraken maken duidelijk, waar Mevrouw A en haar naaste (bijvoorbeeld haar dochter) zelf mee aan de slag gaan en waar zij hulp bij nodig hebben. Een knelpunt hierin is, dat ouderen en hun naasten soms onvoldoende vaardigheden en hulpmiddelen hebben voor het nemen van eigen regie (knelpunt 11). Voor *kwetsbare* ouderen en hun naasten geldt dit in sterkere mate, omdat zij vaak onvoldoende zicht hebben op hun kwetsbaarheid (knelpunt 5). Niet alleen het maken van de afspraken, maar ook het nemen van eigen regie vraagt dus ondersteuning vanuit de zorgverlening.

*Het gedeelde persoonlijk zorgdossier speelt en cruciale rol in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Maar met wie gaat mevrouw A het gesprek aan over haar zorg- en behandelplan?* De suggestie wordt gedaan om een kernteam te vormen van (1) de kwetsbare oudere (of iemand die de oudere vertegenwoordigt), (2) de huisarts of praktijkondersteuner en (3) de wijkverpleegkundige (oplossing 12). Het ligt voor de hand om in dit kernteam het persoonlijke zorg- en behandelplan op te stellen. Het is belangrijk het kernteam klein te houden om zo nodig snel te kunnen handelen. Afhankelijk van het opgestelde zorg- en behandelplan en de fase waarin de zorg verkeert *kunnen* andere zorg- en hulpverleners (tijdelijk) betrokken worden. Het werken met een kernteam draagt bij aan de continuïteit van zorg en kan het onderling vertrouwen tussen zorgverleners bevorderen en daarmee de integratie van zorg. Deze integratie van zorg kan verder ondersteund worden door het vermeerderen van de holistische en generieke kennis over en vaardigheden in de zorg voor thuiswonenden kwetsbare



ouderen (knelpunt 3; oplossing 7), als ook het meer gebruik maken van elkaars expertise. De marktwerking in het de wijkverpleegkundig aanbod maakt, dat een huisartsenpraktijk te maken heeft met patiënten die door diverse teams van wijkverpleegkundigen worden ondersteund. Een meer wijkgerichte indeling van teams van wijkverpleegkundigen kan hierin uitkomst bieden (oplossing 14).

*Mevrouw A wordt na haar val op het tuinpad met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Was deze val te voorkomen geweest? Wie zijn er allemaal bekend met de kwetsbaarheid van mevrouw A en zijn er voldoende maatregelen genomen om mevrouw A te ondersteunen in haar thuissituatie?* Kwetsbaarheid kent verschillende gradaties en één van de kenmerken van kwetsbaar zijn is het niet onderkennen daarvan (knelpunt 5). Daarmee ligt het voor de hand om de taak van vroege opsporing bij de zorgverlening te liggen (oplossing 4). Maar de zorgverlening heeft geen duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden in de vroege opsporing (knelpunt 7; oplossing 10). Als specifiek knelpunt daarbij wordt genoemd, dat huisartsen vooral reactief in plaats van proactief handelen (knelpunt 8). Onderdeel van deze preventie is om ouderen en naasten te informeren over en te ondersteunen bij het nemen van preventieve maatregelen, maar de beperkte beschikbaarheid van dit type informatie en ondersteuning wordt als een knelpunt ervaren (knelpunt 6). Als oplossingsrichting wordt voorgesteld om in wijkgerichte kernteams afspraken te maken over taken en verantwoordelijkheden bij vroegtijdige opsporing (oplossing 4). Deze teams kunnen regionaal en landelijk worden ondersteund bij het organiseren van de samenwerking met andere professionals, het verkrijgen van benodigde vaardigheden, en de toegang tot benodigde documenten en materialen (oplossing 13). Daar waar mogelijk zouden de ouderen zelf daar ook een bijdrage aan kunnen leveren wat bijdraagt aan de sociale contacten en het vangnet voor kwetsbare ouderen (oplossing 6).

*Als de val van mevrouw A te voorkomen was geweest dan betekend dit dat de druk op de spoedeisende hulp kan worden verkleind.* Een capaciteitsprobleem op HAP en SEH is één van de genoemde knelpunten (knelpunt 21). Maatregelen om onnodige terugval en herhaalde opname te voorkomen, kunnen bijdragen aan het oplossen van dit capaciteitsprobleem. Een betere organisatie bij opname (oplossing 18) en ontslag (oplossing 19) (werkend vanuit het persoonlijk zorgdossier en het kernteam) kan daaraan bijdragen, waardoor ook meer aandacht komt voor de toename van kwetsbaarheid na opname in het ziekenhuis (knelpunt 9). Wat betreft het capaciteitsprobleem op de spoedeisende hulp wordt nog opgemerkt, dat deze met name komt door een piekbelasting (knelpunt 22) als gevolg van het visite rijden van de huisarts in de middag. Afspraken die tot meer spreiding van het aanbod leiden kunnen de piekbelasting verkleinen.

*Na de opname van mevrouw A in het ziekenhuis met een gebroken heup wordt vermoedelijk aanspraak gedaan op een eerstelijnsverblijf (ELV).* Een veelgehoord knelpunt is de beschikbaarheid hiervan (knelpunt 22). Het ontbreekt aan up-to-date informatie voor zorgverleners over vervolgzorg- en crisisbedden (o.a. geriatrische revalidatie en eerstelijnsverblijf) (knelpunt 19). Dit knelpunt wordt vermoedelijk vergroot door een defensieve triage op de HAP en bij de ambulance zorg (knelpunt 18). Een betere organisatie van triage van huis naar spoedeisende hulp (bijv. huisarts gaat eerst kijken i.p.v. direct ambulance sturen) kan hier aan bijdragen (oplossing 17).

*De dochter van mevrouw A is precies gedurende beide incidenten op vakantie. Gelukkig houden de burens nog een oogje in het zeil.* Maar wat kan en mag mevrouw A verwachten van de burenhulp en wie zou zij eventueel nog meer kunnen vragen om haar zo nu en dan te helpen met iets. Het eerdergenoemde

kernteam kan samen met mevrouw A met een integrale/holistische blik kijken naar de hulpvraag en – behoefte. Aan welke ondersteuning (zorg, welzijn, wonen) is behoefte en wie kan daarbij betrokken worden? Gepleit wordt om de ondersteuning vanuit de directe omgeving door verschillende mensen te laten uitvoeren, omdat overbelasting van de informele zorg als een knelpunt wordt gezien (knelpunt 20). Maar voor de formele zorgverlening wordt juist gepleit voor iets meer continuïteit (oplossing 14).

*Voor mevrouw A waren er in deze vakantieperiode veel verschillende wijkzusters.* Helaas is dit probleem voor veel ouderen niet alleen beperkt tot de vakantieperiode. Het binden van één of een beperkt aantal wijkverpleegkundigen aan het kernteam kan een oplossing bieden. Overigens speelt ook het capaciteitsprobleem bij de wijkverpleging (knelpunt 21) hierin een rol.

In een aantal rapporten worden nog knelpunten genoemd die toe te schrijven zijn aan het Nederlandse zorgsysteem, die maken dat mevrouw A geen optimale krijgt. Gesteld wordt, dat het zorgsysteem

- te weinig focus heeft op preventie (knelpunt 10), waardoor de preventieactiviteiten nog wat achter lopen;
- te weinig financiële ondersteuning biedt voor noodzakelijke zorg, zoals fysiotherapie en ondersteunende hulpmiddelen (knelpunt 24) (oplossing 24 & 25);
- teveel bureaucratie vraagt van de zorgverleners, waardoor de balans tussen zorg verlenen en zorg verantwoord te veel in het laatste doorslaat (knelpunt 25; oplossing 26);
- nog te veel gescheiden is van de zorgactiviteiten die worden opgepakt door de gemeente (knelpunt 26; oplossing 23), waardoor het medische en het sociaal domein nog onvoldoende aan elkaar gekoppeld worden wat de holistische blik op de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen belemmerd (oplossing 7).

Maar het werken aan oplossingen voor de geconstateerde problemen staat of valt met het delen van een gemeenschappelijke visie op ouderen en wellicht nog iets breder met een meer positieve attitude ten aanzien van kwetsbare ouderen (knelpunt 1 en 2; oplossing 1). Wat in ieder geval duidelijk is geworden, is dat de huidige organisatie niet langer volstaat. Zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen vraagt om een andere inrichting van zorg, waarbij ook aandacht is voor het verminderen van werkdruk (knelpunt 23; oplossing 20 & oplossing 22) en monitoring van het zorggebruik (knelpunt 4; oplossing 3).

## De ideale situatie

Mevrouw A, geboren in 1929, weet nog precies hoe ze met haar jongste zusje op de arm wegluchtte tijdens het bombardement van Rotterdam. Maar recente gebeurtenissen willen niet meer beklijven. Zo vraagt zij dagelijks aan de thuiszorg wanneer haar man, die 21 jaar terug is overleden, thuiskomt van zijn werk. Hoe meer haar geheugen achteruitgaat des te vaker doet ze uitspraken als “jullie krijgen mij mijn huisje niet uit”, “jullie hoeven niet meer te komen” en “al die pillen zijn nergens voor nodig”.

Haar huisarts was al door de praktijkondersteuner (diabetescontrole) op de hoogte gebracht, dat het geheugen van mevrouw achteruitgaat. Ook de thuiszorg had signalen van cognitieve achteruitgang met de huisarts besproken. De huisarts besloot diagnostiek naar dementie te starten. De kinderen werden benaderd voor een heteroanamnese, de POH voerde de MMSE en algemeen geriatrische evaluatie (easycare, TRAZAG) uit. De observaties van de wijkverpleegkundige zijn gebruikt bij het stellen van de diagnose dementie. Aanvullende diagnostiek door een specialist was niet nodig.

Na het stellen van de diagnose dementie werd een zorgtrajectbegeleider ingeschakeld en werd mevrouw op het MDO ingepland. Bij het MDO waren ook thuiszorg, paramedici, welzijnsmedewerkers en een specialist ouderengeneeskunde vertegenwoordigd. Daar werd het regelmatig vallen, haar psychische en lichamelijke kwetsbaarheid door comorbiditeit (diabetes, angina pectoris, hartfalen, recidiverende depressies) besproken. Afgesproken werd om fysiotherapie in te zetten voor valpreventie en de thuiszorg uit te breiden met het aanreiken van de medicatie en de maaltijden, en hulp bij uit- en aankleden. Daarnaast werd besloten afspraken te maken over welke zorg er voor de toekomst gewenst is. Ook werd met de apotheker afgesproken alle medicatie kritisch langs te lopen.

De zorgtrajectbegeleider dementie ging in gesprek met mevrouw en haar dochter over toekomstige zorg, waarbij mevrouw aan kon geven wat voor haar belangrijk was. Mevrouw A vertelde, dat zij graag buiten komt. Dit levert haar contacten op die belangrijk voor haar zijn, omdat ze veel alleen thuis is. Mevrouw A wil graag haar eigen boontjes blijven doppen. Dat heeft ze van jongs af aan moeten doen. Ze heeft een mooi leven gehad, komt graag buiten en geniet van het contact met haar (klein)kinderen, maar vindt het niet erg om naar haar man te gaan. Verhuizen is voor mevrouw A niet bespreekbaar. De zorgtrajectbegeleider geeft aan dat dit voor nu prima is, maar dat ze daar over een half jaar weer op terug zal komen of zodra haar situatie daar aanleiding toe geeft.

Bij het volgende huisartsbezoek van mevrouw, borduurt de huisarts voort op het gesprek met de zorgtrajectbegeleider en bespreekt onderwerpen als reanimatie en ziekenhuisopname. In overleg met mevrouw A en de kinderen wordt besloten, dat mevrouw niet gereanimeerd zal worden en dat in acute situaties altijd eerst een huisarts komt kijken. Deze afspraken worden doorgegeven aan de huisartsenpost.

Op een maandagavond krijgt ze pijn op de borst. De dienstdoende huisarts gaat kijken. Met nitrospray verdwijnt de pijn op de borst en in overleg met haar dochter wordt besloten mevrouw niet in te sturen naar het ziekenhuis. De eigen huisarts overlegt de volgende dag met de cardioloog over aanpassing van de medicatie om de kans op terugkeer van de klachten te verkleinen.

Een week later vindt de krantenbezorger mevrouw A onderkoeld op het tuinpad voor haar huis. Ze is gevallen nadat ze midden in de nacht de vuilniszak had buiten gezet. De ambulance brengt haar naar het ziekenhuis. Haar heup blijkt gebroken. Bij binnenkomst op de SEH wordt mevrouw A als kwetsbaar ingeschat en wordt de huisarts gebeld voor informatie. Ze wordt zo kort mogelijk op de SEH gehouden, het geriatrisch team wordt ingeschakeld om het ontstaan van een delier te voorkomen. Binnen een uur ligt mevrouw op de afdeling en na de operatie gaat zij naar een verpleeghuis voor geriatrische revalidatie. De huisarts wordt van de situatie op de hoogte gehouden. De wijkverpleegkundige neemt deel aan het MDO in het verpleeghuis en samen met de zorgtrajectbegeleider zorgen zij voor een naadloze overgang naar huis.

De specialist ouderengeneeskunde twijfelt of terugkeer naar huis haalbaar is. Omdat mevrouw het graag wil, gaat ze een paar keer op proef naar huis en met begeleiding van een fysiotherapeut en een ergotherapeut. Na een telefoontje met de huisarts is besloten om mevrouw A het voordeel van de twijfel te geven. Thuiszorg wordt weer opgestart en uitgebreid met ADL zorg. De zorgtrajectbegeleider

en de huisarts blijven met mevrouw en haar kinderen in gesprek over de haalbaarheid. Mevrouw wordt over 3 maanden opnieuw in het MDO besproken.

## 4 IV Referenties

1. van Hintum M. Kwetsbare ouderen in de praktijk (Journalistieke samenvatting van het rapport Kwetsbare ouderen). Den Haag: 2011.
2. Wind AW, Poot AJ. Visiedocument 2014: Eerstelijnsgerichte, passende, proactieve, samenhangende zorg én ondersteuning. 2014.
3. Advies Care and Cure. 2001.
4. Sarinnapha Vasunilashorn BAS, Phoebe S. Liebig, and Jon Pynoos. Aging in Place: Evolution of a Research Topic Whose Time Has Come. *Journal of Aging Research*. 2012;2012.
5. Lambregtse c. Huisartsen en so's vullen elkaar aan: hoe regelt u de zorg voor kwetsbare ouderen. *Lhv de dokter*. 2016; april 2016.
6. Crisisreductie binnen de Dementiezorg. In: dementie D, editor.: Deltaplan dementie; 2017.
7. Timmers AP, Gussekloo J, van der Werf GT, Wind AW, van den Hombergh P, Bouma M, et al. Huisartsgeneeskunde voor ouderen 'er komt steeds meer bij..'. 2007.
8. Doekhie KD, de Veer AJE, Rademakers JDDJM, Schellevis FG, Francke AL. Ouderen van de toekomst, verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg. Utrecht: 2014.
9. Garvelink MM, Jones CA, Archambault PM, Roy N, Blair L, Légaré F. Deciding How to Stay Independent at Home in Later Years: Development and Acceptability Testing of an Informative Web-Based Module. *JMIR Hum Factors*. 2017;4(4):e32.
10. Greeven H, Peters A, Jansen B, Hielkema A. Handreiking voor een duurzaam wonen-welzijn-zorgbeleid. werken met toekomstscenario's. Utrecht: Movisie, 2012.
11. de Wit NJ, Schuurmans MJ. Future care for older people in general practice: paradigm shifts are needed. *British Journal of General Practice*. 2017;67(664):500-1.
12. Programma Mondzorg voor Kwetsbare Ouderen 2016 Plan van Aanpak. 2016.
13. Schippers. Plan van aanpak mondzorg kwetsbare ouderen. In: De Voorzitter van de Tweede Kamer, editor. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2016.
14. Kwaliteitskader ouderenzorg: Wat is goede zorg en hoe spreken we daarover? 2016.
15. Verlee E VdSR, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GWL, Rijnbeek CM, Van Bruchem-Steen Redeker H, Wilbrink N,, Wisselink H DBM, Vriezen JA. Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts en Wetenschap*. 2017.
16. Kwaliteit in Dialoog – kwaliteitskader ouderenzorg- Covernotitie. 2016.
17. Beleidsregel huisartsenzorg 2018: meer aandacht voor ouderen en achterstandswijken nodig 2017 [Available from: <https://ineen.nl/NIEUWS/2017/07/06/MEER-AANDACHT-VOOR-OUDEREN-EN-ACHTERSTANDSWIJKEN-NODIG-IN-BELEIDSREGEL-2018/>].
18. Timmers AP, Gussekloo J, van der Werf GT, Wind AW, van den Hombergh P, Bouma M, et al. NHG standpunt toekomstvisie huisartsenzorg 2007.
19. van Dam CL, Wiebes PE. Aandacht voor Welzijn. Inhoud, omvang en betekenis van de welzijnssector. *Sociaal en Cultureel Planbureau NivZeW*, editor. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2005.
20. Handreiking voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn: kwetsbare ouderen. *Vilans*, 2014.
21. van Campen C, Ras M, den Draak M. raming van het aantal kwetsbare ouderen tot 2030.
22. Schot EJJ. Heft in eigen hand: zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen. Den Haag: 2017.
23. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
24. Schoon Y. Ouderen op de spoedeisende hulpOuderen blokkeren de SEH: wiens probleem is dit nu eigenlijk? 2016.

25. Als zorg en/of ondersteuning nodig is... Inzicht in routes, keuzemomenten en gewenste ondersteuning. Utrecht: Patientenfederatie Nederland, 2017.
26. Knelpuntenanalyse kwetsbare ouderen in de ANW-uren. 2016.
27. Bochove K, Keizer R, de Kousemaeker G, Runia B, Talstra M. Spoedzorg voor kwetsbare ouderen. Vier visies op een aanpak. 2017.
28. Quickscan Acute zorg voor kwetsbare ouderen. 2016.
29. Wouda L, van Harten M. Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen Verbeter de zorg – begin bij jezelf! Amsterdam: SIGRA, 2017.
30. NPO/ZonMw. Samen werken aan wonen, welzijn & zorg (beter oud). 2017.
31. van Iersel MB, Jansen DRM, M.G.M. OR. 'Frailty' bij ouderen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2009;153(A183):1-5.
32. van Linschoten CP, te Velde BP. Inventarisatie en analyse van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen. 2016.
33. van de Rijdt-van de Ven AHJ. Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. 2009.
34. de Bruin S, Lemmens L, Lette M, Buist Y, Stoop A, Baan C. Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om beter aan te sluiten bij hun wensen en behoeften? Bilthoven: 2016.
35. Harnas S, Schout P. Meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid' Op weg naar een ouderenvriendelijke samenleving. Utrecht: 2017.
36. Vunderink L, Karssen B, van Hooff P, L. K. Vitale ouderen en de houdbaarheid van de zorg Kwalitatieve systeemanalyse. Den Haag: 2012.
37. van Diemen-Steenvoorde JAAM. Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, huiszorg en huisartsen niet gewaarborgd. IGZ, 2015.
38. Sixma H, van Linschoten P, Verheul R. Onderzoeksrapport Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg. 2013.
39. Lemmens L, Herber GC, Schooneveldt B, Rietman L, Blokstra A, Spijkerman A. Goede preventieve ouderenzorg: welke elementen zijn van belang? Bilthoven: RIVM, 2016.
40. Helga I, Everink J. Geriatric rehabilitation Development, implementation and evaluation of an integrated care pathway for patients with complex health problems: Universiteit Maastricht; 2017.
41. Wijkcompas (powerpoint presentatie). Vilans.
42. Kromhout D. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: 2009.
43. Kromhout D. Ondervoeding bij ouderen. Den Haag: 2011.
44. Steunenbergh B, van Beelen N. Sociaal kwetsbare ouderen. In: Pharos, editor. Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk. Utrecht2016.
45. Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief: De visie van CSO, NFU en ZonMw. 2012.
46. Berg Pvd, Broek Hvd, Bukkems G, Leeuwen Sv, Snoei J, Seijger-Ackerstaff H, et al. Langer zelfstandig thuis wonen met ernstige beperkingen RekenkameRondeRzoek in het kadeR van de Wet maatschappelijke ondeRsteuning 2015. Utrecht: November 2017.
47. Minister nodig voor ouderen en maatschappij [press release]. juli 2017.
48. Acties landelijke overheid voor een ouderenvriendelijke samenleving. ACTIZ | Alzheimer Nederland | BTN | Fysiotherapeuten NVFG net | InEen | KBO-PCOB | KNMP | Laego | Landelijke Huisartsen Vereniging | Mezzo | NOOM | NPV-Zorg voor het leven | NVOG en KNVG | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen | Osteoporose Vereniging | Parkinson Vereniging | Patiëntenfederatie Nederland | Per Saldo | Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland | V&VN | Verenso | Zorgbelang Nederland; 2017.
49. Kalsbeek E, Nieuwenhuizen N. Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde. LHV, Verenso, 2014.

50. Ouderen, naasten en zorgverleners ervaren grote knelpunten LHV; 2017.
51. Schippers EI, van Rijn MJ. Zorg voor kwetsbare ouderen thuis. In: Kamer dVvdT, editor. Den Haag 2016.
52. Drewes YM. Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen Addendum bij KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: November 2015.
53. Makai P, Perry M, Robben SHM, Schers H, Heinen M, Olde Rikkert MGM, et al. Which Frail Older Patients Use Online Health Communities and Why? A Mixed Methods Process Evaluation of Use of the Health and Welfare Portal. *Journal of medical Internet research*. 2014;16(12):e278.
54. Makai P, Perry M, Robben SH, Schers HJ, Heinen MM, Olde Rikkert MG, et al. Evaluation of an eHealth intervention in chronic care for frail older people: why adherence is the first target. *Journal of medical Internet research*. 2014;16(6):e156.
55. Marktscan Acute Zorg. 2017.
56. Schuitemaker A, editor Flitspresentatie Naar één gezamenlijke spoed- en herstellzorg. Spoedzorgcongres; 2017; Noord-Holland Noord/West-Friesland.
57. van Rijn MJ. Betaaltitel Specialist Ouderengeneeskunde. In: Kamer DvvdE, editor. Den Haag 2014.
58. Buijs M. Overspoelen kwetsbare thuiswonende ouderen de spoedeisende hulp? Nieuwe cijfers maken duidelijk dat het niet zo simpel ligt. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2017;161(c3646).
59. Soeters M, Verhoeks G. Stappenplan realiseren structurele financiering innovatieve ouderenzorg. Amsterdam: 2016.
60. Naar beter betaalbare zorg, Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven. 2012.
61. van der Vorst A, Zijlstra GAR, De Witte N, Vogel RGM, Schols JMGA, Kempen GIJM. Explaining discrepancies in self-reported quality of life in frail older people: a mixed-methods study. *BMC Geriatrics*. 2017;17(1):251.
62. Toekomstvisie Huisartsenzorg: modernisering naar menselijke maat Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: NHG, LHV, Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde., 2012.
63. Drewes YM. Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen Addendum bij KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: 2015.
64. Vanneste V. 'Handen ineen' Verbetering van zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn.
65. de Kousemaeker G, Vandermeulen L. Ontwikkelingen Langdurige Zorg, ontwikkelingen in de zorg voor 65+ in perspectief. 2017.
66. Klapwijk B, Groenveld S. Stichting Ons Raadhuis Een kwalitatief onderzoekartikel over wat Ons Raadhuis voor de deelnemers betekent. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle; 2017.
67. Kwaliteit in dialoog: kwaliteitskader ouderenzorg. Wat is goede zorg en hoe spreken we daarover? Werkgroep kwaliteitskader ouderenzorg, 2016.
68. Robben SHM, Heinen MM, Perry M, van Achterberg T, Olde Rikkert MGM, Schers HJ, et al. First experiences with a two-step method for discussing goals with community-dwelling frail older people. *Health Expectations*. 2015;18(5):1559-66.
69. van den Berg P, van den Broek H, Bukkems G, van Leeuwen S, Snoei J, Seijger-Ackerstaff H, et al. Langer zelfstandig thuis wonen met ernstige beperkingen RekenkameRondeRzoek in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Utrecht: 2017.
70. Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GWL, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts en Wetenschap*. 2017;60(6):S1-S12.
71. Groot onderzoek naar de situatie van kwetsbare ouderen. Landelijke Huisartsen Vereniging; 2017.

72. Jacobs MT, Broese van Groenou MI, Deeg DJH. Overleg tussen mantelzorgers en formele hulpverleners van thuiswonende ouderen. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2014;45:69-81.
73. Stepped care model Velp. [personal communication]. 2017.
74. Barnhoorn H, Bertholet E. Kernelementen en resultaten van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde in Velp. Bijblijven. 2015;31:900-14.
75. NHG L, Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. Toekomstvisie Huisartsenzorg: modernisering naar menselijke maat Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: 2012.
76. Vilans. Handreiking voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn: kwetsbare ouderen. mei 2014.
77. Everink IHJ. Geriatric rehabilitation Development, implementation and evaluation of an integrated care pathway for patients with complex health problems: Universiteit Maastricht; 2017.
78. Kalsbeek E, Bontje MJW. Zorg voor kwetsbare ouderen. In: kamer) MSe, editor. Utrecht: LHV; 2017.
79. Vulto M, Goris A, de Jong F. Op naar 2022! Drie toekomstscenario's voor wijkgerichte zorg en ondersteuning. Utrecht: 2014.
80. Hodes E, Tibosch C, Oude Ophuis M. Zorgplan Kwetsbare Ouderen. Utrecht: Cooperatie zorg nu (ketenzorg NU), 2015.



## Bijlage 3: Gesignaleerde knelpunten, gerubriceerd naar zorginhoud, bekostiging en wet/regelgeving

Het Zorginstituut heeft aan IQ Healthcare gevraagd om bij verschillende partijen te inventariseren wat de knelpunten zijn in het zorgpad voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Daarnaast heeft het Zorginstituut ook zelf knelpunten opgepikt uit gesprekken met betrokken partijen en uit de rapportage van de NZa over de doorontwikkeling van ELV, GRZ, en de aanvullende geneeskundige zorg. Onderstaande groslijst is door het veld aan ons gerapporteerd en representeert niet noodzakelijkerwijs de visie van het Zorginstituut.

De gesignaleerde knelpunten openbaren zich primair op het domein van de zorg<sup>12</sup>, maar hebben ook raakvlakken met of vinden hun oorzaken in de domeinen van de wet- en regelgeving en bekostiging. Tevens zijn de ervaren knelpunten afhankelijk van de fase waarin de oudere zich bevindt (*patiënt journey*):

- met een reguliere zorgvraag thuis
- met een acute zorgvraag n.a.v. event
- met een vervolg zorgvraag thuis of tijdelijk elders

Voor de opsomming van de ervaren knelpunten onderscheiden we:

1. Zorginhoud & -organisatie, met als onderverdeling:
  - a. Landelijk: Ontbreken afspraken m.b.t. taken & verantwoordelijkheden
  - b. Lokaal/regionaal: Ontbreken afstemming & samenwerking
  - c. Gebrek aan (inzicht in) capaciteit en deskundigheid
2. Bekostiging
3. Wet- & regelgeving

### 1. Zorginhoud en zorgorganisatie

#### a. Landelijk: Ontbreken afspraken m.b.t. verantwoordelijkheden/taken

- Geen inzicht in type patiënten (zorgprofielen) en bijbehorende zorgvragen (zorgpaden)
- Ontbreken heldere afspraken over verantwoordelijkheden / benodigde competenties
- Positie en rol van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) onduidelijk
- Onduidelijkheid wanneer welke zorg onder welk domein valt
- Regierol ontbreekt

#### b. Lokaal/regionaal: Ontbreken afstemming & samenwerking

- Zorg sluit niet aan bij wensen/behoefte oudere
- Onvoldoende aansluiting met sociaal domein
- Partijen vinden elkaar niet of moeilijk
- Ontbreken één zorgplan & onduidelijk wie regie heeft
- Ontbreken passende samenwerkings- en overlegstructuren
- Zorgaanbod reactief in plaats van proactief, te weinig aandacht voor preventie
- Ontbreken (regionale) ondersteuning implementatie ouderenzorgprogramma's
- Continuüm van zorg (GRZ, ELV, thuis) komt onvoldoende tot stand
- Doorstroming SEH stagneert
- Overdracht van zorg door de keten hapert (van huis naar ziekenhuis en terug)
- Afspraken over 24/7 toegankelijkheid persoonsgegevens ontbreken
- Ontbreken kennis zorgverleners m.b.t. (zorg)netwerk oudere
- Ontbreken sociale kaart (zorgverleners) & informatieloket voor oudere (m.b.t. zorg, welzijn, wonen)

<sup>12</sup> Onder zorg verstaan we: verpleging, verzorging, (para-)medische zorg, geneesmiddelen, dagbesteding, hulpmiddelen en hulp bij de huishouding.

*c. Gebrek aan (inzicht in) capaciteit, deskundigheid, ....*

- Tekort aan verpleegkundigen: in de wijk, in de acute zorg etc.
- Onvoldoende gespecialiseerd personeel (over hele linie, o.a. kleinere gemeenten!)
- Ontbreken beschrijving van benodigde competenties plus daarop aangepaste scholing
- Ontbreken geriatrische expertise SEH/HAP
- Het regelen of opschalen van zorg thuis niet altijd mogelijk (planning, tekort)
- Acute verpleegkundige zorg thuis ontbreekt in ANW-uren
- Ontbreken tussenvoorziening thuis-SEH->oudere te snel naar SEH
- Ontbreken voldoende passende woonvormen

## **2. Bekostiging**

- Ontoereikende structurele financiering voor integrale zorg kwetsbare ouderen over de schotten heen/ouderenprogramma
- GRZ: aparte aanspraak belemmert doorstroming (indicatiecriteria/zorgpad onduidelijk)
- Per zorgvorm sprake van eigen declaratiesystematiek
- Uiteenlopende voorwaarden m.b.t. vergoeding van medicatie & hulpmiddelen
- Per verzekeraar eigen inkoopvoorwaarden
- Verschillende bekostigingssystematiek (verschillend integraal tarief)
- Verschillende toepassing eigen bijdrage: geeft ongewenste prikkels
- Tarifiering van extramurale behandeling (oa SO), overleg kernteam/MDO & acute verpleegzorg thuis onduidelijk
- Hybride tarief ELV & revalidatiezorg wat is wel/niet inclusief, bijv. paramedische of huisartsenzorg, SO.
- Budgetafspraken per jaar belemmert meerjarenbeleid
- Budgetplafonds wijkverpleging, hierdoor ontstaan problemen om mensen in zorg te nemen door zorgaanbieders.
- Onvoldoende tegemoetkoming in de zorgkosten van de burger leidt tot een beperkt gebruik van noodzakelijke zorg w.o. de fysiotherapie, mondzorg en visuele hulpmiddelen. Dit vergroot kwetsbaarheid.

## **3. Wet- en regelgeving**

- Digitaal delen van zorgdossier is struikelblok, regie ontbreekt vanuit overheid
- Privacywetgeving belemmert 24/7 delen van gegevens medische en sociale domein
- Onduidelijkheid welke zorg onder welke wet valt
- Schotten tussen verschillende zorgvormen (ELV-GRZ-AGZ-respijtzorg/ZVW-WLZ-WMO) + verschillende wet- en regelgeving werken complicerend en belemmerend
- Onbekendheid met / onvoldoende gebruik van respijtzorg
- Herstel thuis niet voldoende in beeld, revalidatie overwegend intramuraal
- Samenwerking huisarts-wijkverpleegkundige bemoeilijkt door groot aantal aanbieders
- Het koppelen van financiering aan bepaalde (zorg)handelingen gaat gepaard met veel papierwerk
- Uitstel van benodigde WLZ-zorg, omdat ZVW-zorg als gunstiger worden ervaren.

## Bijlage 4: Geraadpleegde experts

- ✚ Cora van der Velden, kaderhuisarts ouderengeneeskunde, Maarheeze
- ✚ Corine Zijderveld, beleidsadviseur langdurige zorg Patientenfederatie Nederland
- ✚ Ellen van der Vorst, gemeente Utrecht (WMO), voorheen werkzaam bij Zilveren Kruis Achmea
- ✚ Ester Bertholet, specialist ouderengeneeskunde in de zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde Bertholet, Velp
- ✚ Frank de Groot, Manager SpoedZorgNet AMC, ROAZ Noord-Holland/Flevoland (AMC/VUmc Amsterdam)
- ✚ Henriette van der Horst, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde VUMC, Amsterdam
- ✚ Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut, Almere
- ✚ Robbert Gobbens, Lector Gezondheid en Welzijn van Kwetsbare Ouderen, Hogeschool Inholland, Amsterdam en Zonnehuisgroep Amstelland
- ✚ Rob van de Laar, directie Curatieve Zorg, VWS
- ✚ Yvonne Schoon, klinisch geriater, hoofd SEH Radboudumc, Nijmegen

## **Bijlage 5: Geraadpleegde stakeholders**

In de afgelopen maanden zijn op bureauniveau gesprekken gevoerd met onderstaande organisaties:

- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- InEen
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Laego
- Verenso
- V&VN (bureau + sectie wijkverpleegkunde)
- Actiz
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Patiënten Federatie (NPF)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- VGZ
  
- Ministerie van VWS
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Inspectie Gezondheid & Jeugd (IGJ)
  
- Vektis
- Fluent

## Bijlage 6: Functionaliteiten van het kernteam.

1) Het kernteam is verantwoordelijk voor identificatie en eventuele stratificatie van de doelgroep in de huisartsenpraktijk. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de landelijk overeengekomen kaders. In de regio kan het kernteam tot werkafspraken komen met de ketenpartners in de zorg, gemeente en private organisaties.

2) Het kernteam draagt zorg voor een duidelijke taak en verantwoordelijkheidsverdeling binnen dat team, waarbij ook de patiënt/mantelzorger betrokken wordt. Bijvoorbeeld voor het geneeskundig beleid en voor toedeling van verpleging en verzorging. Wie is aanspreekbaar (zo nodig 24/7) voor instanties en hulpverleners elders? Wie heeft de regie als het gaat om zaken die niet meteen duidelijk zijn?

Zowel intern als naar buiten toe verschaft het kernteam hierover duidelijkheid.

3) Het kernteam is verantwoordelijk voor het tot stand brengen van een gezamenlijk en gedeeld zorg- en behandelplan (individueel niveau). Van belang is dat dit plan wordt gedragen door patiënt, mantelzorg en alle betrokken hulpverleners. Van belang is tevens dat het zorgplan en de inzichten en kennis van het kernteam gedurende het gehele traject (thuis-acuut-nazorg) beschikbaar is (het delen van het zorgplan). Zowel passief (zorgplan beschikbaar) als actief (kernteam blijft betrokken bij en levert een bijdrage aan het tot stand komen van zorgbeleid bij tijdelijk verblijf elders). Wij denken dan aan de volgende bestanddelen:

a. Medicatiereview

b. Optimaliseren (en zo nodig saneren) van alle zorg, waaronder farmaceutische zorg en medisch specialistische zorg.

c. Coördinatie van zorg, het tot stand brengen van een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen alle betrokkenen binnen de keten.

d. Afspraken maken over communicatie over en beschikbaarheid van behandel/zorgplan.

e. Afspraken maken over 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid voor overleg van het kernteam voor andere hulpverleners al dan niet tijdens verblijf elders.

4) Acuut event/evenwicht versturende gebeurtenis. Functionaliteit van kernteam bij een acuut event

a. Indien het kernteam als eerste wordt geconfronteerd met acuut event: het kernteam is dan verantwoordelijk voor regievoering over verwijzing (ziekenhuis, respijtzorg, tijdelijk verblijf) of over escalatie van zorg thuis (mandaat indicatiestelling verpleging)

b. Indien het acuut event gepresenteerd wordt in een ander domein (bijv. HAP, SEH, politie): Het kernteam blijft ook bij een acuut event dat gepresenteerd wordt in een ander domein betrokken en aanspreekbaar: zorgplan is beschikbaar en nader overleg over in te zetten zorgbeleid is 24/7 mogelijk.

5) Functionaliteit van kernteam bij zorg volgend op acuut event.

a. Patiënt blijft thuis: het kernteam is dan verantwoordelijk voor eventuele escalatie van zorg en aanpassen behandelbeleid. Duidelijk moet zijn wie dan waar voor verantwoordelijk is, zie ook onder 2)

b. Patiënt verblijft even elders: afspraken over (mede) verantwoordelijkheid van kernteam om beleid ook dan mee vorm te geven vanuit de kennis die over patiënt is opgebouwd.

c. Patiënt komt weer thuis: kernteam is aanspreekbaar op continuïteit van zorg

