



Nationaal Programma Ouderenzorg

Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen

Overzicht van experimenten in het Nationaal Programma Ouderenzorg

Werkdocument
Versie 12-06-2010

Auteurs:
Martin Boekholdt & Jan Coolen
Den Haag, juni 2010

Voorwoord	1
1. Stevige ambities	2
1.1. Zorg voor kwetsbare ouderen	
1.2. Regionale netwerken	
1.3. Experimenten	
2. Leidende ideeën	4
2.1. Knelpunten in de zorg	
2.2. Speerpunten in de regio's	
3. Vernieuwingen	6
3.1. Vroege signalering en integrale diagnostiek	
3.2. Samenhangende eerstelijnszorg (multidisciplinaire teams, coördinatie)	
3.3. Werken aan functieherstel na ziekenhuisopname (transmurale zorg)	
3.4. Ketensamenhang voor kwetsbare ouderen	
3.5. Wijkgerichte ondersteuning en versterking van het sociaal netwerk	
4. Overzicht en vooruitblik	19
4.1. Vooruitblik: hoe verder	
4.2. Discussie: aandachtspunten	

Voorwoord

Het Nationaal Programma Ouderenzorg is sinds 2008 ruim twee jaar onderweg. Er zijn regionale netwerken gevormd; een brede reeks transitie-experimenten is gestart; en veel onderzoek- of implementatieprojecten zijn in gang gezet. Het Nationaal Programma Ouderenzorg vindt in deze fase twee zaken belangrijk.

Ten eerste: een overzicht geven van “wat in beweging is”. Want het Nationaal Programma Ouderenzorg is niet slechts een optelsom van projecten, het moet ook verhelderen wat hen verbindt. En hoe inzichten bijdragen tot het kerndoel: integrale zorg voor kwetsbare ouderen. Ten tweede: samen met alle betrokkenen in Nederland streven naar een richtinggevend perspectief op de toekomstige zorg en ondersteuning voor ouderen. Deze activiteit is gepland vanaf medio 2010 en zal het karakter hebben van een ontwikkelingsproces. Met de resultaten van experimenten en projecten kan een gedragen visie op de toekomstige zorg worden gebouwd. Hoe die eruit ziet en wat ervoor nodig is om die te realiseren.

Dit document is verbonden met de eerstgenoemde doelstelling: overzicht bieden. Het legt daarmee tevens een basis voor de andere doelstelling: visie ontwikkelen.

Het document is vooral gericht op de bewegingen die in regionale netwerken plaatsvinden; de knelpunten die ze aanpakken, nieuwe aanpakken die ze uitwerken, en resultaten die ze voor kwetsbare oudere mensen willen bereiken. Het document is bedoeld voor een breed publiek; zowel mensen die binnen de regionale netwerken actief zijn, als iedereen daarbuiten die benieuwd is naar de experimenten en er zelf van wil leren.

Het Nationaal Programma Ouderenzorg zal het overzicht ook gebruiken als hulpmiddel bij de verdere invulling van het programma. Onder meer opsporen en invullen van ‘witte vlekken’. Daarnaast ideeën verzamelen over een mogelijk vervolg na beëindiging van het huidige programma.

In het voorliggende document komen vier onderwerpen aan de orde.

- Een schets van de ambities van het Nationaal Programma Ouderenzorg: wat willen we bereiken voor kwetsbare ouderen. Dit is het onderwerp van hoofdstuk 1.
- In hoofdstuk 2 staat een schets van ideeën die de regionale netwerken als leidraad nemen. Anders gezegd: hoe kijken ze naar zorg voor kwetsbare ouderen? En welke vernieuwingen zijn zoal bedacht?
- Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de experimenten die vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg meerjarige steun kregen via projectsubsidies. Welke regionale partijen nemen er het voortouw; wat willen ze in beweging brengen; wat gaat er straks anders dan nu voor ouderen met meer complexe gezondheidsproblemen.
- Daarna geeft hoofdstuk 4 een korte vooruitblik, en noemt ten slotte enkele thema's voor de bredere discussie over toekomstige zorg voor ouderen. Hoofdstuk 4 is tevens bedoeld als startpunt van de beoogde visieontwikkeling.

Aansluitend op dit document zal het Nationaal Programma Ouderenzorg vanaf medio 2010 rondetafelgesprekken houden met uiteenlopende betrokkenen (ouderen, coördinatoren netwerken, bestuurders en beleidsmakers, wetenschappers). Dit proces zal in 2011 worden voortgezet. Verkregen inzichten worden dan gebundeld in nieuwe versies van dit document.

1. Stevige ambities

1.1. Zorg voor kwetsbare ouderen

Een leven op hogere leeftijd kan heel plezierig zijn. Veel oudere mensen leven vele jaren lang in een redelijk goede gezondheid; ze blijven actief en zijn betrokken bij hun sociale omgeving. De prettige kanten van het leven op hogere leeftijd zijn ook opgetekend in onderzoek bij mensen boven de 80 jaar. Bijna de helft van hen bevindt zich in een situatie van 'optimaal welbevinden'; soms is dat zo ondanks de aanwezigheid van beperkingen.

Naast dit positieve beeld is er een andere kant van het leven op een hogere leeftijd. Veel mensen krijgen te maken met chronische ziekten en met langdurige beperkingen die het dagelijks leven moeilijk maken.

Ook zijn er mensen met een voortdurend broze gezondheid die zo ingrijpt in het bestaan dat er elke dag weinig energie over blijft.

Bijzonder lastig is de situatie voor mensen waarbij de toenemende fysieke beperkingen gepaard gaan met afnemende zelfregie door achteruitgang in psychische vermogens. Zij hebben weinig greep op het leven; dan is bij de sterk beperkte redzaamheid voortdurend ondersteuning nodig.

Kwetsbare ouderen

Het Nationaal Programma Ouderenzorg is gericht op ouderen met hoge kwetsbaarheid of complexe problematiek. De term 'kwetsbaarheid' is op twee manieren te verstaan.

Ten eerste als het risico op *functieverlies* dat ontstaat door (chronische) ziekte. Dit functieverlies is een afnemend vermogen tot zelf het leven regelen, mobiel zijn, zich zelfstandig voortbewegen, zelf de huishouding doen, de persoonlijke zorg, enzovoort.

Ten tweede als het risico op verminderde zelfredzaamheid door de combinatie van langdurige gezondheidsproblemen met een laag inkomen, een gebrekkige woonsituatie, een zwak sociaal netwerk. Het vermogen een zelfstandig bestaan te leiden staat dan sterk onder druk. Er ontstaat gemakkelijk een situatie waarin vermindering van de sociale contacten het dagelijks leven markeert.

Kwetsbaarheid is dus niet een ziekte maar een toestand. En belangrijk is het inzicht dat die toestand deels te beïnvloeden is. Bijvoorbeeld door vroeger in de ziekte in te grijpen, door dreigend verlies van zelfstandig functioneren op te vangen (herstelgerichte zorg of technische hulpmiddelen), door oudere mensen te helpen bij het zelf hanteren van hun ziekte of beperkingen, of door hen te ondersteunen bij meedoen aan de samenleving als het niet meer vanzelf gaat.

1.2. Regionale netwerken

Het Nationaal Programma Ouderenzorg heeft de universitaire medische centra gestimuleerd tot vorming van regionale netwerken waarin diverse partijen samenwerken: zorgverleners, welzijnsvoorzieningen, gemeenten, verzekeraars. Op die manier zijn in acht regio's brede samenwerkingsverbanden gevormd.

De netwerken kunnen breder zijn dan 'zorg'. Naast huisartsen, ziekenhuizen, apotheken, thuiszorginstellingen of zorghuizen sluiten ook welzijnsorganisaties, woningcorporaties en gemeenten aan. Afstemming en samenwerking zijn een voorwaarde voor goede zorg en ondersteuning.

Onmisbaar is dat de netwerken zich verbinden met vertegenwoordigers van ouderen, met hun organisaties en met cliëntenorganisaties voor mensen met chronische aandoeningen. Het perspectief van de kwetsbare oudere persoon moet centraal staan. *Kwaliteit van leven* geldt als leidend principe.

Plannen die de regio's maken moeten aantoonbaar uitgaan van problemen en behoeften van de ouderen. Die ouderen zelf moeten tevens hun ervaringsdeskundigheid kunnen inbrengen.

Ambities

Binnen het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg kan 'kwetsbaarheid' breed worden verstaan. Het gaat om de wisselwerking tussen drie rubrieken:

- aandoeningen en/of stoornissen die een oudere persoon kan hebben op uiteenlopende gebieden;
- beperkingen in het dagelijks functioneren (communicatie, zelfregie, taken vervullen, persoonlijke zorg, mobiliteit, huishoudelijk leven);
- moeilijkheden bij participatie, waar onder het opbouwen en onderhouden van sociale relaties en deelname aan het maatschappelijk leven.

Veel regionale experimenten zijn gestart vanuit de eerste rubriek, met de bedoeling om de aanpak te verbreden. Het betekent dat er een brede ambitie is:

- gezondheidsproblemen tijdig in beeld krijgen,
- bewerkstelligen van herstel (beter maken, behoud van functioneren),
- succesvol omgaan met beperkingen die niet meer weggaan en zelf regie houden,
- ook bij blijvende beperkingen de persoon toerusten voor de kwaliteit van leven die voor hem of haar belangrijk is.

1.3. Experimenten

Binnen regionale netwerken kunnen allerlei vernieuwingen tot stand komen. Het Nationaal Programma Ouderenzorg geeft ruimte aan transitie-experimenten. Ze moeten ertoe bijdragen dat kwetsbare ouderen een meer integraal zorg- en ondersteuningsaanbod krijgen.

Dit document geeft een overzicht van de vernieuwingen. Van de aanpak die er centraal staat en de verbeteringen die men wil realiseren.

Het is nog te vroeg om uitspraken te doen over de effecten. Dat kan pas vanaf 2011, als de inzichten uit evaluatieonderzoek beschikbaar komen. Maar op dit moment is al helder, dat er boeiende bewegingen zijn. Aan alle experimenten zijn de volgende eisen gesteld:

- er moet meerwaarde zijn voor oudere mensen zelf, zoals betere zelfredzaamheid, meer functiebehoud, minder belasting van de oudere persoon of de mantelzorger;
- er moet verbetering komen in de samenhang, de kwaliteit en/of kosten van zorg en daarbij een aantoonbare bijdrage zijn aan de betaalbaarheid van zorg voor ouderen of aan doelmatigheid (meer samenhang en goede kwaliteit bij lagere kosten).

2. Leidende ideeën

2.1. Knelpunten in de zorg

Toen de regionale netwerken hun plannen gingen maken is in samenspraak met ouderen een overzicht van knelpunten opgesteld. Het was vaak toegespitst op de gezondheidszorg. In de samenspraak van zorgverleners en ouderen zijn als knelpunten naar voren gebracht:

- dat gezondheidsproblemen niet tijdig genoeg worden opgespoord (tekort aan vroege signalering),
- dat ouderen niet actief betrokken zijn bij tegengaan van chronische ziekten (te weinig prikkels tot gezond gedrag of tot zelf omgaan met een ziekte),
- dat allerlei behandelingen onvoldoende op elkaar zijn afgestemd (gebrekkige samenhang in de medische zorg, tussen huisartsen, specialisten, ziekenhuizen);
- dat ouderen weliswaar gemakkelijk toegang hebben tot de zorg maar dat er te weinig aandacht is voor het activeren van ouderen en het vergroten van zelfredzaamheid;
- dat in een leven met blijvende beperkingen wel de langdurige verpleging & verzorging binnen bereik zijn maar de sociale participatie vaak achterop raakt;
- dat zorgverleners zeker het beste voor hebben met hun cliënten maar dat ouderen bij de invulling van zorg en ondersteuning nog te weinig regie hebben.

Het kan beter; zo is in de regionale netwerken gesteld. Zorgverleners hebben zich onder meer laten inspireren door vernieuwingen in andere landen met een geïntegreerde aanpak van chronische ziektes. In vaktermen: het *'chronic care model'*.

Die aanpak blijkt vaak lonend. Het resultaat is een betere gezondheid of vooruitgang in zelfstandig functioneren van mensen met een chronische ziekte. Vaak kan dat resultaat bereikt worden met minder geld; mede door de betere samenwerking van zorgverleners en de actievere rol van de cliënt zelf bij het omgaan met ziekte en beperkingen.

Kader: het *'chronic care model'*

Het *'chronic care model'* legt de nadruk op de volgende zaken:

- de patiënt is goed geïnformeerd, is actief betrokken bij de behandeling, kiest voor een gezonde leefstijl, werkt mee bij het tegengaan van ziekte of verergering ervan;
- de zorgverleners werken samen, voor mensen met ingewikkelde vragen stemmen ze het zorgplan af, en waar nodig bundelen ze hun inzet in multidisciplinaire teams;
- de patiënt kan erop rekenen dat de zorg klantgerichte is georganiseerd, en dat er zo nodig iemand is die "de stukjes" aan elkaar knoopt en die bereikbaar is voor vragen;
- de zorgverleners proberen verder te kijken dan de zorg, bijvoorbeeld door mensen te laten deelnemen aan welzijnsvoorzieningen als ze dat op prijs stellen, of de gemeente en de woningcorporatie te stimuleren tot een veilige leefomgeving.

2.2. Speerpunten in de regio's

De ambities van de netwerken liggen in het verlengde van de genoemde knelpunten. Het zijn vooral de volgende:

- sneller opsporen en aanpakken van gezondheidsproblemen en daarbij “breed kijken” (niet alleen chronische ziekte, maar ook psychisch functioneren, zelfredzaamheid of wensen tot sociale participatie);
- meer samenhang aanbrengen tussen onderdelen van de zorg als preventie, medische behandeling, langdurige zorg uit de AWBZ,
- meer aandacht geven aan het mogelijk herstel van functies, bijvoorbeeld na een zware operatie in een ziekenhuis (denk aan zelfstandig het huishouden doen, de persoonlijke zorg, de relaties met andere mensen, de deelname aan clubs of verenigingen);
- desgewenst ondersteunen bij het opbouwen van een sociaal netwerk, of het meedoen in sociale verbanden, zodat ook een leven met ziekte of beperkingen prettig kan blijven;
- betere samenspraak met de oudere persoon over de zorg die past bij zijn behoeften en wensen, en tevens goed letten op de ondersteuningsvragen van mantelzorgers;
- dit alles zodanig dat ouderen steeds worden aangesproken op “wat men nog zelf kan doen” (regie geven).

Vijf thema's

Elke regio heeft eigen prioriteiten gesteld. Het is vrijwel niet doenlijk om alles tegelijk aan te pakken. Wat elke regio precies gekozen heeft, dat staat in hoofdstuk 3.

Voor dit boekje is een indeling in vijf thema's gemaakt:

1. vroege signalering van problemen, en betere diagnostiek (meer integraal kijken),
2. samenwerking van huisartsen, verpleegkundigen, ziekenverzorgenden in de wijk,
3. bevorderen van zelfredzaamheid (functiebehoud en – herstel) na ziekenhuisopname,
4. werken aan samenhangende zorg (ketenzorg) over grenzen van de medische zorg, de langdurige zorg en de lokale ondersteuning,
5. op wijkniveau een sluitend ondersteuningsaanbod ontwikkelen, en tegelijk het sociaal netwerk rond de kwetsbare oudere persoon versterken.

Het Nationaal Programma Ouderenzorg heeft in deze fase een rijk geschakeerd palet van initiatieven. Wellicht zal niet alles lukken; dat hoort bij experimenten. Maar er komen wel bouwstenen voor de toekomstige zorg voor kwetsbare ouderen.

In het volgende hoofdstuk staat een schets van de regionale experimenten. Per thema komen telkens drie invalshoeken naar voren: (a) wat zijn de knelpunten in de huidige zorg, (b) welke vernieuwingen willen de projecten doorvoeren, (c) welke resultaten voor ouder mensen moeten daarmee bereikt worden.

3. Vernieuwingen

3.1. Vroege signalering en integrale diagnostiek

Dit thema is een speerpunt in de volgende netwerken.

- Regio Leiden (Academische Werkplaats Ouderenzorg Noordelijk Zuid-Holland)
Titel: Iscope (Vinger aan de pols)
- Regio Zuid-Limburg (Academisch Centrum ZorgInnovatie Ouderen)
Titel: Werken aan een ketenzorgmodel (met accent op vroege opsporing)
- Regio Amsterdam (Kenniskring Ouderenzorg AMC en partners)
Titel: Functiebehoud bij ouderen in transitie (1^e lijn)

Trekkers in deze regionale experimenten zijn:

- huisartspraktijken met ziekenhuizen en universitaire medische centra.

Hoe gaat het nu in de zorg voor kwetsbare ouderen?

Veel ouderen krijgen te maken met chronische aandoeningen en achteruitgang in hun gezondheid. Die situatie kan samen gaan met extra kwetsbaarheid door verlies van nabije mensen; of door psychische moeilijkheden die iemands zelfregie beperken.

In de huisartspraktijk is geen samenhangend beeld van problemen bij de oudere persoon. Ook de hulp die nodig is bij de diverse problemen komt niet samenhangend in beeld. Per aandoening bestaat een apart behandeltraject. Afstemming tussen zorgverleners is vaak gebrekkig. Voor de patiënt leidt die versnipperde aanpak regelmatig tot verwarring. Er is onnodig herhaald bezoek van artsen; er ontstaan vermijdbare opnames in het ziekenhuis.

Behalve achteruitgang door chronische aandoeningen zijn er andere situaties. Zoals bij ouderen in wankel evenwicht waarbij door een acute gebeurtenis een zorgvraag ontstaat. Die vraag kan leiden tot verlies van zelfstandigheid en gaat soms gepaard met risico's op complicaties; met een gevoel van onveiligheid, verkeerd medicijngebruik, ondervoeding. De zorgvraag komt vaak bij de huisartspraktijk binnen, daarnaast bij het ziekenhuis of bij crisisdiensten (onder meer de GGZ). Uiteindelijk krijgt de oudere persoon wel het aanbod dat bij de vraag past. Maar de wegen erheen gaan vaak traag. Het duurt dan lang voordat er ondersteuning is bij het op peil houden van zelfredzaamheid met zorg en welzijn. Naar schatting één op vijf ouderen (75-plussers) krijgt jaarlijks te maken met zo'n acute zorgvraag die sterk ingrijpt op het dagelijks functioneren. Diagnostiek in de eerste lijn moet daarom gepaard gaan met een bredere preventieve aanpak.

Dat is vooral nodig voor ouderen die meerdere aandoeningen hebben. Zij ondervinden beperkingen die niet meer overgaan. De weg naar zorg thuis is meestal bekend. Maar dat geldt dat niet voor iedereen. Wie een laag inkomen heeft, weinig steun van anderen, of anderszins "in de marge van de samenleving" staat – moet voor zijn moeilijkheden naar aparte loketten. Het is nog niet zo dat ouderen bij hun contact met de 1^e lijn een integraal plan krijgen, waarin naast zorg ook welzijn een plaats heeft.

Welke vernieuwingen gaan de projecten doorvoeren?

Drie regionale netwerken hebben het thema 'vroegge signalering en integrale diagnostiek' als speerpunt aangemerkt. De projecten hebben vergelijkbare plannen van aanpak. Er zijn drie bouwstenen: (1) vroegge signalering, (2) integraal zorgplan, (3) andere opzet van de eerste lijn.

Ten eerste: de vroegtijdige signalering van gezondheidsproblemen in de eerstelijnszorg, vooral vanuit de huisartspraktijk. De signalering berust op een systematische 'screening' door de huisarts en de praktijkverpleegkundige. Alle ouderen vanaf 75 jaar kunnen eraan meedoen. Aan de hand van een vragenschema ontstaat een indruk van de gezondheid, het lichamenlijk, psychisch en sociaal functioneren, eventuele beperkingen in het dagelijks leven. Het is de bedoeling om deze 'screening' toe te spitsen op ouderen met verhoogd risico op verlies van zelfredzaamheid.

Ten tweede kent elk project een methode voor het maken van een breed zorgplan. Dit zal in directe samenspraak met de oudere persoon tot stand komen. Het zorgplan bundelt de zaken die voor de oudere persoon op dit moment belangrijk zijn. Het kan ook gaan om gezonde leefstijl, ondersteuning bij mantelzorg, toegang tot oproepbare zorg, deelname aan telefooncirkels met andere ouderen, enzovoort. Kernpunt is steeds: de diagnose moet uitmonden in een actieplan.

Dit kernpunt vereist samenwerking van huisartsen met andere zorgverleners. Aan de ene kant met gespecialiseerde diagnostiek in het ziekenhuis, bijvoorbeeld de geriater. Aan de andere kant met hulpverleners in de thuiszorg, of met welzijnswerk dat kan ondersteunen bij sociale participatie. Sommige projecten werken aan een multidisciplinair zorgdossier.

Ten derde kiest elk project voor een vernieuwing van de huisartspraktijk. Met een sterkere inbreng van de praktijkverpleegkundige die (1) betrokken is bij signalering en diagnostiek en (2) coördinerende taken bij ouderen met een verhoogd risico op functieverlies.

In Zuid-Limburg wordt een extra voorziening toegevoegd: een 'diagnostisch centrum' dat is geplaatst tussen de 1^e lijn en de 2^e lijn. Het is bedoeld voor ouderen met ingewikkelde problematiek, waarover de huisartspraktijk niet gemakkelijk tot een scherp beeld komt.

Wat zijn de verwachte effecten van de nieuwe aanpak?

De projecten verwachten veel van de aanpak die ze in de huisartspraktijk doorvoeren. Twee zaken springen eruit:

(1) Vroegge signalering betekent dat een chronische ziekte vanaf het begin effectief wordt aangepakt; om in latere jaren minder achteruitgang in gezondheid te zien en mogelijk ook minder zorggebruik.

(2) 'Breed kijken' betekent dat de oudere persoon kan rekenen op een samenhangende aanpak van moeilijkheden. Dat is vooral aantrekkelijk voor mensen met 'kwetsbaarheid' op meerdere gebieden (gezondheid, inkomen, sociaal netwerk).

De projecten verwachten dat hun aanpak zal leiden tot verschuivingen in het gebruik van zorg: vermoedelijk meer contacten met de 1^e lijn en minder gebruik van het ziekenhuis of van de polikliniek voor herhaalbezoeken.

3.2. Samenhangende eerstelijnszorg (multidisciplinaire teams, coördinatie)

Dit thema is een speerpunt in de volgende netwerken.

- Regio Utrecht (Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen)
Titel: Om U
- Regio Walcheren (Geriatrisch Netwerk Rotterdam en Omgeving)
Titel: Ketenzorg ouderen Walcheren (accent op 1^e lijn)
- Regio Amsterdam en Noord-Holland (Ouderenet VUmc en partners)
Titel: De kwetsbare oudere centraal in samenhangende zorg

Trekkers in deze regionale experimenten zijn:

- huisartspraktijken met ziekenhuizen en universitaire medische centra,
- gaandeweg ook bredere betrokkenheid van thuisverpleging en thuiszorg

De tweede reeks projecten overlapt met de voorgaande. Tegelijk zijn er andere accenten. Die volgen uit het doel om een samenhangend zorgnetwerk rond de oudere persoon te maken.

Welke problemen willen de projecten aanpakken?

Alle projecten zijn gericht op ouderen die meerdere chronische aandoeningen hebben en die tegelijk een verminderde zelfredzaamheid ondervinden. Deze ouderen hebben meestal te maken met diverse hulpverleners die onderling niet genoeg afstemmen.

Sommige ouderen krijgen te maken met hinderlijke overlap en overbodige zorg, terwijl andere ouderen last hebben van gaten in het aanbod van zorg en ondersteuning.

Eén van de regionale netwerken raamt dat als volgt: van alle ouderen met een chronische problematiek krijgt een kwart overbodige zorg, die soms schadelijk is. Daarnaast krijgt een kwart tot een derde niet tijdig of niet compleet de zorg die past bij hun moeilijkheden.

Een gebrekkige communicatie en samenwerking tussen zorgverleners is als een knelpunt aangemerkt. Een ander knelpunt is ermee vervlochten: de gangbare benadering in medische circuits is vooral 'ziektespecifiek', meestal 'reactief' en 'mono-disciplinair'. De gezondheidsproblemen van ouderen zijn in hun samenhang niet scherp in beeld. Vooruit kijken naar 'komende kwetsbaarheid' – of risico's daarop – gebeurt te weinig. Hulpvragen van de oudere persoon worden vaak los van elkaar aangepakt, zonder een integraal plan, en zonder coördinatie rond de persoon zelf. Dit is het kritische beeld dat zorgverleners en onderzoekers optekenen.

Verkenningen onder ouderen zelf bevestigen dit beeld. Als knelpunten noemen ze: (1) dat zorgverleners niet op de hoogte zijn van elkaars inzichten en acties, en (2) dat behandel- of zorgplannen onderling niet zijn afgestemd.

Naast de behoefte aan integraal kijken naar kwetsbaarheid hebben veel ouderen behoefte aan een persoon die het overzicht in de zorgverlening bewaakt en die als vraagbaak voor de oudere bereikbaar is. Voor een deel van de kwetsbare ouderen is het moeilijk goed om te gaan met achteruitgang, crisissituaties, overbelasting van mantelzorgers.

Welke vernieuwingen gaan de projecten doorvoeren?

Het thema 'samenhangende zorg in de eerste lijn' is in drie netwerken als een speerpunt aangemerkt. Ouderen met meerdere chronische aandoeningen en verminderd zelfstandig functioneren zijn als doelgroep gesteld. De projecten hebben vergelijkbare plannen die op drie bouwstenen berusten: (1) multidisciplinair team, (2) zorgcoördinatie, (3) eigen regie voor de patiënt.

Ten eerste, de vorming van multidisciplinaire teams van huisarts, praktijkverpleegkundige, thuisverpleging. Die teams kunnen advies vragen bij derden: apotheker, geriatrater of specialist ouderengeneeskunde. Het team heeft een tweeledige opdracht: (1) tijdig opsporen van gezondheidsrisico's en beperkingen, (2) ontwikkelen van een zorgplan in overleg met de oudere persoon en de mantelzorg. Ouderen worden uitgenodigd voor 'assessment'. De praktijkverpleegkundige neemt het voortouw. Tevens wordt gelet op medicijngebruik. En ervaren bedreigingen van de gewenste levenskwaliteit worden eveneens besproken.

Ten tweede geven de projecten een sterke rol aan de verpleegkundige bij de coördinatie van zorg en ondersteuning rond de individuele persoon. Zo nodig is er overleg met andere zorgverleners. Vaak benadrukken de projecten dat de huisarts de 'regie' houdt. Heel moeilijke 'gevallen' worden besproken in een multidisciplinair overleg waaraan zo nodig de geriatrater of specialist ouderengeneeskunde kan deelnemen, of een specialist uit de GGZ. Dit overleg leidt tot afspraken over 'welke activiteiten door wie in gang worden gezet'. En bij voorkeur is dat navolgbaar in een digitaal patiëntdossier.

Ten derde streven de projecten naar een eigen rol voor de oudere persoon bij het omgaan met chronische ziekten en beperkingen. Niet alleen is die persoon een gesprekspartner; er is tevens een eigen verantwoordelijkheid (zelfmanagement). De projecten benadrukken dat de oudere daartoe informatie moet krijgen. Kennis van de 'sociale kaart' – waar onder voorzieningen die bijdragen tot zelfstandig leven en sociale activiteit – is onmisbaar.

Sommige projecten voegen extra uitdagingen toe. Een voorbeeld is een nieuw project op Walcheren. Ook daar ligt de nadruk op de eerste lijn, met samenwerking van huisarts en verpleegkundige. Daarnaast moet de oudere persoon één loket krijgen voor alle vragen: 'preventie, care, cure, welzijn en wonen'.

Wat zijn de verwachte effecten van de nieuwe aanpak?

De projecten verwachten dat hun aanpak zal leiden tot een verschuiving "van re-actieve naar pro-actieve zorg". Gezondheidsrisico's van ouderen worden beter onderkend; en de afstemming tussen zorgverleners is vanzelfsprekend. De oudere persoon kan rekenen op een resolute opvang bij crisissituaties of bij acute zorgvragen die de zelfredzaamheid sterk aantasten. Zorgverleners ondersteunen de persoon om weer zelf de regie in handen te nemen; ze kijken tevens naar technische oplossingen die iemands autonomie versterken. De projecten verwachten dat ze voor kwetsbare ouderen meer samenhangende zorg gaan organiseren. Het beoogde resultaat: meer continuïteit van zorg, minder gebruik van zorg in de tweede lijn. Daarnaast meer doelmatigheid: met hetzelfde geld, of met minder geld, beter omgaan met de chronische ziekten en beperkingen van ouderen.

3.3. Werken aan functieherstel na ziekenhuisopname (transmurale zorg)

Dit thema is een speerpunt in de volgende netwerken.

- Regio Rotterdam (Geriatrisch Netwerk Rotterdam en Omgeving)
Titel: Zorgprogramma voor preventie en herstel
- Regio Amsterdam (Kenniskring Ouderenzorg AMC en partners)
Titel: Transmurale zorgbrug tussen 1^e en 2^e lijn
- Regio Leiden (Academische Werkplaats Ouderenzorg Noordelijk Zuid-Holland)
Titel: Het HerstelZorgProgramma

Trekkers in deze regionale experimenten zijn:

- ziekenhuizen, verpleeghuizen, eerstelijnszorg, thuiszorg

Een derde reeks projecten heeft een bijzondere invalshoek: een betere herstelzorg voor de oudere patiënt die een medische ingreep in het ziekenhuis heeft ondergaan. Specifiek de oudere met chronische problematiek. De opgave is dat die ouderen naar huis kunnen met perspectief op herstel of behoud van zelfstandig functioneren.

Welke problemen willen de projecten aanpakken?

Jaarlijks komt 14% van de ouderen (de 65-plussers) met een acuut gezondheidsprobleem in het ziekenhuis terecht voor opname. Na behandeling en ontslag uit het ziekenhuis blijkt een aanzienlijk deel van hen –geraamd op één derde– problemen te hebben. Vooral met functieverlies; de persoon is dan minder zelfredzaam bij persoonlijke zorg, huishouding, mobiliteit, regie over het leven. Op de grens van 'naar huis' bestaat geen systematische aandacht voor die achteruitgang; er is meestal geen uitgelijnde aanpak om tot herstel te komen.

De overdracht 'naar huis' veronderstelt samenwerking tussen de 2e en 1e lijn; tussen de curatieve zorg en de (langdurige) thuiszorg. Die is niet vanzelfsprekend. De overdracht is nogal eens ongecoördineerd.

Een gelijktijdige aanwezigheid van meerdere problemen – zoals ondervoeding, stapeling van geneesmiddelen, geheugenstoornissen – verergert de situatie. Snelle heropnames in een ziekenhuis of verpleeghuis zijn dan de volgende stap.

Geriatrische 'assessment', bij ziekenhuisontslag van kwetsbare oudere mensen, is daarom onmisbaar. Op basis ervan volgt een persoonlijk plan, gericht op herstel of behoud van het functioneren. Die aanpak is in de ziekenhuizen nog geen standaardonderdeel van de zorg.

De netwerken signaleren dat het ziekenhuis uiteraard elke aandoening goed behandelt, maar dat er te weinig aandacht is voor behoud van de zelfstandigheid van de patiënt.

Thuisgekomen is de patiënt grotendeels op zichzelf aangewezen of op mantelzorgers.

Een extra risico op kwetsbaarheid ontstaat soms door het samengaan van aandoeningen met psychische en sociale problemen, bijvoorbeeld cognitieve achteruitgang, depressie, of eenzaamheid.

Welke vernieuwingen gaan de projecten doorvoeren?

Voortschrijdend functieverlies na ziekenhuisopname is geen onomkeerbaar proces. Drie netwerken hebben dit onderwerp als speerpunt gekozen. De doelgroep bestaat uit acuut opgenomen oudere patiënten met een verhoogde kans op functieverlies. De plannen van aanpak berusten op de volgende bouwstenen: (1) betere risicoverkenning, (2) gerichte revalidatie, (3) zorgcoördinatie over grenzen van ziekenhuis en thuis.

Ten eerste bevat elk project een tijdige inventarisatie van risico's op kwetsbaarheid. Dat gebeurt tijdens de opname in het ziekenhuis. De inventarisatie van problemen legt de basis van een zorgplan voor zowel de ziekenhuisperiode als de situatie waarin de persoon weer thuis is. Een geriatrisch team –met daarin in ieder geval geriater en verpleegkundige– zal de risicoverkenning ter hand nemen; een gezamenlijk protocol geeft leidraad. Elk project heeft zich uitgesproken voor versterking van de 'geriatrische functie' in het ziekenhuis.

Ten tweede kiezen de netwerken voor versterking van herstelgerichte zorg: revalidatie die het zelfstandig functioneren ten goede komt. Die wordt zoveel mogelijk in de thuissituatie geboden; in huis of in een nabij centrum. Zo nodig kan de oudere persoon de revalidatie in een verpleeghuis krijgen – soms gedefinieerd als centrum voor herstel. Daarna is er ruimte voor voortgezette herstelzorg thuis, of voor begeleiding door een verpleegkundige die het multidisciplinair zorgplan coördineert.

Ten derde hebben de netwerken een zorgcoördinator geregeld die over de grens van het ziekenhuis en de thuissituatie de oudere persoon volgt en begeleidt. Dat is doorgaans de transmuraal werkende verpleegkundige. Die is tegelijk de schakel tussen ziekenhuis en de eerstelijnszorg.

In het verlengde van opgedane ervaringen willen de netwerken zorgpaden omschrijven. Ze kunnen verbijzonderd zijn naar de zorgzwaarte van de oudere persoon. Die zorgpaden verwijzen naar een nieuwe organisatie en bekostiging van transmurale zorg (ziekenhuis, herstelzorg, dagactiviteit, zorg thuis).

Wat zijn de verwachte effecten van de nieuwe aanpak?

Samengevat, kiezen de projecten voor een brede aanpak die functieverlies na ziekenhuisopname moet voorkomen. Die aanpak bestaat uit:

- snelle identificatie van hoogrisico patiënten (risicomanagement),
- inventarisatie van problemen bij deze patiënten ,
- herstelgerichte zorg over de grens van 2^e en 1^e lijn,
- coördinatie van zorg en ondersteuning rond de patiënt.

De beoogde effecten zijn al genoemd: minder functieverlies bij de oudere persoon, betere zelfredzaamheid en daardoor minder gebruik van 'care' en behoud van autonomie thuis. Daarnaast denken de projecten aan bekorting van onnodig lange ligduur in het ziekenhuis. Het stroomlijnen van transmurale zorg is een ander aandachtspunt. Voor de patiënt moet dit leiden tot meer begaanbare zorgpaden, zonder belasting die samenhangt met moeilijke overgangen tussen diverse voorzieningen.

3.4. Ketensamenhang voor kwetsbare ouderen

Dit thema is een speerpunt in de volgende netwerken.

- Regio Groningen (Netwerk Ouderenzorg Regio Noord) met twee projecten.
Titel: Perspectief van ouderen centraal
Titel: Programma geïntegreerde ouderenzorg
- Regio Nijmegen (Zorg voor Ouderen en Welzijn Netwerk Nijmegen)
Titel: Zorg-en-welzijnsinfopas. Daarnaast: De Zorg- en Welzijnsstandaard
- Regio Zuid-Limburg (Academisch Centrum ZorgInnovatie Ouderen)
Titel: Werken aan een ketenzorgmodel*
- Regio Amsterdam (Ouderenet VUmc én KennisKring Ouderenzorg AMC)
Titel: Ketenzorg voor mensen met dementie.

Trekkers in deze regionale experimenten zijn:

- huisartspraktijken, ziekenhuizen, universitaire medische centra
- tegelijk instellingen voor revalidatie, langdurige zorg, welzijnsvoorzieningen

* Dit project is ook genoemd onder thema 1, in een smallere invalshoek.

Elke regionaal netwerk heeft aandacht voor 'ketenzorg'. Sommige regio's hebben er een speerpunt van gemaakt met een brede aanpak waarin veel voorzieningen betrokken zijn. Vanuit deze invalshoek komen hieronder vier projecten in beeld.

Welke problemen willen de projecten aanpakken?

Veel ouderen hebben drie of meer gezondheidsproblemen die gepaard kunnen gaan met ernstige beperkingen in het dagelijks leven. De huidige zorg, vanuit medische circuits, is gekenmerkt door aandoeninggerichte werkwijzen. Voor veel mensen werkt die prima; in ieder geval als de aandoening van voorbijgaande aard is. Specifiek bij ouderen met complexere gezondheidsproblematiek werkt die opzet van zorg minder goed. De oudere persoon krijgt regelmatig te maken met (1) onnodige overlap, (2) strijdige behandeltrajecten, (3) gaten tussen voorzieningen voor curatieve zorg en 'care'. Er is bovendien te weinig aandacht voor welzijn, sociaal netwerk, meedoen aan activiteiten; allemaal zaken die zwaar tellen als de oudere persoon een broze gezondheid heeft.

Een verwant probleem is het tekort aan informatie. Hulpverleners hebben geen actueel overzicht van de complexe problematiek waarmee ouderen te maken hebben. Zij moeten het vaak doen met informatie die niet compleet is of die verouderd is. Bovendien delen zij de informatie te weinig en begrijpen zij elkaar soms niet. Verder is de voorlichting aan de oudere persoon zelf te passief. De patiënt krijgt weliswaar te horen wat er aan de hand is, maar wordt te weinig in staat gesteld tot zelfmanagement van ziekte en beperkingen.

Een overstijgend knelpunt voor kwetsbare ouderen is het ontbreken van coördinatie en afstemming van het aanbod van zorg en welzijnsvoorzieningen. Wat ouderen merken is een overwegend medische invalshoek. Er zijn te weinig verbindingen met participatie, welzijn, dagbesteding, zingeving. Misschien ontstaat daardoor overconsumptie van zorg.

Welke vernieuwingen gaan de projecten doorvoeren?

De aanpak die de netwerken volgen is nogal divers. Elke regio doet het anders, of kiest voor andere invalshoeken.

In de regio Groningen vertrekt de gekozen aanpak vanuit een overzicht van de individuele zorgbehoeften van de oudere persoon. De informatie erover wordt dan gebruikt voor drie doelen: (1) vroegtijdig beoordelen of de oudere persoon kwetsbaar is dan wel een groot risico erop loopt, (2) vaststellen welk samenstel van zorg en ondersteuning erbij past (het 'zorgpad' bepalen), en (3) in dialoog met de oudere persoon vaststellen welk aanbod in de individuele situatie aansluit op behoeften en wensen.

In het Groningse project is de ontwikkeling van zorgpaden een kernpunt. Het gaat hierbij om de volle breedte van zorg en ondersteuning; 1e lijn, 2^e lijn, thuiszorg, welzijn, sociale participatie, woonvoorzieningen. Het opstellen van zorgpaden gebeurt in samenspraak met panels van professionals en ouderen. Die zorgpaden worden opgenomen in een computer die de hulpverleners ondersteunt bij het adviseren van de oudere persoon.

Een voorbeeld: een oudere persoon die zelfstandig woont en laag scoort op kwetsbaarheid zal baat hebben bij een preventief zorgpad. Een zeer kwetsbare oudere kan geholpen zijn met een zorgpad dat bestaat uit thuiszorg, gerichte revalidatie en dagactiviteit.

In een deelgebied van het Groningse netwerk – gemeenten in het oosten van Groningen – wordt een zelfstandig project gedaan dat het chronisch zorgmodel in praktijk gaat brengen. De belangrijkste interventie is de ontwikkeling van een multidisciplinair team, belast met de coördinatie van chronische zorg. Dit OuderenzorgTeam staat onder leiding van de huisarts. De zorgbehoefte van de oudere persoon wordt systematisch gevolgd; het team heeft als opdracht om zelfredzaamheid en autonomie van de persoon zoveel mogelijk te handhaven; en waar nodig verbindingen te leggen met gespecialiseerde medische zorg, of voorzieningen voor participatie en welzijn.

Het project maakt onderscheid tussen (1) ouderen zonder complexe zorgbehoefte – waarbij naast het reguliere contact met de huisartspraktijk het huisbezoek door welzijnswerkers is gepland, en (2) ouderen met complexe zorgbehoefte – waarbij een verpleegkundige de spil is in het zorgnetwerk rond de persoon.

In de regio Nijmegen is een 'netwerkbrede informatievoorziening' als invalshoek gekozen voor het brede veld van zorg en welzijn. Er wordt een informatiepas ontwikkeld, bedoeld als een hulpmiddel voor (a) zelfmanagement door oudere mensen, (b) samenwerking van hulpverleners op basis van volledige en actuele informatie over de individuele persoon.

Gekozen is voor een verankering van die informatiepas aan de huisartspraktijk. Daarna is een bredere uitrol noodzakelijk; ook de aansluiting op het Wmo-loket.

De informatiepas bevat de belangrijkste gegevens over de zorgbehoeften van de oudere persoon, in samenhang met gegevens over gezondheidsproblemen en sociale leefwereld. Hulpverleners kunnen met die gegevens de verleende zorg beter afstemmen. En ouderen zelf kunnen met de informatie beter overzien wat er aan de hand is; op die manier zullen ze meer een gelijkwaardige gesprekspartner van de zorgverlener worden. Daarnaast is het de bedoeling dat de oudere persoon meer actief met zijn gezondheidsproblemen omgaat.

Het netwerk in Nijmegen verbindt de informatiepas met het werken aan ketensamenhang over de grenzen van eerstelijnszorg, ziekenhuis, thuiszorg en welzijnsvoorzieningen. Die ketensamenhang moet steviger gestalte krijgen via een 'Zorg- en Welzijnsstandaard voor kwetsbare ouderen'. De zorgstandaard beschrijft welke zorg en ondersteuning in een fase van kwetsbaarheid van betekenis kan zijn, en welke kwaliteitseisen gelden. De standaard is bedoeld als dynamische leidraad: nieuwe inzichten over geschikte vormen van zorg- en dienstverlening moeten snel erin verweven raken.

De standaard is bedoeld als een hulpmiddel bij coördinatie rond de cliënt. Elke kwetsbare oudere kan rekenen op een ondersteuner (soms ook 'coach' genoemd). En de oudere moet ook "aan het stuur kunnen zitten", met eigen inzichten over hoe een leven met aandoeningen en beperkingen is ingericht.

Naar verwachting gaat de aanpak gepaard met een verschuiving van medisch zorggebruik naar zorg en thuis en welzijn (sociaal netwerk, sociale participatie). De aanpak moet ook leiden tot een betere doorstroming van oudere mensen van ziekenhuis naar thuissituatie. Dat kan met handreikingen over zorg en welzijn bij geriatrische aandoeningen.

In de regio Zuid-Limburg is gekozen voor een brede strategie naar samenhang in de zorg voor ouderen; over grenzen van 1^e lijn, 2^e lijn, thuiszorg. Men spreekt over "een proactief, samenhangend multidisciplinair vraaggericht zorgaanbod".

Centraal staat een aanpak waarbij het netwerk, in relatie tot zorgbehoeften van ouderen, een zorgprogramma gaat maken; wellicht meerdere programma's. Meer concreet werkt men aan (a) een multidisciplinair protocol voor eerstelijnszorg, (b) een cliëntvriendelijke 'routing' voor ouderen bij overgangen van ziekenhuis naar thuis, of omgekeerd, (c) pro-actief ziektemanagement.

In de regio Amsterdam hebben de zorgnetwerken gekozen voor een aanpak die specifiek is gericht op ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Vanaf de diagnose moeten zij kunnen rekenen op naadloos samenhangende zorg die meebeweegt met de veranderingen in iemands zorgbehoefte. Een hulpmiddel is het 'digitaal ketenzorg dossier dementie' dat tijdens het project moet zijn ingevoerd. Een ander hulpmiddel is het multidisciplinair team van huisarts, praktijkondersteuner en ouderenspecialist (bijv. geriater, verpleeghuisarts).

Specifieke inhoudelijke accenten zijn: (a) de ondersteuning van mantelzorgers met een thuiswonende partner, (b) de opvang van crisissituaties, (c) de voortgaande begeleiding door een 'casemanager' die bereikbaar is voor de cliënt. Er is tevens extra aandacht voor de zorgvraag van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse ouderen en mantelzorgers.

Het verwachte resultaat is een grotere zelfredzaamheid en een betere kwaliteit van leven voor ouderen met dementie. Tegelijk een betere samenwerking tussen de hulpverleners die betrokken zijn bij deze complexe ziekte. Werken op basis van het *chronic care model* heeft als potentiële meerwaarde: meer welbevinden bij ouderen en familieleden, minder stress bij mantelzorgers.

Wat zijn de verwachte effecten van de nieuwe aanpak?

De projecten hebben drie soorten resultaten voor ogen:

- een verbetering van communicatie en samenwerking in een netwerk van zorgverleners.
Om te bereiken dat oudere mensen geen onnodige dubbelingen in zorg krijgen, evenmin onnodige gaten in de benodigde zorg en ondersteuning ondervinden.
- de oudere persoon beter en meer toerusten voor het omgaan met ziekte en beperkingen, zonder te miskennen dat kwetsbare ouderen gebaat zijn met ondersteuning of case-management.
- de verwachting dat kwaliteitswinst en doelmatigheidswinst met elkaar zullen samengaan.
De precieze 'rekenommen' zijn nog niet gemaakt.

3.5. Wijkgerichte ondersteuning en versterking van het sociaal netwerk

Dit thema is een speerpunt in de volgende netwerken.

- Regio Rotterdam (Geriatrisch Netwerk Rotterdam en Omgeving)
Titel: Welzijn en zorg voor ouderen: integrale wijkaanpak
- Regio Zuid-Limburg (Academisch Centrum ZorgInnovatie Ouderen)
Titel: 'Integrated Senior Services', ondersteuning van kwetsbare ouderen
- Regio Utrecht (Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen)
Titel: Stem van de oudere migrant.

Trekkers in deze lokale of regionale experimenten zijn:

- gemeenten, welzijnsinstellingen, huisartspraktijken,
- daarnaast de regionale of lokale zorgnetwerken

Een vijfde – en laatste – reeks projecten staat in het verlengde van het thema ketenzorg, maar legt duidelijk andere accenten. Twee zaken staan op de voorgrond: (1) op wijkniveau een samenhangend geheel van zorg en welzijn realiseren, en tegelijk (2) het steunsysteem rond de oudere persoon versterken.

Welke problemen willen de projecten aanpakken?

Drie problemen vormen het terugkerende vertrekpunt voor de projecten. Ten eerste de rol van de oudere persoon zelf. Er is in Nederland veel zorg vóór ouderen. Veel minder een gerichte inzet op het bevorderen van zelfregie dóór ouderen; op het vermogen om zelf de regie te nemen over een leven met chronische ziekte en beperkingen.

Een tweede probleem is ermee verweven. Verbeteringen van zorg en ondersteuning hebben vrijwel altijd hun zwaartepunt in extra taken van organisaties of beroepskrachten. Veel minder is er een gerichte oriëntatie op versterking van iemand sociaal netwerk. Toch zou dat lonen. Een bestendig sociaal netwerk geeft niet alleen steun bij moeilijkheden, het helpt ook bij de tijdige signalering van problemen rond gezondheid, zichzelf redden, onveilige woonsituatie, enzovoort. Het is daarom noodzakelijk een ander accent te leggen: "zodanige ondersteuning dat mensen zoveel mogelijk in staat worden gesteld zichzelf te redden en voor zichzelf te zorgen, rekening houdend met (resterende) capaciteiten van de persoon".

Een derde probleem ligt in de organisatie van voorzieningen: ze staan vaak los van elkaar, zonder de gewenste samenhang. Als zorgnetwerken naar betere coördinatie streven, gebeurt dat vaak met een focus op extra beroepskrachten voor 'casemanagement'. Nog weinig wordt gebruik gemaakt van de potentiële kracht van (thuis)verpleegkundigen en welzijnswerkers. En nog te weinig wordt nieuwe (communicatie)-techniek ingezet waarmee oudere mensen zelf regie nemen over problemen (wat is er aan de hand, wat kan ik eraan doen).

Een bijzonder aandachtsgebied is de ondersteuning van oudere migranten. Een kwetsbare gezondheid gaat hier vaak gepaard met een sociaal netwerk dat stevig belast is. De wegen naar medische zorg kunnen deze ouderen doorgaans goed vinden. Minder gemakkelijk gaat dat met zorg- en welzijnsvoorzieningen die van betekenis zijn wanneer iemand bij blijvende beperkingen heeft. Wellicht is het aanbod onvoldoende afgestemd op de cultuurspecifieke specifieke wensen en behoeften van oudere migranten. In ieder geval zijn de ouderen zelf weinig betrokken bij de ontwikkeling van dit aanbod.

Welke vernieuwingen gaan de projecten doorvoeren?

De gemeente Rotterdam kiest voor een 'integrale wijkaanpak'. De opgave is om het sociaal netwerk rond de oudere persoon sterker te maken. In vier wijken van de stad – en later nog eens vier wijken – zal deze wijkaanpak gestalte krijgen. Dat gebeurt langs drie lijnen: (1) de wijkbewoners activeren tot oplettendheid (tijdige signalering van problemen), (2) de ouderen en hun mantelzorgers ondersteunen bij zelfredzaamheid, (3) activiteiten in de wijk stimuleren die bijdragen tot steun en participatie bij kwetsbare ouderen.

Een sleutelrol in het project ligt bij een beroepskracht die de ouderen zelf actief benadert en die de wijk tot meer bewustzijn en betrokkenheid brengt. Deze beroepskracht kent de wijk en streeft naar verbinding tussen het informele netwerk van de oudere persoon en het formele netwerk van wijkgebonden zorg- en welzijnsvoorzieningen. De gekozen aanpak is verwant aan methodieken die in het opbouwwerk lonend zijn gebleken.

Het project start met een brede verzameling ouderen in elke wijk om vervolgens de focus te leggen op kwetsbare ouderen boven 75 jaar. Hierbij wordt bezien wat de resultaten zijn voor steun vanuit het sociaal netwerk, ervaren zelfredzaamheid, sociale participatie, zorggebruik.

In Zuid-Limburg ligt het accent op (1) ondersteuning bij zelfmanagement en (2) toepassing van nieuwe techniek die zelfregie en zelfredzaamheid verruimt. Het project streeft naar een samenhangend aanbod van ondersteuning door instellingen voor zorg, welzijn, wonen.

In het regionaal netwerk zijn drie interventies gepland:

(1) Toepassing van nieuwe communicatietechniek die ouderen een gebruiksvriendelijke toegang tot zorg-op-afstand en telezorg geeft. De beeld- en spraakverbindingen zijn bedoeld voor zowel samenspraak met artsen en verpleegkundigen, als sociale contacten met familie en vrienden of het meebeleven van sociale evenementen (bijvoorbeeld een kerkdienst).

(2) Versterking van het maatschappelijke steunsysteem rond de oudere persoon doordat welzijns- en zorginstellingen op wijkniveau een samenhangend aanbod organiseren. Dit is ingepast in de idee van een levensloopbestendig buurt. Ouderen bepalen zelf wat nodig is.

(3) Begeleiding van ouderen die na opname het ziekenhuis verlaten en extra aandacht bij herstel nodig hebben. Niet louter de medische invalshoek is leidend, maar de behoefte van de oudere persoon bij ondersteuning naar 'zelfmanagement'. Een verpleegkundige zal die begeleidende rol vervullen op basis van een individueel zorgplan.

Elk van de genoemde interventies wordt uitgewerkt in een subregio; met onderlinge afstemming in een 'lerend netwerk'.

In het regionaal netwerk Utrecht is gekozen voor een toespitsing op de oudere migranten. Vooral de mensen van Turkse en Marokkaanse herkomst; in één gemeente ook ouderen uit

van Molukse identiteit. Centraal staat de inzet van sleutelfiguren uit de eigen gemeenschap. Hun opdracht is tweeledig:

- (1) behoud van zelfredzaamheid via de eigen kracht van migranten die zelf problemen oplossen in hun gemeenschap),
- (2) verbeteren van de toegang tot zorg- en welzijnsvoorzieningen wanneer die toegevoegde waarde hebben. De sleutelfiguur heeft een dubbele rol: enerzijds individuele ondersteuning van de oudere persoon, anderzijds collectieve verbetering van voorzieningen op basis van gespreksgroepen met oudere migranten.

Het project wordt uitgevoerd op wijkniveau; bij zelfstandig wonende migranten in vier gemeenten (IJsselstein, Tiel, Harderwijk en Utrecht).

Een voorbeeld:

Tijdens huisbezoeken blijkt dat bij de heer Sunay (80 jaar, alleenwonend) geen gebruik kan maken van de maaltijdservice. Hij is ondervoed. Zijn kinderen wonen te ver weg om voor hem te koken; hij heeft verder geen familie in de buurt. Hij wil zelfstandig blijven wonen in het huis waar hij 35 jaar met zijn vrouw woonde. De burens hebben regelmatig aangeboden voor hem te koken, maar dat is Hollands eten. Tijdens de brede voorlichtingbijeenkomst die de sleutelfiguur organiseert blijkt dat er naast de heer Senay nog tientallen andere oudere in de wijk zijn met dezelfde problemen. Er komt een themagroep 'maaltijdservice', die maakt een lijst van wensen en behoeften op het gebied van het eten, en vraagt aan de ouderen of zij een oplossing weten. In de lokale gemeenschap zijn jonge mensen die het vak van 'kok' beheersen; zij gaan helpen met maaltijden volgens traditionele recepten.

Wat zijn de verwachte effecten van de nieuwe aanpak?

Alle projecten hebben een gedeelde ambitie. Ze starten niet met een zorgketen maar vertrekken vanuit de ondersteuningsbehoeften van ouderen zelf. Zelfregie is een belangrijk uitgangspunt. De projecten bevatten een mix van interventies:

- begeleiding van de oudere persoon (helpen bij zelf hanteren van ziekte en beperkingen),
- ondersteuning van het sociaal netwerk (ook uitbreiden via een betrokken wijk),
- ontwikkeling van een zorg- en welzijnsaanbod dat betere aansluit op behoeften.

Met de gekozen aanpak willen de projecten bereiken dat kwetsbare ouderen langer in staat zijn tot zelfstandig thuis wonen, zonder overbelasting van de mantelzorg, en met een betere kwaliteit van bestaan door rijkere mogelijkheden tot participatie.

Daarnaast streven projecten naar betrokkenheid van de wijk; dat kan ook de winkelier, de school, het buurthuis zijn.

4. Overzicht en vooruitblik

4.1. Vooruitblik: hoe verder

Het Nationaal Programma Ouderenzorg bevordert experimenten met samenhangende zorg en ondersteuning voor ouderen met complexe gezondheidsproblematiek, of een stapeling van problemen (broze gezondheid, veel beperkingen, zwak netwerk of relatieve armoede). Er zijn nu acht netwerken rond een UMC gevormd. Daarnaast enkele 'perifere netwerken'. In de jaren 2009–2012 gaan die netwerken welomschreven vernieuwingen uitvoeren en evalueren. De resultaten bieden zeker nog verrassingen. Toch zijn de contouren van de toekomstige zorg voor kwetsbare ouderen al wel zichtbaar (zie het kader op bladzijde 21).

Waar staan we op dit moment?

Het Nationaal Programma Ouderenzorg biedt een samenhangend palet van initiatieven. Dit palet gaat gepaard met realiteitszin: denk niet dat we het allemaal al weten ("wat het best werkt"). En als we het wel weten moeten veelal nog bestuurlijke keuzes worden gemaakt: welke onderdelen van zorg worden versterkt en welke niet, hoe gaan netwerken voor zorg en ondersteuning eruit zien (wie zit er aan het stuur, hoe krijgen ouderen zelf invloed), en hoe kan de bekostiging – in plaats van betaling per verrichting – meer zijn afgestemd op gewenste resultaten voor kwetsbare ouderen.

De regionale netwerken hebben sterke en zwakke punten:

- ze brengen zicht op 'wat werkt', op welke vernieuwingen lonend zijn voor goede en doelmatige zorg aan ouderen met een complexe problematiek;
- ze geven nog onvoldoende zicht op vraagstukken van sturing en bekostiging, waar onder (a) marktwerking versus samenwerking in de zorg, (b) rol van gemeenten en zorgverzekeraars.

Wat vraagt meer aandacht?

Het Nationaal Programma Ouderenzorg zal de gedachtevorming over die vraagstukken stimuleren. Aandachtspunten die in ieder geval aan bod komen zijn dan:

- de organisatie van zorg
 - nu afzonderlijke diensten en voorzieningen
 - straks netwerken en integrale zorgpaden over grenzen van voorzieningen;
- de bekostiging van zorg en ondersteuning
 - nu betaling van verrichtingen (bijvoorbeeld 'dbc', consult huisarts, uur thuiszorg),
 - straks oplossingen die niet alleen 'goede zorg' bevorderen, ook kosteneffectiviteit;
- de sturing ten aanzien van ondersteuning en zorg
 - nu gefragmenteerde sturing (en in het algemeen meer groeirimte voor medische zorg dan voor interventies die zelfmanagement versterken, of sociale participatie);
 - straks meer balans van curatieve zorg, herstellende zorg, 'care', sociale participatie; en tegelijk de vraag hoe ouderen zelf zeggenschap kunnen hebben ten aanzien van zorg en ondersteuning.

4.2. Discussie: aandachtspunten

Als gezegd: het Nationaal Programma Ouderen wil het debat over 'toekomstige zorg voor kwetsbare ouderen' gaan stimuleren. Het Nationaal Programma Ouderen zal dan niet louter een verzameling van inzichten uit experimenten en onderzoek zijn; maar tegelijk verbindende inzichten geven over integrale zorg in komende jaren. Zonder pretentie van volledigheid staan hieronder enkele aandachtspunten voor de beoogde visieontwikkeling.

Door vergrijzing zal Nederland te maken krijgen met een toename van kwetsbaarheid in de oudere bevolking. Dat is tegelijk een toename van samengestelde zorgvragen. Die ontwikkeling noodzaakt tot vernieuwingen in de organisatie en bekostiging van integrale zorg voor kwetsbare ouderen. Hier ligt een zware opgave voor de zorgsector. Dat is tevens een opgave om domeinen te verbinden: acute zorg, herstelgerichte zorg, langdurige zorg, maatschappelijke ondernemingen, en om leidende principes voor deze zorg te benoemen en onder de aandacht te brengen van professionele beroepsbeoefenaren en zorgorganisaties.

Het Nationaal Programma Ouderen is gericht op ouderen met meervoudige gezondheidsproblemen. Preventie, opgevat als tegengaan van chronische ziekte of van verergering, moet erbij betrokken worden. Soms gaat het om simpele zaken; bekend is dat 'actief zijn' bij 65-plussers tot meer gezonde jaren leidt. Een preventieve aanpak kan 'kwetsbaarheid' verminderen. Hier ligt een brede opgave die raakt aan begrippen als 'longevity' (gezond en actief oud worden), actief burgerschap en zelfbeschikking.

Het Nationaal Programma Ouderen attendeert daarnaast op integratie van complexe zorg. Integratie is een ruim begrip dat relaties heeft met veel gebruikte begrippen als coördinatie, afstemming en samenhang. Bovendien met populaire termen als ketenzorg. Duidelijk mag zijn dat de huidige aanpak van ketenzorg niet volstaat; die is gericht op specifieke aandoeningen als diabetes, hartfalen, copd. Integrale zorg voor kwetsbare ouderen is bedoeld voor een samenstel van chronische ziektes, aandoeningen, beperkingen. Er is een andere strategie nodig dan gevolgd wordt bij ketenzorg in de eerste lijn. Wel lijken noties van zorgprogramma's en 'disease management' nog steeds bruikbaar.

Het Nationaal Programma Ouderen zal de leidende idee van integratie moeten verhelderen. Tevens welke vuistregels eruit volgen voor de organisatie en bekostiging van zorg en ondersteuning. Onder meer hoe 'breed' die integratie moet zijn, welke specificatie naar cliëntgroepen wenselijk is (of wellicht cliëntprofielen). Tevens welke mechanismen voor coördinatie het best werken, welke vormen van samenwerking, met welke betaaltitels.

Bij de vormgeving van integrale zorg is zeggenschap van ouderen een belangrijk principe. Het Nationaal Programma Ouderen moet daarom duidelijk maken welke zeggenschap bij kwetsbare ouderen wenselijk en mogelijk is. Er is onderscheid mogelijk in: (a) bestuurlijke zeggenschap in netwerken, (b) programmatische zeggenschap bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg, (c) individuele zeggenschap bij het eigen arrangement. Bij dat laatste kan betrokken worden: de eigen verantwoordelijkheid die ouderen hebben om kwetsbaarheid te voorkomen, voor zover dat in hun vermogen ligt (zie de idee van 'zelfmanagement').

Kader: contouren van zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen

In de jaren 2009–2012 gaan regionale netwerken vernieuwingen uitvoeren. In onderzoek wordt duidelijk wat de feitelijke resultaten zijn.

De gekozen aanpakken berusten op een analyse van knelpunten, daarnaast op inzichten uit internationaal onderzoek over effecten. Daardoor ontstaat al een eerste beeld van de contouren van integrale zorg voor kwetsbare ouderen. Kort gezegd zijn er vijf lijnen.

- (1) Laagdrempelige *screening*, vroegtijdige signalering van gezondheidsrisico's:
 - gericht op een integraal beeld van gezondheidsproblemen en beperkingen bij de oudere persoon, gekoppeld aan eerstelijnszorg (huisartspraktijk, wijkverpleging),
 - op de achtergrond specifieke centra voor diagnostiek waar de eerste lijn niet zelf een scherp beeld kan krijgen.
- (2) Breder eerste lijnszorg met een sterke rol voor de verpleegkundige bij de begeleiding van chronische ziekten:
 - gericht op versterking van 'zelfmanagement' bij de oudere persoon (leren omgaan met zijn of haar gezondheidsproblematiek),
 - beheersen van langdurige beperkingen door gerichte inzet van hulpmiddelen en andere technische oplossingen, door activeren van vaardigheden, en opbouwen van 'steunsysteem' rond de oudere persoon.
- (3) Een integrale aanpak van behandeling bij ouderen met meerdere chronische ziekten of aandoeningen tegelijk:
 - gericht op een uitgebalanceerde inzet van curatieve zorg, in plaats van de huidige, vaak versnipperde aanpak per aandoening;
 - met voldoende oog voor het vraagstuk van 'meerwaarde' (wat kan medische zorg toevoegen aan 'kwaliteit van bestaan').
- (4) Versterking van herstelgerichte zorg voor ouderen met chronische aandoeningen die medische ingrepen ondergaan:
 - gericht op behoud van 'functioneren' ofwel tegengaan van blijvende beperkingen o gebieden van persoonlijke zorg, mobiliteit, zelfregie, enzovoort,
 - met een aanpak waarbij transmurale zorgpaden over grenzen van ziekenhuis en eerstelijnszorg tot stand komen (met inbegrip van verpleging & verzorging thuis).
- (5) Beter toerusten van ouderen voor succesvol omgaan met beperkingen die niet meer overgaan:
 - beperkingen opvangen met een mix van (a) techniek die persoonlijke autonomie bevordert, (b) informeel netwerk, (c) professionele hulp;
 - kwaliteit van leven stimuleren door iemands sociaal netwerk op peil te houden en door kansen op sociale participatie te geven (dit veronderstelt verbindingen tussen zorg en welzijn).
 -

Dit document is tot stand gekomen met inbreng van:

De heer prof. dr. W.G. van Aken
De heer prof. dr. M.G. Boekholdt
De heer dr. J.A.I. Coolen
Mevrouw dr. C.C.M. Jonkers
De heer drs. J.J.A.H. Klein Breteler
Mevrouw dr. M.J. Steenbergen
De heer prof. dr. R.G.J. Westendorp

Voor meer informatie: www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl