

ACUTE OUDERENZORG DICHTBIJ HUIS

Vernieuwingen, strategieën en noodzakelijke randvoorwaarden

Drs. Eline Kroeze, PhD-onderzoeker acute ouderenzorg¹, coördinator proeftuinen wijkkliniek

Dr. Anneke van Vught, lid projectteam proeftuinen wijkkliniek, verpleegkundig decaan Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, associate lector Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Dr. Susanne Smorenburg, programmamanager Leernetwerk Acute Ouderenzorg & proeftuinen wijkkliniek¹

Prof. dr. Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg¹

¹Afdeling Ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC

Een rapport in opdracht van Zorginstituut Nederland

INHOUDSOPGAVE

Afkortingen	3
Samenvatting	4
1. Introductie	6
2. Methode	8
2.1 <i>Kwalitatief onderzoek met een Realist Evaluation aanpak</i>	8
2.2 <i>Definitie acute ouderenzorg dichtbij huis</i>	8
2.3 <i>Ethiek en onderzoekskwaliteit</i>	9
2.4 <i>Setting en dataverzameling</i>	9
2.5 <i>Data-analyse en CMU-configuraties</i>	10
3. Welke vernieuwingen dragen bij aan acute ouderenzorg dichtbij huis	12
3.1 <i>Preventieve en proactieve zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen</i>	12
3.2 <i>Medebehandeling door de SO bij thuiswonende ouderen met complexe multiproblematiek</i>	13
3.3 <i>Wijkteam acute zorg en FACT-VVT team</i>	13
3.4 <i>Vernieuwingen in het tijdelijk verblijf</i>	16
3.5 <i>De wijkkliniek</i>	18
3.6 <i>Regionale zorgcoördinatie</i>	21
3.7 <i>Vernieuwingen in samenhang organiseren</i>	22
4. Strategieën voor het regionaal organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis	23
4.1 <i>Het handelen volgens een gezamenlijke regionale visie</i>	25
4.2 <i>Een cultuur creëren waarbij vergaand integraal samenwerken de norm is</i>	26
4.3 <i>Het analyseren van gezamenlijke knelpunten en prioriteren van vernieuwingen</i>	28
4.4 <i>Het systematisch implementeren van vernieuwingen</i>	30
4.5 <i>Verankeren en continu verbeteren en evalueren</i>	36
5. Randvoorwaarden voor het regionaal organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis	40
5.1 <i>Afgestemd beleid tussen systeempartijen</i>	40
5.2 <i>Financiering in lijn met de gezamenlijke doelen</i>	42
5.3 <i>Regionaal inzicht in zorgcapaciteit en uitwisseling patiëntgegevens en data</i>	45
5.4 <i>Kwaliteitskaders en juridische kaders bij netwerkzorg en integrale samenwerking</i>	45
6. Reflectie onderzoeksmethodiek	48
7. Conclusies	49
Referenties	52
Bijlage	54
<i>Beschrijving van de ontwikkeling van acute ouderenzorg dichtbij huis in drie regionale proeftuinen wijkkliniek</i>	
<i>Voorbeeld 1 - MooiMaasvallei</i>	54
<i>Voorbeeld 2 - regio Rivierenland</i>	59
<i>Voorbeeld 3 - regio Twente</i>	65

AFKORTINGEN

ADL-zorg	Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen in de zorg
ANW	Avond Nacht Weekend
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CGA	Compleet Geriatrisch Assessment
CMU	Context-Mechanisme-Uitkomst
ELV	Eerstelijnsverblijf (LC: laagcomplex, HC: hoogcomplex)
GR	Geriatrische revalidatiezorg
HAP	Huisartsenpost
IG	Individuele Gezondheidszorg
IZA	Integraal Zorgakkoord
MESO	Multidisciplinair Eerstelijnszorg met een Specialisme Ouderengeneeskunde
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PA	Physician Assistant
POH-O	Praktijkondersteuner ouderen
RE	Realist Evaluation
SEH	Spoedeisende hulp
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
VS	Verpleegkundig Specialist
VVT	Verpleeg- Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport
WLZ	Wet langdurige zorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZIN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

SAMENVATTING

Naar aanleiding van de positieve resultaten van de WijkKliniek in Amsterdam is eind 2021 een start gemaakt met het Leernetwerk Acute Ouderenzorg. Dit leernetwerk is gevormd door negen regionale proeftuinen, die al veel vernieuwende initiatieven wat betreft de acute ouderenzorg hebben geïmplementeerd, en de ambitie hebben om een wijkkliniek op te zetten. De proeftuinen laten zien dat de wijkkliniek niet als een op zichzelf staande innovatie kan worden ontwikkeld; dit kan alleen in samenhang met andere ontwikkelingen in de regionale acute ouderenzorg. Vanuit het leernetwerk werken de proeftuinen daarom niet alleen samen aan de implementatie van een wijkkliniek, maar ook aan de ontwikkeling van regionale, integrale acute ouderenzorg in bredere zin.

Het Zorginstituut wil de ervaringen van deze proeftuinen benutten, om meer zicht te krijgen op de ontwikkeling van regionale acute ouderenzorg 'dichtbij huis', en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze ontwikkeling verder te brengen op landelijk niveau. Het Zorginstituut heeft daarom opdracht gegeven aan de onderzoeksgroep Acute Ouderenzorg van het Amsterdam UMC voor de uitvoering van een evaluatieonderzoek naar de ontwikkelingen in de acute ouderenzorg in deze proeftuinen.

In dit kwalitatieve onderzoek is, vanuit een Realist Evaluation-benadering, in kaart gebracht op welke wijze de proeftuinregio's vormgeven aan acute ouderenzorg dichtbij huis, en wat de werkzame elementen, beïnvloedende contextfactoren en randvoorwaarden hiervoor zijn. Een **zesttal vernieuwingen** blijken van wezenlijk belang voor het organiseren van integrale acute ouderenzorg dichtbij huis:

- Preventieve en proactieve zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen
- Medebehandeling door de SO bij thuiswonende ouderen met complexe multiproblematiek
- Wijkteam acute zorg (in combinatie met een FACT-VVT team)
- Vernieuwingen in het tijdelijk verblijf
- De wijkkliniek
- Regionale zorgcoördinatie

Deze vernieuwingen kunnen niet los van elkaar worden gezien; juist door de vernieuwingen regionaal in samenhang te ontwikkelen wordt een 24-uurs infrastructuur in de eerstelijns, 'dichtbij huis', gecreëerd. Hierdoor krijgt integrale acute ouderenzorg structureel vorm, en kunnen acute zorgvragen bij kwetsbare ouderen vaker worden voorkomen, of thuis of dichtbij huis worden opgelost.

Het is een complexe opgave om deze vernieuwingen in samenhang te implementeren, omdat hiervoor vergaande (integrale) samenwerking tussen regiopartners nodig is; op zowel organisatorisch als professioneel niveau. Uit het onderzoek wordt helder dat de proeftuinregio's een veelheid aan strategieën toepassen, die in specifieke contexten bijdragen aan het realiseren van deze complexe opgave. Deze **strategieën** kunnen worden samengevat in **vier**

overkoepelende thema's:

- Het handelen volgens een gezamenlijke regionale visie
- Het creëren van een cultuur waarbij vergaand integraal samenwerken de norm is
- Het analyseren van gezamenlijke knelpunten en het prioriteren van vernieuwingen
- Het systematisch implementeren van vernieuwingen

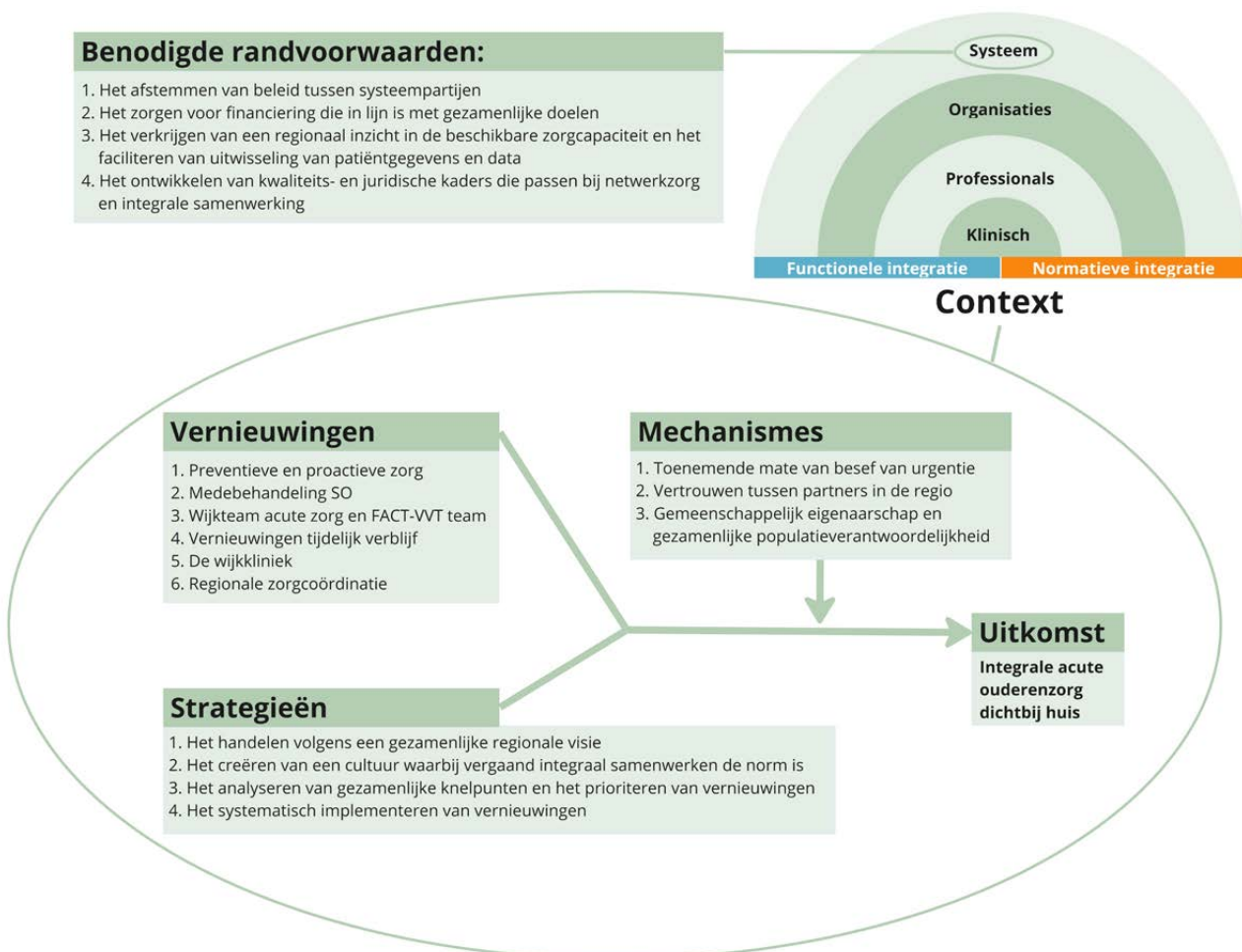
Bij deze strategieën horen **drie onderliggende mechanismes**:

- Een toenemende mate van besef van urgentie
- Een toenemend vertrouwen tussen partners in de regio
- Gemeenschappelijk eigenaarschap en gezamenlijke populatieverantwoordelijkheid

Tenslotte benadrukken de respondenten dat er verschillende veranderingen op systeemniveau nodig zijn, om de ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg dichtbij huis te versnellen. Deze **noodzakelijke randvoorwaarden** omvatten:

- Het afstemmen van beleid tussen systeempartijen
- Het zorgen voor financiering die in lijn is met de gezamenlijke doelen
- Het verkrijgen van regionaal inzicht in de beschikbare zorgcapaciteit en het faciliteren van de uitwisseling van patiëntgegevens en data
- Het ontwikkelen van kwaliteits- en juridische kaders die passen bij netwerkzorg en integrale samenwerking

In figuur 1 zijn de conclusies van dit onderzoek samengevat. Voor (praktische) voorbeelden en verdere tekst en uitleg kan de resultatensectie van dit rapport worden geraadpleegd.



Figuur 1. Overzicht van de resultaten van deze studie

1. INTRODUCTIE

Door de vergrijzing, druk op de arbeidsmarkt en stijgende zorguitgaven staan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in toenemende mate onder druk. Dit is dagelijks voelbaar. Er is in beperkte mate plek om cliënten tijdelijk op te nemen als het thuis niet meer gaat, wijkverpleging is niet altijd beschikbaar, en SEH-afdelingen moeten steeds vaker tijdelijk sluiten als gevolg van piekbelasting en overvolle verpleegafdelingen.¹⁻⁴

Eind 2020 publiceerden het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) daarom het advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'.⁵ Met passende zorg kan iedereen, ook in de toekomst, goede zorg krijgen. Passende zorg is van meerwaarde voor de gezondheid en het functioneren van het individu, kent een redelijke prijs, waarbij de patiënt en zorgverlener samen beslissen, en wordt waar mogelijk dicht bij de patiënt geboden. Het betreft een ommezwaai in ons denken over zorg; minder focus op ziekte en behandeling en meer op gezondheid, wat iemand wél kan, preventie, als ook het aanvaarden van afnemende vitaliteit bij ouderen en het begeleiden van waardig sterven.

Passende zorg is één van de leidende principes binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) en staat daarom centraal binnen de eerstelijnszorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de ziekenhuiszorg, de ouderenzorg en daar waar patiënten zich tussen deze sectoren bewegen.⁶ De zorgpartijen die betrokken zijn bij het IZA hebben afgesproken om in te zetten op het organiseren van passende en integrale zorg in het regionale verzorgingsgebied. Om de noodzakelijke transformaties uit te voeren, is het belangrijk dat de verschillende zorgpartijen in de regio nauw samenwerken en gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de populatie, steeds in verbinding met het gemeentelijk domein.

Het terugdringen van het aantal ouderen op de SEH is één van de doelstellingen geformuleerd in het IZA.⁶ Ook in de startnotitie 'Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis', uit 2018, constateerde het Zorginstituut al dat op landelijk niveau integrale zorg voor, en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen verder ontwikkeld dient te worden, om acute crisissituaties te voorkomen.⁷ Inmiddels bestaan er diverse goede voorbeelden en is er een handreiking met een duidelijk stappenplan voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk aan kwetsbare ouderen.⁸ Het is echter nog niet duidelijk hoe de acute zorg voor kwetsbare ouderen in de regio integraal en in samenhang kan worden ontwikkeld, volgens de principes van passende zorg, en hoe hierdoor crisissituaties en SEH-bezoeken kunnen worden verminderd.



Naar aanleiding van de positieve resultaten van de WijkKliniek in Amsterdam is eind 2021 een start gemaakt met het [Leernetwerk Acute Ouderenzorg](#). Dit leernetwerk is gevormd door negen regionale proeftuinen, die al veel vernieuwende initiatieven wat betreft de acute ouderenzorg hebben geïmplementeerd, en de ambitie hebben om in de regio een wijkkliniek op te zetten. De proeftuinen laten zien dat de wijkkliniek niet als een op zichzelf staande innovatie kan worden ontwikkeld; dit kan alleen in samenhang met andere ontwikkelingen in de regionale acute ouderenzorg. Vanuit het leernetwerk werken de proeftuinen daarom niet alleen samen aan de implementatie van een wijkkliniek, maar ook aan de ontwikkeling van regionale, integrale acute ouderenzorg in bredere zin.

Het Zorginstituut wil de ervaringen van deze proeftuinen benutten, om meer zicht te krijgen op de ontwikkeling van regionale acute ouderenzorg, en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze ontwikkeling verder te brengen op landelijk niveau. Daarbij wil het Zorginstituut weten of de regio's die bezig zijn met het ontwikkelen van een wijkkliniek kunnen dienen als goed voorbeeld van acute ouderenzorg 'dichtbij huis', volgens de principes van passende zorg. Het Zorginstituut heeft daarom opdracht gegeven aan de onderzoeksgroep Acute Ouderenzorg van het Amsterdam UMC voor de uitvoering van een evaluatieonderzoek naar de ontwikkelingen in de acute ouderenzorg in de proeftuinen wijkkliniek.

Doelstelling

Het doel van dit evaluatieonderzoek is om het Zorginstituut antwoord te geven op de volgende vraagstelling: 'Op welke wijze geven de proeftuinregio's vorm aan acute ouderenzorg 'dichtbij huis', en wat zijn de werkzame elementen, beïnvloedende contextfactoren en randvoorwaarden van en voor het organiseren van regionale acute ouderenzorg dichtbij huis?'

2. METHODE

2.1 KWALITATIEF ONDERZOEK MET EEN REALIST EVALUATION AANPAK

We voerden een kwalitatief onderzoek uit met een Realist Evaluation (RE) aanpak.⁹ Op basis van een documentanalyse en interviews brachten we in kaart welke vernieuwingen, strategieën en randvoorwaarden bijdragen aan het organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis, volgens de principes van passende zorg. Omdat het inrichten van acute ouderenzorg in de regio contextgevoelig is, en de strategieën en werkzame mechanismen variëren van regio tot regio, is gekozen om tijdens dit onderzoek een RE-benadering te hanteren.⁹ Deze methode is geschikt voor het evalueren van complexe interventies. Met behulp van Context-Mechanisme-Uitkomst (CMU) configuraties kan de vraag worden beantwoord: 'Wat werkt, voor wie, in welke context en waarom?'.¹⁰ We gebruikten deze CMU-configuraties dan ook om de strategieën en de onderliggende mechanismen te duiden die de proeftuinen hanteren om acute ouderenzorg dichtbij huis succesvol te ontwikkelen in de regio. Tenslotte ontcijferden we hiermee welke randvoorwaarden op systeemniveau daarbij noodzakelijk worden geacht.

2.2 DEFINITIE ACUTE OUDERENZORG DICHTBIJ HUIS

Centraal in REs staat de programmatheorie.¹¹ De programmatheorie is een veronderstelling over hoe een interventie, zorgmodel of strategie, de beoogde uitkomsten kan bereiken. Elke programmatheorie bestaat uit concepten die de fundamentele karakteristieken van het programma definiëren, dus: 'Wat houdt het programma in, wie is de doelgroep en wat zijn de beoogde uitkomsten?'.¹¹

Voor deze studie definiëren we het programma, de doelgroep en de beoogde uitkomsten als volgt: 'Acute ouderenzorg dichtbij huis' is een integrale benadering om de zorg voor thuiswonende, kwetsbare ouderen zodanig regionaal te organiseren, zodat acute zorgvragen worden voorkomen of zo dicht mogelijk bij huis worden opgelost. Onder acute zorg verstaan we alle zorg die onverwachts nodig is. De acute zorg voor deze ouderen is persoonsgericht; de verlangens en zorgbehoefte(n) van de oudere zijn het uitgangspunt en er is niet alleen aandacht voor de acute medische aandoening, maar ook voor andere lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, participatie en dagelijks functioneren; volgens de uitgangspunten van een compleet geriatrisch assessment (CGA). Daarnaast worden de mogelijkheden van zorg en behandeling besproken, zodat de oudere en eventuele mantelzorger(s) hierover samen met de zorgverlener - op een zo adequaat mogelijke wijze - kan beslissen. Tenslotte ervaart de oudere continuïteit in de (acute) zorgverlening, doordat deze tussen de diverse betrokken zorgverleners is afgestemd.

Als de acute zorgvraag niet kan worden voorkomen, of thuis of dichtbij huis kan worden opgelost, is het uiteraard ook van belang dat de acute ziekenhuiszorg aansluit op de zorgbehoefte van (kwetsbare) ouderen. We beperken ons in dit rapport echter tot vernieuwingen die bijdragen aan de ontwikkeling van 'acute ouderenzorg dichtbij huis', zoals hierboven gedefinieerd.

2.3 ETHIEK EN ONDERZOEKSKWALITEIT

Er werd een niet WMO-plichtige verklaring aangevraagd bij de METC-commissie van het Amsterdam UMC (locatie AMC). Deze is goedgekeurd aangezien er geen sprake is van medisch onderzoek waarbij de Human Subject Act van toepassing is (METC-nummer 2023.0478). Na het verstrekken van de informatiebrief, hebben alle proeftuinen en respondenten toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek. Tenslotte gebruikten we de COREQ¹² en de RAMESES II standaarden¹³, om te borgen dat alle relevante onderdelen voor het rapporteren van een kwalitatieve Realist Evaluation in dit rapport gemeld worden.

2.4 SETTING EN DATAVERZAMELING

De proeftuinen wijkkliniek vormden de setting van het onderzoek. Elke proeftuin werd via de projectleider benaderd om deel te nemen als casus voor deze studie. Voor elke proeftuin brachten we in kaart 1) welke vernieuwingen bijdragen aan ‘acute ouderenzorg dichtbij huis’ en waaruit deze vernieuwingen precies bestaan 2) wat de contextuele (bevorderende en belemmerende) factoren zijn bij de vernieuwingen; 3) welke strategieën de proeftuin toepast om de vernieuwingen (toch) succesvol door te voeren en 4) welke randvoorwaarden volgens de proeftuin op systeemniveau nodig zijn, om de acute ouderenzorg op regionaal en landelijk niveau verder te brengen.

De bestudeerde casussen zijn:

1. Proeftuin Den Helder
2. Proeftuin Mooi Maasvallei
3. Proeftuin Nijmegen
4. Proeftuin Purmerend
5. Proeftuin Rivierenland
6. Proeftuin Twente
7. Proeftuin Zaandam
8. Proeftuin Zuyderland
9. Proeftuin Amsterdam



Figuur 2. Overzicht van de regionale proeftuinen wijkkliniek, die samenwerken in het Leernetwerk Acute Ouderenzorg om een wijkkliniek in de regio op te zetten, zodat de innovatie landelijk schaalbaar wordt.



Om meer inzicht te krijgen in de regionale contexten, en ter voorbereiding van de interviews, startten EK en SS de dataverzameling met het raadplegen van (openbaar) beschikbare rapporten, feiten en cijfers over de proeftuinregio's (deskresearch). Naast de gegevens omtrent de regionale situatie (regiobeelden en -plannen), werden documenten verzameld die door de proeftuinen zijn gedeeld binnen het leernetwerk. Vervolgens namen EK en SS semigestructureerde interviews af, aan de hand van een topiclijst met vragen. Eerst werden de projectleiders van de regionale wijkkliniek benaderd voor een interview. Wanneer zij aangaven niet een goed overzicht te hebben van alle ontwikkelingen op het gebied van acute ouderenzorg in de regio, werden dubbelinterviews of aanvullende interviews gehouden. De interviews werden gevoerd met 11 projectleiders en/of projectleden en duurden gemiddeld 80 minuten. Na afloop werden alle interviews verbatim getranscribeerd. Naast de interviews, werden de (gedetailleerde) verslagen van overleggen tussen de bestuurders van de proeftuinen (n=7) en overleggen tussen projectleiders (n=12) verzameld en geanalyseerd.

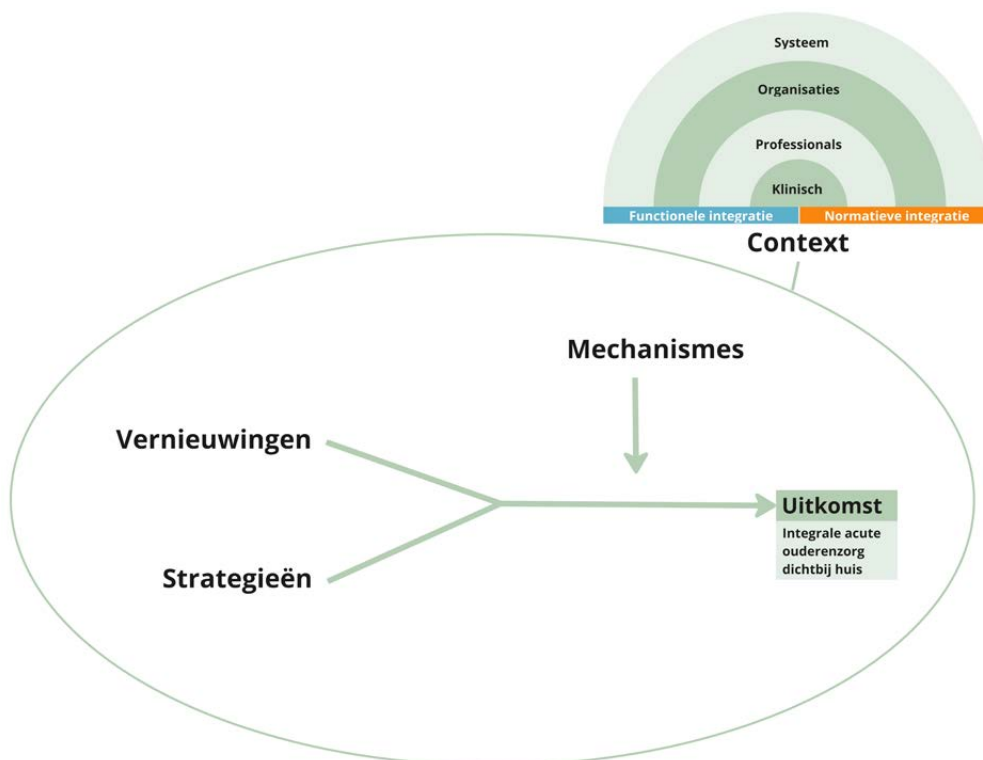
2.5 DATA-ANALYSE EN CMU-CONFIGURATIES

Voor de data-analyse is gebruik gemaakt van de software MAXQDA. Na een open codering, werden de codes ingedeeld in overkoepelende thema's voor interventies, contexten, strategieën, randvoorwaarden, mechanismes en uitkomsten. Een **interventie (I)** is een vernieuwing in de proeftuin om acute ouderenzorg dichtbij huis te organiseren. De **contextfactoren (C)** geven de (belemmerende of bevorderende) lokale en regionale omstandigheden weer. Een **strategie (S)** is een toegepaste strategie om de interventie (ondanks belemmerde contextfactoren) succesvol te implementeren. De **mechanismes (M)** zijn (mogelijke) verklaringen waarom deze strategieën in bepaalde contexten werken (en in andere niet). De **uitkomsten (U)** zijn de (verwachte) resultaten van het toepassen van de strategie(ën).

Om de contextfactoren en randvoorwaarden overzichtelijk te kunnen clusteren, en daarmee meer diepgang te bereiken in de analyse, is het Regenboogmodel voor integrale zorg van Valentijn (2015) gebruikt.¹⁴ Dit model omschrijft integrale samenwerking op verschillende niveaus: klinisch-, professioneel-, organisatorisch- en systeemniveau. Valentijn omschrijft dat er daarnaast een juiste balans nodig is tussen functionele ('harde') en normatieve ('zachte') randvoorwaarden om succesvolle samenwerking binnen en tussen deze niveaus te realiseren.

Minderhout et al. gebruikten het Regenboogmodel in een onderzoek naar de faciliterende en belemmerende factoren voor samenwerking tussen acute zorgorganisaties in Den Haag tijdens de COVID-19 pandemie.¹⁵ Ook in ons onderzoek, formuleerden we de thema's voor de contextfactoren en (benodigde) randvoorwaarden op basis van het Regenboogmodel. Hierbij hanteerden we de vier samenwerkingsniveaus en de indeling in functionele of normatieve randvoorwaarden.

Tenslotte werden in de laatste fase van het onderzoek, de overkoepelende strategieën verbonden met contextfactoren (C), mechanismes (M) en uitkomsten (U) (zie figuur 3). In dialoog kwamen de betrokken onderzoekers tot samenhangende CMU-configuraties. Belangrijk hierbij was het zogenoemde iteratieve proces; bij de analyse ontstonden theorieën die vervolgens weer werden getoetst met de data en werden opgenomen, genuanceerd, ontkracht of weerlegd.



Figuur 3. Theoretisch kader; relatie tussen overkoepelende strategieën (S), contextfactoren (C), mechanismes (M) en uitkomsten (U).

3. WELKE VERNIEUWINGEN DRAGEN BIJ AAN ACUTE OUDERENZORG DICHTBIJ HUIS

Er bestaan veel (varianten op) vernieuwingen die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van acute ouderenzorg dichtbij huis. In dit hoofdstuk bespreken we belangrijke vernieuwingen die de proeftuinregio's doorvoeren om acute zorgvragen te voorkomen, of die deze acute zorgvragen thuis of dichtbij huis oplossen (conform de beschreven definitie van 'acute ouderenzorg dichtbij huis' in de methode-sectie).

We beschrijven in onderstaande paragrafen niet alleen de inhoud van deze vernieuwingen, maar ook hoe deze bijdragen aan acute ouderenzorg dichtbij huis:

1. Preventieve en proactieve zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen
2. Medebehandeling door de SO bij thuiswonende ouderen met complexe multiproblematiek
3. Wijkteam acute zorg en FACT-VVT team
4. Vernieuwingen in het tijdelijk verblijf
5. De wijkkliniek
6. Regionale zorgcoördinatie

Om te schetsen hoe bovenstaande vernieuwingen in samenhang kunnen worden geïmplementeerd, zodat er in de regio preventieve en proactieve zorg aan kwetsbare ouderen wordt geboden en er een 24/7 infrastructuur in de eerste lijn 'dichtbij huis' ontstaat, beschrijven we in de bijlage de ontwikkelingen die plaatsvinden in drie proeftuinregio's binnen het Leernetwerk Acute Ouderenzorg.

3.1 PREVENTIEVE EN PROACTIEVE ZORG VOOR THUISWONENDE KWETSBARE OUDEREN

In alle proeftuinen wordt samengewerkt tussen zorg- en welzijnsorganisaties, en vaak ook met wooncoöperaties, om het welzijn van ouderen in de regio te verbeteren en de inzet van zorg zo veel mogelijk te voorkomen. Ook wordt in alle proeftuinregio's op een programmatische manier gewerkt aan de ontwikkeling en verdere uitbreiding van proactieve huisartsenzorg voor kwetsbare ouderen, conform de handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk'.⁸ Hierbij krijgt het bespreken en het op een eenduidige manier vastleggen van de behandelwensen (advance care planning) de nodige aandacht. Huisartsen werken hierin nauw samen met wijkverpleegkundigen en/of praktijkondersteuners ouderen (POH-ouderen).

Deze preventieve en proactieve (huisartsen-)zorg heeft als doel om de zorgvraag van kwetsbare ouderen in beeld te brengen en waar mogelijk op te lossen, de behandelwensen te bespreken en vast te leggen, en vervolgens vinger aan de pols te houden. Hierdoor wordt geprobeerd de weerbaarheid van de oudere (en zijn/haar naasten) te versterken en acute ontregelingen zo veel als mogelijk te voorkomen. Het vormt hiermee de basis voor het organiseren van passende en persoonsgerichte acute ouderenzorg dichtbij huis. De verlangens en behoeften van de oudere en eventuele mantelzorgers gelden hierbij als uitgangspunt. Om deze verlangens en behoeften te definiëren, is een bredere kijk op gezondheid nodig, waarbij aandacht is voor zowel lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, participatie en dagelijks functioneren, volgens de uitgangspunten van een compleet geriatrisch assessment (CGA). Om het doel van persoonsgerichte zorg te bereiken, is geïntegreerde zorg - oftewel gecoördineerde samenwerking tussen alle (in)formele zorgverleners - essentieel, zodat ouderen continuïteit ervaren in de zorgverlening.

3.2 MEDEBEHANDELING DOOR DE SO BIJ THUISWONENDE OUDEREN MET COMPLEXE MULTIPROBLEMATIEK

Alle proeftuinen geven, op verschillende manieren, invulling aan consultatie en medebehandeling van de SO aan thuiswonende ouderen met complexe multiproblematiek. Dit gebeurt in de vorm van diagnostiek, waarna adviezen volgen aan de oudere, zijn of haar omgeving en de huisarts. Op veel plekken kunnen de geformuleerde adviezen echter onvoldoende vervolg krijgen, als gevolg van beperkte expertise, tijd of ervaring van de huisarts en andere lokale hulpverleners. In verschillende vormen en mate geeft de SO daarom ook vorm aan medebehandeling, bijvoorbeeld door het initiëren van multidisciplinaire behandeling of het doen van medicatiewijzigingen. De SO werkt hierin doorgaans niet alleen, maar vanuit een team waarin ook verpleegkundige expertise vertegenwoordigd is. De invulling van deze verpleegkundige expertise varieert in de regio's (bijvoorbeeld wijkverpleegkundige, praktijkondersteuner, casemanager (dementie)). Ook werkt de SO in veel regio's nauw samen met andere BIG-geregistreerde professionals, zoals de GZ-psycholoog, of een VS of PA. Deze professionals nemen dan een aantal taken van de SO over in de medebehandeling.

Medebehandeling door de SO is doorgaans gericht op het verbeteren of stabiliseren van de situatie bij ouderen met complexe multiproblematiek. Hierdoor worden acute crisissituaties zo veel als mogelijk voorkomen. Omdat de SO expert is in multidisciplinaire samenwerking, en dat vaak precies is wat bij deze ouderen nodig is om tot passende zorg te komen, draagt de medebehandeling van de SO in belangrijke mate bij aan de ontwikkeling van acute ouderenzorg dichtbij huis. De inzet van de SO is op diverse plekken en in verschillende vormen onderzocht en succesvol gebleken; het draagt bij aan een betere kwaliteit van leven van ouderen en de ervaren zorg, en voorkomt verwijzingen naar de tweede lijn.^{16, 17, 18}

MESO-zorg

Eén van de proeftuinen wijkkliniek, regio Rivierland, participeert tevens als proeftuin in MESO-zorg. MESO-zorg heeft als doel de kwaliteit van het leven(seinde) van kwetsbare thuiswonende ouderen met (hoog)complexe problematiek of in (hoog)complexe situaties te optimaliseren, door tijdelijk medisch- en verpleegkundig-specialistische expertise in te zetten bij diagnostiek en behandeling (inclusief regie en coördinatie). MESO-zorg doet dit door lokale multidisciplinaire samenwerking te organiseren tussen het MESO-team (bestaande uit een SO, een (geriatrie)verpleegkundige en het secretariaat), de huisartsenpraktijk en het lokale netwerk (informeel en professioneel), met als doel het bieden van proactieve, persoonsgerichte, duurzame en samenhangende zorg. De samenwerking tussen huisartsen en SO's bestond al langer in regio Rivierland, maar heeft met de komst van MESO een uitbreiding en verdieping gekregen. In verband met de positieve resultaten is recent besloten om de aanpak op te schalen naar de gehele regio, mits hiervoor voldoende SO-capaciteit kan worden gecreëerd.

3.3 WIJKTEAM ACUTE ZORG EN FACT-VVT TEAM

Een wijkteam acute zorg is een speciaal team dat door (dienstdoende) huisartsen, wijkverpleegkundigen (en andere zorgprofessionals) in de regio oproepbaar is voor acute zorgvragen en ongeplande zorg in de thuissituatie.

In de meeste proeftuinregio's is nog geen wijkteam acute zorg aanwezig. Wel kan in deze regio's vaak al een beroep worden gedaan op acute zorg bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) of gespecialiseerde, verpleegkundige zorg thuis, via een centraal telefoonnummer. In enkele proeftuinen wijkkliniek (Pantein¹⁹, Zuyderland²⁰) en in een aantal andere regio's (onder andere Thuiszorg West-Brabant²¹, Spoedzorg Rotterdam²² en Spoedzorg Haaglanden²³) bestaat wél een apart team (of zelfs een aparte, regionale coöperatie) dat via één telefoonnummer oproepbaar is voor acute zorgvragen en ongeplande zorg in de thuissituatie. Een wijkteam acute zorg heeft een systeemfunctie, dat wil zeggen dat het team voor alle ouderen in de regio kan worden opgeroepen, ook voor ouderen die nog geen zorg ontvangen of zorg krijgen van een andere VVT-aanbieder.²⁴

Het team ontstaat doorgaans als groeimodel vanuit een verpleegtechnisch thuiszorgteam of team voor onplanbare nachtzorg, en bestaat in de regel uit gespecialiseerde (HBO-)verpleegkundigen en VS'en en PA's, die beschikken over ervaring in de (acute) wijkzorg en relevante competenties bij specifieke, verpleegtechnische handelingen. Daarnaast maken verpleegkundigen niveau 4 en verzorgenden individuele gezondheidszorg (IG) vaak deel uit van een wijkteam acute zorg. Het team biedt op verzoek van de huisarts (HAP) of wijkverpleegkundige ongeplande, verpleegkundige zorg, zowel op het gebied van ADL als verpleegtechnische handelingen (bijvoorbeeld in het geval van urinewegproblemen of katheterproblematiek). Daarnaast kan het team ter plaatse beoordelen welke zorg nodig is, bijvoorbeeld als de oudere of diens mantelzorger telefonisch contact heeft gezocht met de HAP en de zorgvraag niet levensbedreigend en niet duidelijk is. De overige functies van een wijkteam acute zorg variëren per regio. In sommige regio's is het wijkteam acute zorg bijvoorbeeld ook belast met de triage en zorgcoördinatie in de ANW-uren. Het team is dan doorgaans aanwezig op de SEH en kunnen 24 uur per dag een SO bereiken voor overleg. Als een (oudere) patiënt niet hoeft te worden opgenomen in het ziekenhuis, beoordeelt het team of de patiënt naar huis kan. Als terugkeer naar huis niet mogelijk is, regelt het team intramurale vervolgzorg. Daarnaast kan het team de oudere direct na SEH-opname thuis bezoeken om verpleegtechnische handelingen te verrichten en ADL-zorg te leveren. Zodra de zorg weer planbaar is wordt deze overgedragen aan de reguliere thuiszorg. In een aantal regio's biedt het wijkteam acute zorg ook (eenvoudige) ziekenhuiszorg in de thuissituatie.²⁵ Het gaat dan veelal om ziekenhuiszorg met infuustherapie (bijvoorbeeld met intraveneuze antibiotica, immunoglobulinen of morfine) die de patiënt thuis kan krijgen. De beschikbaarheid van een wijkteam acute zorg verschilt ook per regio. In sommige regio's is een wijkteam acute zorg 24 uur per dag beschikbaar en in andere regio's alleen in de nacht of de ANW-uren, of juist alleen overdag en 's avonds (bijvoorbeeld van 7.00 tot 23.00 uur).

In enkele regio's is de samenwerking tussen het wijkteam acute zorg en de HAP geformaliseerd, bijvoorbeeld bij Pantein en Spoedzorg Rotterdam. In deze regio's werken de HAP en het wijkteam acute zorg dus integraal samen, en zijn afspraken vastgelegd over wanneer het wijkteam acute zorg, in plaats van (en in nauwe samenwerking met) de dienstdoende huisarts, wordt ingezet voor patiënten die contact hebben opgenomen met de HAP.

Vanuit deze integrale samenwerking zijn triage-afspraken gemaakt en zorgpaden ontwikkeld voor onder andere:

- ongeplande, verpleegkundige zorg thuis, zowel op het gebied van ADL als verpleegtechnische handelingen (bijvoorbeeld in het geval van urinewegproblemen of katheterproblematiek). Ook het in kaart brengen van een bepaalde situatie bij onder meer trauma, een val, een bloedneus, onregelde diabetes, wondzorg, obstipatie, pijnbestrijding en sondeproblemen valt onder deze zorg;
- palliatief-terminale zorg thuis;
- extra handelingen en controles thuis, bijvoorbeeld van vitale parameters;
- de toediening van medicatie;
- de beoordeling ter plaatse bij een onduidelijke zorgvraag en triage thuis om te bepalen van welke zorg nodig is;
- COVID-zorg.

Deze regio's geven aan dat tot de helft van de visites die voorheen door de dienstdoende huisarts van de HAP werd gedaan, nu door het wijkteam acute zorg wordt uitgevoerd.

FACT VVT-team

In één van de proeftuinen, namelijk de Zorgcirkel in Purmerend, bestaat een zogenaamd FACT-VVT-team.²⁶ Dit team kan worden gezien als variant op een wijkteam acute zorg, en richt zich op (het voorkomen van) crisissituaties door psychogeriatrische problematiek of een combinatie van psychische en lichamelijke klachten. FACT is de afkorting van Flexible Assertive Community Treatment. In het geval van een (verwachte) crisis, biedt het FACT-VVT-team crisiszorg thuis. Het doel is om de cliënt in geval van een crisis, indien mogelijk, thuis te behandelen en opname te voorkomen. De aanpak is geïnspireerd op de FACT-methodiek uit de psychiatrie. Wanneer een crisissituatie dreigt te ontstaan, wordt het team door de huisarts ingeschakeld.

Het FACT-VVT-team bestaat uit een casemanager, wijkverpleegkundige, SO, VS en een psycholoog. Het team werkt interdisciplinair samen om de cliënt thuis de noodzakelijke behandeling en begeleiding te geven in een crisissituatie. De teamleden zijn gespecialiseerd in het herkennen en behandelen van complexe psychogeriatrische problematiek (PG-problematiek) bij ouderen en werken samen in één elektronisch patiëntendossier. De behoeften van cliënten en hun naasten staan hierbij centraal, zowel tijdens de crisis als in de periode daarna. De kracht van het team zit volgens de projectleider:

“... in het leren kennen van het netwerk van de cliënt, om de échte behoefte in kaart te kunnen brengen. Dat is wat toegevoegde waarde heeft en wat het team succesvol maakt. Doordat je de tijd neemt om iemand en zijn of haar systeem te leren kennen, en hierdoor de juiste verbindingen kunt leggen, kunnen de ingezette vormen van ondersteuning daadwerkelijk slagen. Goede medische zorg is vanzelfsprekend wel een randvoorwaarde, maar het gaat vooral om de persoonlijke connectie”. – M, 04/07/23

Als de situatie weer stabiel is, wordt de cliënt aan de reguliere zorg overgedragen. Om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen (ANW), werkt het FACT-VVT-team samen met andere zorgorganisaties en het ambulante thuiszorgteam, en staat het in nauw contact met betrokken huisartsen en specialisten. Het team werkt niet exclusief voor cliënten van de Zorgcirkel; het kan in alle crisissituaties door huisartsen en de wijkzorg om hulp worden gevraagd.

Door cliënten, zo lang als nodig, thuis extra intensieve zorg te bieden, kan een opname in een instelling vaak worden voorkomen of uitgesteld. Een evaluatie van de Zorgcirkel laat zien dat het aantal oneigenlijke opnamen op de SEH en gedwongen crisisopnamen in verpleeghuizen door het bieden van extra intensieve zorg thuis, afneemt.²⁷ Ook de Monitor Langdurige Zorg of Wlz-monitor van Vektis laat zien dat in Purmerend tussen 2018 en 2019, na de invoering van het FACT-VVT-team, minder mensen met intensieve dementiezorg (VV5-pakket) werden opgenomen in een instelling Wet langdurige zorg (Wlz) dan in de jaren daarvoor.²⁹

Er bestaan geen Nederlandse studies of evaluaties waarin de effectiviteit van een wijkteam acute zorg is onderzocht, maar deze vernieuwing lijkt in belangrijke mate te kunnen bijdragen aan de acute ouderenzorg dichtbij huis. Het team kan veel (eenvoudige) acute situaties bij kwetsbare ouderen thuis oplossen, door nauwe (integrale) samenwerking met huisartsen en HAP. Dit voorkomt verwijzingen naar de SEH, en als een patiënt toch moet worden ingestuurd kan dit met een gerichtere vraagstelling. Bovendien kunnen wijkteams acute zorg fungeren als de verbindende schakel tussen SEH en de wijkzorg, zoals in sommige regio's al gebeurt. Op dit moment bestaan wijkteams acute zorg uit gespecialiseerde verpleegkundigen (en een VS/PA) werkzaam in de wijk. De taken van deze teams zijn nu vooral gericht op de uitvoering van (veelal verpleegtechnische) handelingen en het bieden van acute ADL-zorg. Door de toevoeging van een VS of PA met expertise op het gebied van acute, geriatrische zorg (bijvoorbeeld werkzaam op de SEH), kunnen acute wijkteams zich verder ontwikkelen. Aan de hand van de (geriatrische) anamnese en het klinisch beeld, kunnen de teams dan thuisdiagnostiek gaan uitvoeren (bijvoorbeeld een electrocardiogram (ECG), bladder scan en point of care-testen), thuis behandeling inzetten en thuis de klinische follow-up van deze behandeling doen. Ook de combinatie van een wijkteam acute zorg en een FACT-VVT-team is interessant; hierdoor kan het team bij zowel psychogeriatrische ontregeling als bij somatische problematiek worden ingezet om de situatie, waar mogelijk, thuis te stabiliseren. Een combinatie van somatische en psychogeriatrische problemen wordt bij kwetsbare ouderen immers veel gezien. Een dergelijk (meer specialistisch) geriatrisch wijkteam acute zorg kan ook bijdragen aan passende zorg en behandeling bij palliatieve zorgvragen van de oudere, als deze niet meer opgenomen wil worden in het ziekenhuis.

3.4 VERNIEUWINGEN IN HET TIJDELIJK VERBLIJF

In de proeftuinen wijkkliniek, en ook in andere regio's, zien we diverse vernieuwingen in het tijdelijk verblijf voor ouderen. Bij deze vernieuwingen wordt de tijdelijke (eerstelijns-) verblijfszorg ingericht op de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de oudere, en niet op basis van financieringsstromen of verschillende bekostigingsvormen binnen het tijdelijk verblijf (zoals ELV, DBC GRZ, Wlz-crisis etc). Doordat men de afdelingen voor het tijdelijk verblijf inricht op basis van de doelgroep (bijv. patiënten met een delier, patiënten met een revalidatievraag, of patiënten die een duidelijke dagstructuur nodig hebben), waarbij men zo min mogelijk uitsluitcriteria hanteert, wordt de toegankelijkheid van het tijdelijk verblijf voor deze doelgroepen vergroot. Bovendien bevordert het gebruik van bedden met flexibele financieringslabels een efficiënte benutting van de bedden capaciteit.

Tenslotte zien we dat regio's ook (meer) 24/7 opnamemogelijkheden creëren om de toegankelijkheid van het tijdelijk verblijf te vergroten. Bovenstaande vernieuwingen dragen allen bij aan het versterken van de functie van het tijdelijk verblijf in de acute ouderenzorg dichtbij huis; door het tijdelijk verblijf goed toegankelijk te maken, worden vermijdbare SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames voorkomen. Deze ontwikkeling krijgt op diverse manieren vorm in de proeftuinen; we beschrijven drie voorbeelden.

Herstelkliniek MooiMaasvallei

Herstelkliniek Pantein (onderdeel van regio MooiMaasvallei) telt 68 bedden, heeft een bovenregionale functie en is bedoeld voor thuiswonende ouderen (al dan niet met een Wlz-indicatie), die een (acute) behandelvraag hebben en hiervoor tijdelijk moeten worden opgenomen. Deze ouderen, die vaak complexe geriatrische problemen hebben, kunnen 24 uur per dag in de Herstelkliniek worden opgenomen voor verschillende, functiegerichte behandelingen en tijdelijke verblijfvormen:

“Met name ouderen met meerdere ziektebeelden gaan soms onderuit. Vaak belanden die ouderen in het ziekenhuis, terwijl niet de aandoeningen zelf het probleem vormen, maar het functioneren met die aandoeningen. Voor deze ouderen is de Herstelkliniek bedoeld; daar probeert het behandelteam, gecoördineerd door de SO, het functioneren van de ouderen te herstellen.” – A, 23/02/23

De Herstelkliniek heeft daarmee een spilfunctie in de acute ouderenzorg. De kliniek werkt nauw samen met het regionale ziekenhuis, SEH, HAP en het regionale wijkteam acute zorg (TTV-team genaamd), om de acute ouderenzorg dichtbij huis invulling te geven en SEH-bezoek en ziekenhuisopname van kwetsbare ouderen zoveel mogelijk te voorkomen. Elke afdeling in de Herstelkliniek heeft een ander leefklimaat, afgestemd op de problematiek en zorg- en behandelbehoefte van de cliënt die tijdelijk wordt opgenomen. Er zijn bijvoorbeeld afdelingen voor geriatrische revalidatie, somatiek, delier, structuur en (ernstige) gedagsproblematiek. Daarnaast wordt vanuit de Herstelkliniek dagbehandeling en eerstelijnsconsultatie vanuit expertise ouderenzorg geboden. Deze verschillende vormen van tijdelijk verblijf worden 'aan de achterkant' gefinancierd via de reguliere financieringsstromen, op basis van de werkelijke bezetting (DBC GR, ELV HC, (sub)acute interventie PG-plus, ZZZ 7, ZZZ8 en ZZZ9B). Transferverpleegkundigen van zorgcoördinatie MooiMaasvallei regelen de nazorg thuis of andere vervolgzorg voor cliënten die opgenomen zijn in de Herstelkliniek.

Acute opname en Herstelafdeling IJsselheem

In januari 2022 is zorgorganisatie IJsselheem gestart met een nieuwe afdeling Acute Opname Herstelzorg (AOH). De AOH IJsselheem is gevestigd op de GR-afdeling van IJsselheem in het Isala ziekenhuis, en is bestemd voor ouderen die acute herstelzorg nodig hebben, bijvoorbeeld vanwege een infectie of kneuzing. Met de AOH wil IJsselheem onjuiste ziekenhuisopnamen voorkomen, functieverlies beperken en een snellere terugkeer naar huis realiseren. Behalve de acute zorgvraag, staan aandacht voor het behoud van de conditie en het functioneren van patiënten en een goed afgestemde terugkeer naar huis centraal. Cliënten verblijven maximaal twee weken op de AOH. Deze korte opnametijd is mogelijk, doordat er met een vast team van verpleegkundigen, direct vanaf opname, gewerkt wordt aan een in samenspraak met de cliënt opgesteld behandelplan. Daarnaast wordt de thuisomgeving, denk aan mantelzorgers en zorgverleners, direct betrokken en bestaat er een goede samenwerking met de verwijzers en de wijkverpleging. Alles is gericht op een spoedig herstel en een veilige terugkeer naar huis. Waar nodig kan herstel thuis voortgezet worden met thuiszorg en/of eerstelijnsbehandeling.

Regionaal Expertisecentrum Ouderen Zoetermeer 2025

In 2021 is Zoetermeer 2025 gestart met een pilot met bedden van het Regionaal Expertisecentrum Ouderen (REO-bedden). Deze bedden zijn bedoeld voor kwetsbare ouderen waarbij geen sprake is van een urgente en/of acute medisch-specialistische zorgvraag, maar waarbij er wel een “knik” in het dagelijks functioneren is ontstaan, en waarbij het voor de huisarts niet duidelijk is wat er medisch en/of psychisch aan de hand is. Op dat moment kan een beroep worden gedaan op een REO-bed. Tijdens deze opname van maximaal 9 dagen wordt de kwetsbare oudere 24 uur per dag, volgens een vast schema, op het lichamelijk en psychisch functioneren geobserveerd en gescreend. Zo nodig worden er diverse aanvullende onderzoeken gedaan. Een multidisciplinair team, o.a. bestaande uit een SO, geriatrie verpleegkundige, VS en waar nodig andere disciplines, brengt de zorgvraag door middel van een behandelplan in kaart. Dit behandelplan en advies (dit kan bijvoorbeeld bestaan uit medicatieaanpassing, extra thuiszorg, of extra fysiotherapie) wordt besproken in een multidisciplinair overleg met de huisarts, zodat deze de zorg in de thuissituatie weer kan oppakken. Na maximaal 9 dagen kan de patiënt weer naar huis, zodat de REO-bedden beschikbaar blijven voor nieuwe opnames. De huisarts blijft tijdens de REO-opname medisch eindverantwoordelijk.

3.5 DE WIJKKLINIEK

[De WijkKliniek](#), gevestigd in Amsterdam-Zuidoost, is een nieuw zorgconcept dat door Cordaan, Amsterdam UMC en Zilveren Kruis is ontwikkeld. In de WijkKliniek worden kwetsbare ouderen opgenomen, die normaal gesproken in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege acute, medische problemen. Hierbij moet gedacht worden aan een exacerbatie COPD of pneumonie, decompensatio cordis, elektrolytstoornissen en/of een urineweginfectie. De ouderen die in de WijkKliniek terechtkomen, krijgen medisch-specialistische zorg in de acute fase, terwijl gelijktijdig wordt gewerkt aan functiebehoud (door vroege revalidatie) en herstel. Het doel is een optimale overdracht naar huis te realiseren, zodat ouderen hun dagelijks leven weer zo goed mogelijk kunnen oppakken. Daarom vindt tijdens en na de opname intensieve afstemming plaats met de mantelzorgers en eigen zorgverleners (zoals de huisarts).

De Wijkkliniek draagt bij aan acute ouderenzorg dichtbij huis, door een deel van de (laag complexe) medisch specialistische zorg voor deze ouderen niet meer in het ziekenhuis, maar ‘dichtbij huis’ te bieden, in een passende, herstelgerichte omgeving, en op basis van een - in samenspraak met de patiënt - opgesteld behandelplan, waarin de behandelwensen, participatiedoelen en het functioneren van de oudere centraal worden gesteld. De eerste resultaten laten zien dat hiermee een ombuiging van het aantal ziekenhuisopnamen van ouderen kan worden bereikt (25% minder ziekenhuisopnamen van ouderen die worden gezien op de SEH van het Amsterdam UMC, locatie AMC).³⁰ Ook wordt een reductie van het aantal ziekenhuisheropnamen gezien (30% minder heropnamen, vergeleken met een vergelijkbare, historische controlegroep van kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis werden opgenomen voor hun acute aandoening), en een lagere incidentie delier.³¹ Bovendien zijn patiënten positief over de zorg en behandeling in de Wijkkliniek.³²

Naar aanleiding van de positieve eerste resultaten en de grote belangstelling voor de WijkKliniek vanuit andere regio's, is in november 2021 het Leernetwerk Acute Ouderenzorg opgezet, met negen regionale proeftuinen (inclusief Amsterdam). Een proeftuin bestaat uit een regionaal samenwerkingsverband van tenminste één ouderenzorgaanbieder, ziekenhuis en huisartsenorganisatie, en de preferente zorgverzekeraar(s) van de betreffende regio.

Vier proeftuinen hebben de projectplannen inmiddels uitgewerkt. Deze proeftuinen zetten een regionale wijkkliniek op vanuit een GR-afdeling (die soms gelokaliseerd is in het ziekenhuis), of vanuit een bredere herstelkliniek, zoals bij de Herstelkliniek in MooiMaasvallei (zie figuur 4).



Figuur 4. In een herstelkliniek vindt diagnostiek, interventie en functiegerichte (eerstelijns)behandeling voor mensen met geriatrische problematiek onder één dak plaats. Enkele proeftuinen ontwikkelen een wijkkliniek vanuit een herstelkliniek, zoals Pantein in Boxmeer (MooiMaasvallei) en ZZG-zorggroep in Nijmegen.

In deze proeftuinen wordt niet de klinisch geriater, maar de SO (kaderarts GR) regiebehandelaar, en wordt een medisch specialist - een klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde en/of een andere specialist -, medebehandelaar. Net als in de WijkKliniek in Amsterdam, wordt geprobeerd om de regionale wijkklinieken 'nurse-led' te maken, waarbij de VS of PA de regie krijgt over het proces van behandeling en zorg. Dit vraagt echter om een langere periode van ontwikkeling, ook omdat er weinig VS'en en PA's beschikbaar zijn met deze expertise. De doelgroep, het zorgbehandelplan en de (prikkelarme en herstelgerichte) omgeving van de wijkklinieken in deze proeftuinen komen overeen met die van de WijkKliniek in Amsterdam, conform de gedefinieerde kerncomponenten van een wijkkliniek (zie figuur 5).

KERNCOMPONENTEN WIJKKLINIEK



Figuur 5. De kerncomponenten van de wijkkliniek.

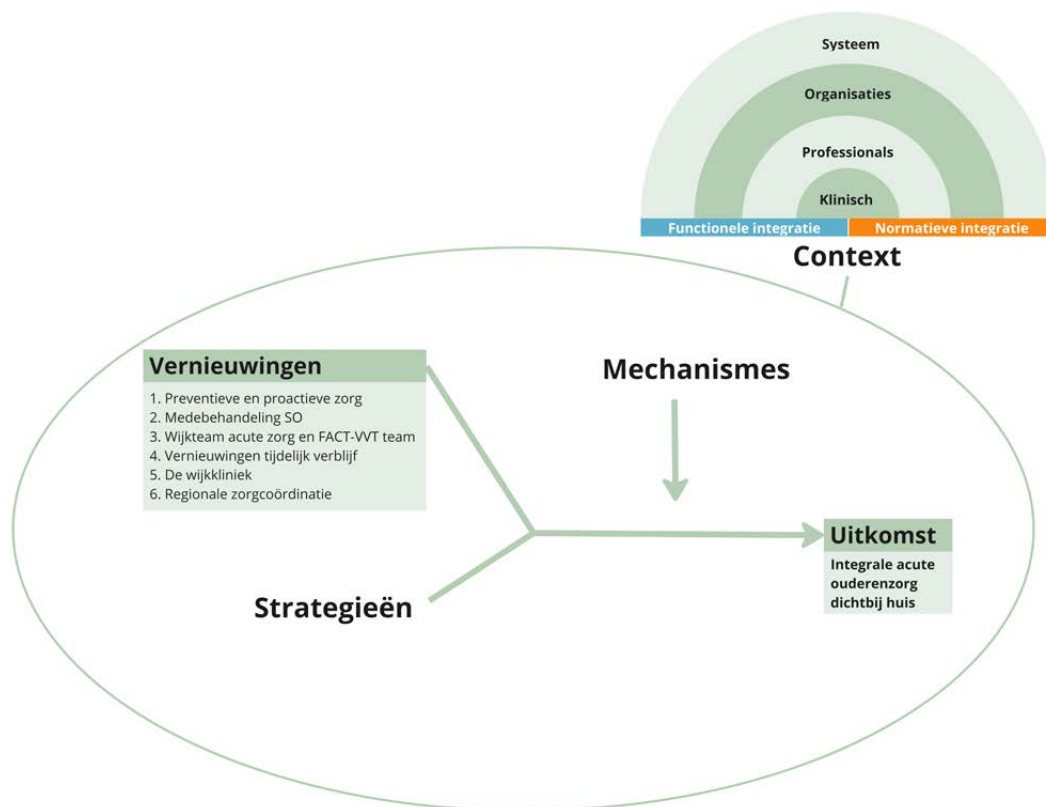


3.6 REGIONALE ZORGCOÖRDINATIE

Op dit moment is in alle regio's in Nederland een vorm van regionale zorgcoördinatie voor de VVT georganiseerd, ontstaan vanuit regionale 'coördinatiepunten ELV' (ook wel Aanmeldportalen genoemd). Deze regionale coördinatiepunten zijn doorgaans gericht op triage, vervolgzorg en inzicht in de beschikbare regionale capaciteit van tijdelijke opnamen (ELV, GR en Wlz-crisis). Vaak wordt hier de acute wijkzorg aan toegevoegd. In één van de proeftuinregio's, de regio MooiMaasvallei, zijn al vergaande stappen gezet in de ontwikkeling van regionale zorgcoördinatie en de integratie hierbij tussen VVT, huisartsen, HAP, SEH en ziekenhuis. Het zorgcoördinatiecentrum is in de regio de 'verkeerstoren' waarin 24 uur per dag op effectieve wijze de juiste zorg op de juiste plek wordt georganiseerd. Het centrum heeft realtime inzicht in de capaciteit in de regio, zowel op het gebied van ziekenhuis- als VVT-bedden (tijdelijke en langdurige zorg), en ook voor het wijkteam acute zorg en de thuiszorg heeft het centrum inzicht in de beschikbare capaciteit. Behalve onafhankelijke expertise, triage en zorgbemiddeling, stimuleert het zorgcoördinatiecentrum de samenwerking; het signaleert, adviseert en geeft sturing aan zorgprofessionals in de regio. De regiomanager zorglogistiek heeft hierin een belangrijke rol; deze stuurt zorgprofessionals actief aan op het zoveel mogelijk thuis bieden van acute (ziekenhuis)zorg voor kwetsbare ouderen. Als zorg thuis niet haalbaar is, wordt gekeken of opname in de Herstelkliniek mogelijk is (in plaats van direct insturen naar de SEH). Mede door deze actieve sturing, heeft regionale zorgcoördinatie een belangrijke functie in het ontwikkelen van acute ouderenzorg dichtbij huis.

3.7 VERNIEUWINGEN IN SAMENHANG ORGANISEREN

In bovenstaande paragrafen hebben we de belangrijkste vernieuwingen beschreven die bijdragen aan het voorkomen van acute zorgvragen bij kwetsbare ouderen, of die deze acute zorgvragen thuis of dichtbij huis oplossen. Deze vernieuwingen kunnen niet los van elkaar worden gezien; juist door de vernieuwingen regionaal in samenhang te ontwikkelen, kan een 24-uurs infrastructuur in de eerstelijns, 'dichtbij huis', worden gecreëerd; waardoor integrale acute ouderenzorg structureel vormkrijgt. Dit is echter een ingewikkelde opgave voor regio's, omdat deze ontwikkeling vergaande (integrale) samenwerking tussen de regiopartners vereist, op zowel organisatorisch als professioneel niveau. In het volgende hoofdstuk beschrijven we dan ook wel strategieën de proeftuinen toepassen om van de huidige naar de gewenste situatie te komen. Daarnaast illustreren we in de bijlage hoe drie proeftuinregio's de vernieuwingen in samenhang implementeren.

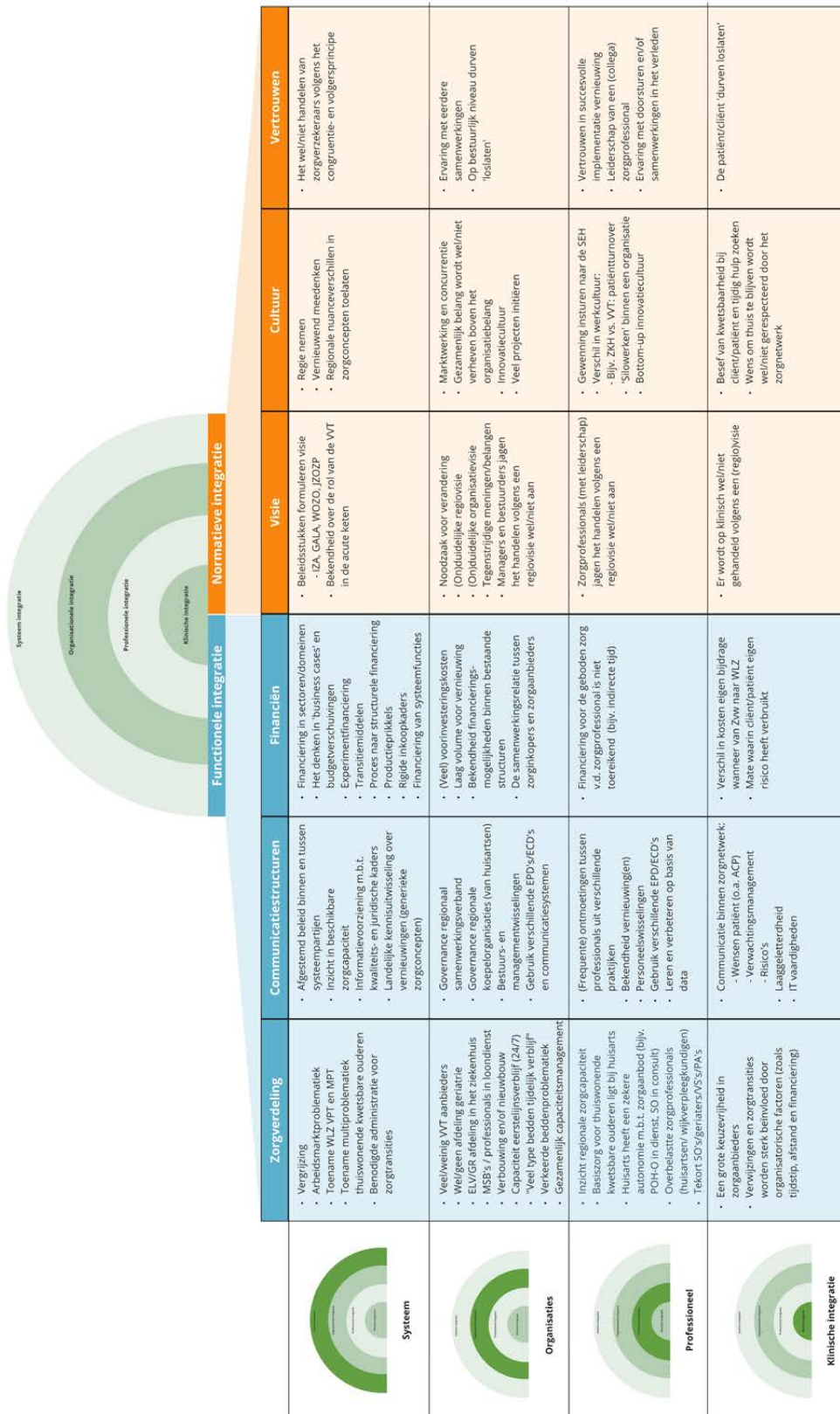


Figuur 6. Overzicht van de vernieuwingen voor het organiseren van integrale acute ouderenzorg dichtbij huis

4. STRATEGIEËN VOOR HET REGIONAAL ORGANISEREN VAN ACUTE OUDERENZORG DICHTBIJ HUIS

In het vorige hoofdstuk beschreven we de vernieuwingen die van wezenlijk belang zijn voor het organiseren van integrale acute ouderenzorg dichtbij huis. Het in samenhang implementeren van deze vernieuwingen is een complexe opgave. We zien in de proeftuinregio's dan ook dat er verschillende strategieën worden toegepast om deze vernieuwingen, in verschillende (regionale) contexten, in samenhang in te voeren. In onderstaande paragrafen bespreken we vier strategieën die de proeftuinregio's op professioneel en organisatorisch niveau toepassen tijdens dit implementatieproces: 1) Het handelen volgens een gezamenlijke regionale visie, 2) Het creëren van een cultuur waarbij vergaand integraal samenwerken de norm is, 3) Het analyseren van gezamenlijke knelpunten en het prioriteren van vernieuwingen en 4) Het systematisch implementeren van vernieuwingen.

Deze strategieën (S) zijn gekoppeld aan bijbehorende contextfactoren (C), onderliggende mechanismen (M) en uitkomsten (U). In paragraaf 4.1-4.5 worden deze CMU-combinaties verder toegelicht. Voordat we de CMU-combinaties opstelden, maakten we inzichtelijk welke contextfactoren invloed hebben op het implementatieproces. In figuur 4 geven we een beknopte beschrijving van deze factoren; waaronder ook de beïnvloedende randvoorwaarden op systeemniveau. Laatstgenoemde worden in hoofdstuk 5 verder toegelicht, waarbij we ook beschrijven welke veranderingen respondenten nodig achten op systeemniveau.



Figuur 7. Het regenboogmodel voor integrale zorg van Valentijn, met ingevoegd de contextfactoren en randvoorwaarden, gecategoriseerd per thema. Via deze [link](#) kan de figuur worden gedownload.

4.1 HET HANDELEN VOLGENS EEN GEZAMENLIJKE REGIONALE VISIE

De respondenten constateren allereerst het belang van een gezamenlijke regionale visie op acute ouderenzorg. Wanneer deze vanuit een regionaal samenwerkingsverband is geformuleerd, is het vervolgens zaak dat niet alleen bestuurders en managers, maar ook zorgprofessionals en medewerkers binnen de verschillende organisaties doordrenkt zijn van deze visie, en daarnaar handelen. Volgens de respondenten is dit gemakkelijker te bewerkstelligen in een context waar weinig tot geen bestuurs- en/of managementwisselingen plaatsvinden.

Volgens respondent B is deze gezamenlijke regiovisie hét hoofdingrediënt voor succes:

“En dan kom je op de vraag; ‘wat is ons succesverhaal?’. Dat is dat wij een regiovisie hebben en dat die door alle spelers wordt herkend. Hierdoor is er duidelijkheid wat betreft ‘de juiste cliënt/patiënt op de juiste plaats en ‘wie doet wat’ en ‘wat doe je vooral niet’; dat zit daar allemaal in. Dat betekent ook dat de medisch specialisten, de SO’s en de huisartsen triëren volgens dezelfde gedachtegang; en omdat de medische as dat doet, kunnen we daar met de verpleegkundigen gelijk achteraan komen.” – B, 14/03/23

Naast de bestuurders, fungeert in enkele regio’s de manager zorgcoördinatie of patiëntlogistiek als bruggenbouwer tussen het regionale samenwerkingsverband en de zorgprofessionals. Zij bezoeken systematisch zorgprofessionals op bijvoorbeeld de SEH, om steeds opnieuw deze visie te communiceren en daarbij ook de noodzaak voor verandering aan te geven.

In onderstaande quote geeft respondent B aan hoe zij deze leiderschapsfunctie vervult:

“Een week of 5 geleden, lag het ziekenhuis bomvol; alles lag vol; heel Nederland lag vol. En toen gebeurde het volgende; er werd een man van 93 opgenomen in het ziekenhuis met een beginnende longontsteking; hij had antibiotica intraveneus nodig. Vervolgens belt men vanuit het ziekenhuis naar het regionale zorgcoördinatiecentrum met de vraag: “We hebben hier een kwetsbare oudere van 93; willen jullie vervolgzorg regelen?”. En dan zeg ik: “Waarom hebben jullie diegene überhaupt van z’n bed afgehaald? Ik bestrijd niet dat hij behandeld moet worden, maar mijn punt is; waarom krijgt hij zijn intraveneuze antibiotica niet in de thuissituatie?”. Ik besprak vervolgens met de artsen: “Bedenk je nou gewoon voor elk bed dat je hebt dat JIJ moet prioriteren, voor wie je ECHT vindt dat diegene in het ziekenhuis of op het eerstelijnsverblijf moet worden opgenomen.” Meer bedden zijn er niet, dus ga af op de inhoud. En als je je dan afvraagt: ‘Kan die antibiotica thuis?’ Dan mag je het zorgcoördinatiecentrum bellen. Dan is het aan hen om dat in de thuissituatie te organiseren. De eindconclusie van dit gesprek was – en daarin nemen de medisch specialisten bij ons dan ook echt verantwoordelijkheid – dat zij opnieuw met de huisartsen en SO’s aan tafel gaan om het proces van wel/niet insturen naar de SEH af te stemmen.” – B, 14/03/23

Ook respondent D vervult een dergelijke leiderschapsrol:

“Toevallig was ik zelf laatst op de SEH. Toen stond ik daar met een arts te praten. En ja, die wist wel dat er een lijstje met criteria voor een kortdurende opname in de VVT hing. Maar ja hè... Het was een 90-jarige dame en haar man was ook 94 en er was alleen in een bed vrij in een dorp verder weg. De arts gaf dus aan; ‘Dat is wel een beetje ver, dus ik heb haar maar opgenomen in het ziekenhuis.’ Dus ik antwoordde toen; ‘Ja kan je doen hè? Maar hoe ga je dat over twee jaar doen? Laten we dit nu met elkaar leren.’ De arts antwoordde vervolgens; ‘Daar heb je gelijk in maar je snapt toch dat ik daar nu geen zin in heb?’. Toen zei ik ‘Oke, snap ik. Maar stap toch in, want we gaan dit samen doen of we gaan tegenover elkaar komen te staan.’ Toen zei hij; ‘Tja, ik vind je wel vervelend maar eigenlijk ook best grappig’. Dit is wel de manier om bij die mensen binnen te komen. Want als je de spoed opkomt met ‘We gaan het zo doen’ dan gaat het niet werken.” – D, 17/04/23



Wanneer zorgprofessionals geloven in de regiovisie, ziet men in sommige regio's tevens dat er bottom-up zorginnovatie ontstaat:

“Mensen die geloven in die regiovisie - en dus ook in het langer en gezonder thuis, en het feit dat we daar invloed op kunnen uitoefenen - die gaan zelf wel dingen bedenken. [...] De oncoloog is bijvoorbeeld zo doordrongen van onze regiovisie; die gaat zelf al bedenken ‘hé dit is niet iets wat we in het ziekenhuis zouden moeten doen; dit moet anders. En hij zoekt ons vervolgens zelf op. ” - A, 23/02/23

Volgens de respondenten kan het handelen volgens een eenzelfde visie in de regio worden bewerkstelligd (S), wanneer deze gezamenlijk in een regionaal samenwerkingsverband wordt geformuleerd (C), de noodzaak voor verandering duidelijk is (C), en zowel managers als zorgprofessionals het handelen volgens deze regiovisie aanjagen (C). Daarnaast is het helpend als er geen tot weinig bestuurs- of managementwisselingen plaatsvinden binnen de regio (C). Onder deze voorwaarden leidt deze visie tot een besef van urgentie (M), een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel (M) en een innovatiecultuur (M) onder de stakeholders, voor het organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis (U).

4.2 EEN CULTUUR CREËREN WAARBIJ VERGAAND INTEGRAAL SAMENWERKEN DE NORM IS

De respondenten geven aan dat de tijd voorbij is om elkaar als concurrenten te zien; er zal binnen de regio moeten worden geïnvesteerd in een werkcultuur waarin vergaande, integrale, sector- en domeinoverstijgende samenwerking de norm is; zowel op professioneel als organisatieniveau.

Integrale samenwerking tussen zorgprofessionals [professionele integratie]

Respondent D stipt echter aan dat het komen tot deze vergaande samenwerking een uitdaging is:

“In het ziekenhuis werkt men toch nog volgens een bepaalde cultuur en een bepaald gedachtegoed, dus de samenwerking <met de VVT> is nog ingewikkeld. [...] De SEH werkt net wat anders; wanneer iemand 4 uur op de spoed is, dan is dat in hun beleving lang, dus dan is het makkelijker om iemand op dat moment door te sluisen naar de kliniek; dan ben je de patiënt kwijt. Terwijl als je goed zou triëren en de patiënt bijvoorbeeld doorplaatst naar het ELV, dan kost het aan de voorkant misschien meer tijd, maar aan de achterkant heb je het beter geregeld waardoor het niet dubbel zoveel tijd kost. Alleen dat inzicht creëren; dat is nog hard werken. ” - D, 17/04/23

Ook respondenten uit ander regio's zien dat zorgprofessionals uit verschillende praktijken vaak een andere werkcultuur hebben, (te) weinig kennis over elkaars praktijk hebben en een andere taal spreken. Daarom wordt er geïnvesteerd in het stimuleren van frequentere ontmoetingen tussen zorgprofessionals uit verschillende praktijken; bijvoorbeeld door hen op dezelfde locatie te laten werken. Voorbeelden die genoemd werden waren onder andere het plaatsen van een kantoor op de SEH/HAP voor triagisten uit de VVT of voor een wijkteam acute zorg. Ook organiseren regio's gezamenlijke trainingen voor zorgprofessionals uit verschillende sectoren. Zo organiseert één van de proeftuinregio's ieder jaar een driedaagse gezamenlijke cursus voor medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en apothekers. Tijdens deze cursus komen actuele onderwerpen aan bod die aangedragen en gepresenteerd worden door verschillende praktijken. Ook opvallend zijn de opleidingsplekken voor de VS, die in een andere proeftuinregio gezamenlijk worden aangeboden door een VVT-organisatie en het ziekenhuis. Aangezien beide organisaties de VS in opleiding begeleiden in de praktijk, leert diegene zowel de wereld van de wijkzorg als van het ziekenhuis kennen. Ook de wijkkliniek is een voorbeeld waar zorgprofessionals afkomstig uit verschillende sectoren (wijkzorg, ouderenzorg en ziekenhuis) op één locatie integraal samenwerken, waardoor zij leren van elkaar en dezelfde taal gaan spreken.

Integrale samenwerking tussen organisaties [organisatorische integratie]

Daarnaast investeren regio's in het (her)organiseren van de governance van het regionale samenwerkingsverband. Een vaak genoemde reden is het "bestaan van vele (overlappende) overlegtafels binnen de regio". Daarnaast zijn de verantwoordelijkheden m.b.t. tot het vernieuwen van de acute ouderenzorg soms nog niet goed belegd en/of is de communicatie en afstemming tussen de verschillende overlegtafels niet duidelijk gestructureerd. Zo geeft respondent H bijvoorbeeld aan dat er in de regio:

"...veel verschillende preventieclubjes zijn met activiteiten waarvan we niet eens van elkaar weten dat die allemaal bestaan. Dus we zijn nu met de regiodirectie aan het uitwerken wat we allemaal doen en wat we gezamenlijk kunnen oppakken, zodat we niet 1000 keer hetzelfde wiel weer aan het uitvinden zijn." – H, 03/04/23

Diverse regio's (her)organiseren de structuur van de overlegtafels binnen de regio en/of de governance van het samenwerkingsverband; vaak op basis van de pijlers binnen de regiovisie. Onder bestuurlijke tafels (per pijler) worden dan projecttafels voor specifieke vernieuwingen gehangen. Meerdere respondenten benadrukken het belang van de betrokkenheid van huisartsen bij zowel de bestuurlijke tafels als de projecttafels. Zij geven echter aan dat dit moeilijk te organiseren is als er geen sterke koepelorganisatie in de regio is dat structuur biedt voor de communicatie en coördinatie met en tussen huisartsen. Respondent I adviseerde dan ook om te investeren in sterke regionale koepelorganisaties; niet alleen voor huisartsen, maar ook voor paramedici en farmaceuten. De invloed die sterke koepelorganisaties hebben op het doorvoeren van vernieuwingen wordt door respondent I geïllustreerd aan de hand van de casus, waarin in het westen van de betreffende regio de koepelorganisatie(s) van huisartsen sterker is georganiseerd dan in het oosten:

"Ik heb tot nu toe vaker gewerkt met de huisartsenorganisatie in <het westen van de regio>... Zij hebben nieuwsbrieven en als er een nieuwe ontwikkeling is, dan breng je hen op de hoogte en dan publiceren zij dat via de app; dan weten eigenlijk alle huisartsen het ook meteen, dus dat loopt goed. Als je met hen afspraken maakt, dan wordt het ook geregeld; ook met alle achterliggende huisartsen. En je kan ook gewoon op hen afstappen en vragen of ze mee willen denken. [...]. In het oosten van de regio zijn er ook koepelorganisaties, maar die zijn meer versnipperd. Ik snap nog steeds niet precies hoe het daar zit. [...] Afhankelijk van waar je het project start, moet je bij de juiste koepelorganisatie aan de bel trekken. Dus dat is lastiger. Zij werken wel onderling weer goed samen en zorgen dat er gecommuniceerd wordt. Maar dit maakt het toch onoverzichtelijk." – I, 25/05/23

Volgens de respondenten wordt een cultuurverandering naar vergaande, integrale, samenwerking (als norm) (S) gestimuleerd, wanneer er frequentere ontmoetingen plaatsvinden tussen (zorg)professionals uit verschillende praktijken (C) [professionele integratie] en wanneer er geïnvesteerd wordt in het effectief (her)organiseren van de governance van regionale samenwerkingsverbanden (C), waarin sectoren met meerdere zorgaanbieders (bijv. huisartsen, paramedici en farmaceuten) door sterke koepelorganisaties worden vertegenwoordigd (C) [organisatorische integratie]. Door het communiceren en (integraal) samenwerken met (zorg)professionals en organisaties uit andere praktijken (C), groeit het besef van urgentie (M) en het (gevoel van) een gezamenlijke verantwoordelijkheid (M). Daarnaast bouwt men hierdoor vertrouwde relaties (M) op tussen (zorg)professionals en bestuurders uit verschillende organisaties, sectoren en domeinen, waardoor het organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis wordt gestimuleerd (U).

4.3 HET ANALYSEREN VAN GEZAMENLIJKE KNELPUNTEN EN PRIORITEREN VAN VERNIEUWINGEN

Respondenten uit alle regio's geven aan dat er veel projecten met betrekking tot het vernieuwen van de acute ouderenzorg worden geïmplementeerd. Respondent G omschrijft echter dat er niet altijd goed wordt nagedacht wat het probleem is, waar dit probleem vandaan komt en of de desbetreffende vernieuwing de juiste oplossing daarvoor is. Ook in de regio van respondent F werkte men voorheen op deze manier:

“We komen echt van duizend bloeiende bloemen; dat wil zeggen dat we heel veel initiatieven een kans gaven. Dit in de hoop dat daar een goede implementatie met goede resultaten en voorbeelden uit voort zouden komen, zodat het balletje op die manier zou gaan rollen.” – F, 23/04/23

Recent werd er echter geconstateerd dat het hebben van zoveel projecten niet tot de gewenste resultaten leidde. Daarom gaat men nu voor meer focus:

“We gaan nu voor minder projecten, maar doen we doen dit wel met de juiste ondersteuning, voortgang, afronding en resultaat.” – F, 23/04/23

Het belang van focus wordt door meerdere respondenten benadrukt. Deze focus kan worden aangebracht door eerst te onderzoeken welke gezamenlijke knelpunten er in de regio worden ervaren voor het organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis, volgens de gezamenlijke regiovisie. Gebaseerd op deze knelpuntenanalyse worden vervolgens vernieuwingen geprioriteerd, op basis van de verwachte impact.

Regio's voeren de probleemanalyse uit met behulp van data (uit onder andere de regiobeelden) en identificeren knelpunten ook op basis van geluiden uit de praktijk. De regio van respondent F organiseert bijvoorbeeld sessies, waarbij de knelpunten die verschillende (zorg)professionals en organisaties ervaren in kaart worden gebracht, aan de hand van de [bouwstenen acute ouderenzorg](#). Men bespreekt vervolgens of deze door iedereen worden gesignaleerd en voor welke knelpunten het bedenken van een oplossing het meest urgent is. Op deze manier start men vernieuwingen vanuit een gemeenschappelijke wens van het ziekenhuis, de huisartsen en de VVT. Deze normatieve integratie is volgens respondent F van groot belang:

“De wijkkliniek in onze regio is destijds geïnitieerd vanuit de VVT [...] en niet vanuit een gezamenlijke wens. We zijn heel erg begonnen vanuit: ‘We hebben een idee dat mogelijk past’, maar we hebben het niet breed genoeg besproken en omarmd. Daar zit voor ons echt de leerschool in.” – F, 23/04/23



De regio van respondent E heeft een minder systematische aanpak bij het analyseren van knelpunten en het prioriteren van vernieuwingen:

“Wij kijken binnen allerlei overlegtafels waar de issues zijn en ‘hoe we iets anders zouden kunnen doen’. [...] Dat is heel typerend voor deze regio; wij werken pragmatisch en proberen heel pragmatisch naar oplossingen te zoeken daar waar issues zijn. [...] Telkens worden er dus gezamenlijke stapjes gezet.” – E, 31/05/23

In de regio van respondent A prioriteert men vernieuwingen die de druk verlichten bij professionals in de eerstelijnszorg. Voor deze prioritering wordt gekozen, omdat de (zowel proactieve als acute) medische basiszorg voor kwetsbare ouderen in principe bij de huisarts ligt en er een toename van kwetsbare thuiswonende ouderen in de regio is. Met het oog op de vergrijzing en op een arbeidsmarkt die steeds krappere wordt, is het ontzorgen van de huisarts en de wijkverpleging, ook in acute situaties, dus de leidraad die de regio aanhoudt:

“We begonnen eigenlijk eerst met het wijkteam acute zorg en de samenwerking met de huisartsen. We merkten namelijk dat huisartsen namelijk steeds meer zorg op hun bordje kregen die voorheen van het ziekenhuis was. [...] Dus alles verschuift veel meer richting de eerste lijn en dat is op zich goed, maar dan moet je hen wel ondersteunen en helpen om het mogelijk te laten zijn. Volgens mij is het dan belangrijk om met vernieuwingen zoals een wijkteam acute zorg, of de samenwerking tussen de huisarts en de SO te beginnen.” – A, 23/02/23

Volgens respondent A is het ontzorgen van de huisartsen ook van groot belang zodat zij de (mentale) ruimte en het vertrouwen hebben om mee te gaan in “de hele exercitie” van het vernieuwen van de acute ouderenzorg. Want:

“Als zij gaan dan gaat de rest ook niet. En als zij blijven doen wat zij altijd deden, dan gaat er niks veranderen.” – A, 23/02/23

Daarnaast prioriteren verschillende regio's vernieuwingen als deze sectoroverstijgend van aard zijn. Dit met het idee dat een sectoroverstijgende vernieuwing (zoals de wijkkliniek) een katalysator is voor verregaand integraal samenwerken in de regio. Een bestuurder wijst erop dat:

“... de wijkkliniek een ‘pars pro toto’ is; er komen allerlei zaken aan bod die ook gelden voor het bredere geheel, en het legt alles bloot waar we in het groot tegenaan lopen. Het is dus nuttig dat de wijkkliniek op de agenda staat, omdat zo de hele transitie vooruit wordt gebracht.” – N, 07/12/22

Een andere bestuurder beaamt dit en vult daarbij aan dat:

“... de wijkkliniek een manier is om de VVT en het ziekenhuis in gesprek met elkaar te laten gaan, zoals het IZA beoogt.” – O, 15/06/23

Volgens de respondenten is het van belang dat er focus wordt aangebracht in het aantal vernieuwingen dat geïmplementeerd wordt, zodat de juiste projectondersteuning kan worden geborgd (S). Om te komen tot een passende mix van geprioriteerde vernieuwingen (S), voeren regio's knelpuntenanalyses uit met behulp van data en geluiden uit de praktijk (C). Vervolgens worden vernieuwingen geprioriteerd op basis van de (verwachte) impact bij het oplossen van deze knelpunten (C), waarbij sommige regio's vooral de focus leggen op het ontzorgen van de eerste lijn (de huisarts en wijkverpleegkundigen) bij crisissituaties (C) en/of het prioriteren van vernieuwingen met een sectoroverstijgend karakter, zoals de wijkkliniek (C). In regionale contexten waar het analyseren en prioriteren van vernieuwingen op bovenstaande wijzen wordt uitgevoerd, groeit het besef van urgentie (M) en het gezamenlijke verantwoordelijkheidsgevoel (M) voor het organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis (U). Daarnaast bouwt men vertrouwde relaties (M) op tussen (zorg)professionals binnen het regionale samenwerkingsverband. Voorgaande mechanismes dragen elk weer bij aan de ontwikkeling van een gezamenlijke innovatiecultuur (M), die het vernieuwen van de acute ouderenzorg stimuleert (U).

4.4 HET SYSTEMATISCH IMPLEMENTEREN VAN VERNIEUWINGEN

Wanneer gezamenlijk is besloten de vernieuwing te implementeren, is het volgens de respondenten belangrijk om deze met behulp van de juiste projectondersteuning op een systematische manier te implementeren.

Implementatiepartners en (financiële) projectondersteuning [organisatorische integratie]

Als een regio een sectoroverstijgende vernieuwing zoals de wijkkliniek wil implementeren en er veel VVT organisaties in de regio zijn, is het complex om als ziekenhuis de wijkkliniek gezamenlijk met het hele palet aan VVT-aanbieder te implementeren. Respondenten raden dan ook aan om te starten met een selecte groep partners, waaronder één VVT met voldoende organisatiekracht, en om vervolgens direct een (onafhankelijk) projectteam op te starten. Deze kan bestaan uit projectleiders die ieder uit verschillende organisaties komen, of door bijvoorbeeld een regionale ondersteuningsstructuur (ROS) als projectleider in te zetten:

“Wij zijn als onafhankelijke partij gevraagd om de projectleidersrol te vervullen. Dit is met name voor de opstartfase: dus de planvorming, de voorbereiding en de haalbaarheidsonderzoeken. Als het naar een volgende fase gaat, meer richting de implementatie, dan gaat deze rol waarschijnlijk naar één van de partners.” – J, 26/06/23

De kosten voor deze projectondersteuning, maar ook andere voorinvesteringkosten voor het doorvoeren van vernieuwingen, zijn vaak aanzienlijk groot. Respondent I geeft echter aan dat:

“Zorgorganisaties eigenlijk nooit een spaarpot hebben voor als het even wat slechter gaat. Hierdoor kan men niet voor investeren, en daar gaat het dus direct fout.” – I, 25/05/23

Daarom is het van belang dat er eerst een aanvraag (kan en) wordt gedaan voor transitie-middelen:

“Wat ons enorm heeft geholpen is dat er een potje beschikbaar was (bij de zorgverzekeraar) waaruit de transitiekosten werden vergoed.” – L, 25/05/23

In diverse regio's tekent men bij de start van het vernieuwingsproject een intentie- en/of samenwerkingscontract. Daarbij kunnen eventueel ook de verdeling van voorinvesteringskosten worden vastgelegd. In sommige regio's wordt de preferente zorgverzekeraar ook direct gevraagd om mee te tekenen:

"Op dit moment wordt er een intentieverklaring getekend om de vernieuwing echt tot een succes te maken en de zorgverzekeraar tekent daarin mee. Dus in die zin betrekken wij hen direct aan de voorkant." - J, 21/03/23

Ook andere respondenten benadrukken dat het belangrijk is om de zorgverzekeraar direct van het begin te betrekken, omdat de kans op (tijdige en toereikende) financieringsafspraken hiermee aanzienlijk wordt verhoogd:

"We hebben ook regelmatig projecten gehad waarbij we zeiden: 'we wachten niet op toezeggingen van de zorgverzekeraar, maar beginnen wel', maar dan is het wel heel ingewikkeld om naderhand nog dingen geregeld te krijgen." - C, 17/04/23

Ook kan het zo zijn dat er al mogelijkheden zijn binnen de bestaande betaaltitels, waar zorgaanbieders nog niet van op de hoogte zijn:

"We voerden al veel preventieve spreekuren vanuit de wijkzorg, maar constateerden pas heel laat daar ook een code voor is waarop men kan registreren; dat gebeurde dus eerst niet." - H, 03/04/23

Daarnaast adviseerden verschillende respondenten om tijdens de (eerste) gesprekken met zorgverzekeraars niet op 'inkoopniveau' te blijven steken, maar 'uit te zoomen' naar het grotere totaal waar de vernieuwing een onderdeel van is; de regionale organisatie van acute ouderenzorg.

Gezamenlijk een implementatiemodel ontwerpen [professionele en organisatorische integratie]

Vervolgens is het zaak om als partners gezamenlijk een passend implementatiemodel voor de vernieuwing te ontwerpen. Hierbij helpt het volgens respondent K als er gebruik kan worden gemaakt van de kennis van organisaties die de vernieuwing al hebben geïmplementeerd:

"Ons helpt het om te sparren met andere proeftuinen om te kaderen en niet opnieuw het wiel te hoeven uitvinden; dus je versnelt; je gebruikt de beschikbare informatie en de expertise. Een generiek format helpt hierbij; dan hoef je zelf ook niet alles opnieuw uit te leggen." - K, 17/04/23

Wat betreft de wijkkliniek, geven de projectleiders en/of bestuurders aan dat er een model is/wordt ontworpen dat voldoet aan het generieke format, maar waarbij ook rekening werd/wordt gehouden met de regionale en lokale context waarin de vernieuwing is/wordt geïmplementeerd:

"Er is inderdaad een basis waar de wijkkliniek aan moet voldoen, maar er moet ook een zekere verschuiving mogelijk zijn op basis van wat er bij jouw regio past. [...] Dus men moet niet rigide vasthouden aan één model en 'het kind met het badwater weggooien'; het kan namelijk zijn dat andere gebieden een net iets ander model van zorg vereisen." - P, 29/06/22

Er ontstaan dus geen afwijkingen wat betreft de generieke (kern)componenten, maar wel in de specifieke manier waarop deze kerncomponenten worden ingevuld. Dit zijn regio-afhankelijke nuanceverschillen, die ontstaan doordat bijvoorbeeld het berekende volume (het aantal bedden), de beschikbare locatie(s), de beschikbare zorgprofessionals en de gewenste instuurroutes variëren per regio. De proeftuinen wijkkliniek kwamen tijdens doorrekeningen bijvoorbeeld uit op een lager aantal benodigde bedden dan in Amsterdam:

"Een aparte afdeling met wijkkliniek-bedden is gewoon te klein. Wij kwamen namelijk bij de doorrekening - met een afronding naar boven; en dus in gunstig scenario - uit op 4 tot 6 bedden. Op deze manier moeten we de wijkkliniek-bedden wel gaan combineren." - J, 26/06/23

Dit speelt vooral in landelijke gebieden, waar:

“... we veel minder geconcentreerd zijn dan bijvoorbeeld in Amsterdam; daar heb je op een relatief klein oppervlak veel meer ouderen. Terwijl wij een veel groter gebied nodig hebben om hetzelfde aantal ouderen te bereiken. Bij ons komt dus telkens de vraag terug; ‘Wanneer is het slim om te centraliseren [= één gezamenlijke locatie door en voor meerdere zorgaanbieders] en wanneer is het nu slimmer om te decentraliseren? [= meerdere zorgaanbieders bieden de vernieuwing op verschillende locaties]’. [...] Want wanneer je het decentraal organiseert dan kan je de vernieuwing dicht bij de thuissituatie bieden en haal je mensen minder uit hun sociale omgeving en netwerk en daardoor heb je wellicht ook meer hulp en mogelijkheden. Wanneer je het centraal organiseert dan is dit niet het geval, maar kun je het waarschijnlijk wel weer efficiënter organiseren.” – F, 23/04/23

Om de wijkkliniek op een efficiënte manier te organiseren, hebben verschillende proeftuinen daarom besloten om het concept te combineren met andere vormen van tijdelijke (herstelgerichte) verblijfszorg onder één dak. Deze proeftuinen starten met wijkkliniek-bedden vanuit een herstel- en of expertisecentrum voor ouderen, waar al GRZ, ELV en andere vormen van tijdelijke verblijfszorg worden geboden:

“Wij bouwen de wijkkliniek op binnen een locatie voor tijdelijk verblijf waar meerdere financieringsstromen samenkomen; op dezelfde locatie zijn er namelijk GRZ, ELV, WLZ-crisis en interventiebedden. Dit stelt ons in staat om flexibel te zijn met bedden en te kunnen schuiven. Achter de schermen wordt vervolgens de financiering geregeld.” – O, 15/06/23

In een andere proeftuinregio onderzoekt men echter of de wijkkliniek-bedden gecombineerd kunnen worden aangeboden onder het dak van het ziekenhuis:

“Wij hebben besloten om de wijkkliniek niet in combinatie met het ELV of GRZ op te zetten, omdat het i.v.m. de krapte van SO's niet mogelijk is om 6 bedden weg te zetten. Daarom onderzoeken we of we een wijkkliniek kunnen oprichten onder het dak van het ziekenhuis, waarbij we het concept combineren met een afdeling geriatrie en een afdeling voor verkeerde-bed-patiënten [= patiënten die medisch gezien niet meer in het ziekenhuis hoeven te verblijven, maar niet kunnen worden ontslagen omdat vervolgzorg nog niet beschikbaar is]. Daarbij blijft het concept wijkkliniek heilig: het gaat nog steeds over medisch specialistische, laag complexe zorg, waar de klinisch geriater dus een rol speelt, al dan niet in samenwerking met een SO [afhankelijk van beschikbare capaciteit bij de SO's]” – N, 07/12/22

Ook zijn er regio's die nog moeten wachten op de nieuwbouw van een geschikte locatie waar de wijkkliniek als onderdeel van een herstel- en/of expertisecentrum kan worden opgezet.

“Er komt een nieuwbouw die aan het ziekenhuis vast zit. We moeten dus wachten tot die klaar is, dus dat is jammer qua tijd. De visie is dat daar GRZ, ELV, wijkkliniek-bedden, poliklinisch zorgaanbod, gespecialiseerde thuiszorg en monitoring op afstand allemaal geïntegreerd onder één dak komt. [...] De start van de nieuwbouw staat gepland in 2025.” – C, 17/04/23

In de tussentijd wil men in deze regio al wel vast starten met wijkkliniek-bedden onder het dak van het ziekenhuis. Een bestuurder uit een andere regio benadrukt dat er dan wel extra zorg moet worden gedragen voor de kerncomponent ‘een vertrouwde, delierpreventieve en herstelgerichte omgeving’:

“Je blijft erg makkelijk in een ziekenhuismodes hangen als je wijkkliniek in het ziekenhuis zit. Zorg er dan dus wel voor dat het een aparte afdeling is die geen ziekenhuis ‘look en feel’ heeft.” – L, 25/05/22

Wat betreft het implementeren van vernieuwingen, constateren we dat men binnen de regio's te maken heeft met (vele) verschillende meningen en (tegenstrijdige) belangen:

“Ja het gaat niet altijd van een leien dakje, want je hebt heel veel belangen te dienen. [...] Dit zijn allemaal hobbels die we met z'n allen moeten overwinnen.” – E, 31/05/23

Volgens deze respondenten zijn deze hobbels alleen te overwinnen als het ontwerp van de vernieuwing niet gebaseerd is op deze meningen en belangen, maar op het generieke model, de gezamenlijke geïdentificeerde knelpunten (die men in de regio wil oplossen), en de lokale en regionale contextfactoren.

Een tijdige inventarisatie naar beschikbare zorgprofessionals en uitwerking van zorgprocessen

Het implementatieproces kan worden vertraagd als er niet op tijd gestart wordt met het in kaart brengen van de beschikbare zorgprofessionals. In de regio van respondent J heeft men bijvoorbeeld te maken met een tekort aan SO's in de ANW-uren. Daarnaast zijn er maar enkele geriateren werkzaam in het ziekenhuis:

“De SO's werken bij ons van maandag tot en met vrijdag tussen negen en vijf en op zaterdagochtend. [...] En in het ziekenhuis zijn er slechts drie geriateren [...] De eerste opgave voor ons is dus 'Hoe gaan we de ANW zorg voor de wijkkliniek borgen qua artsencapaciteit en kunnen we daarbij toch creatief out of the box denken.' Er liggen daarbij nog allerlei opties op tafel, zoals het investeren in VS/PA's.” – J, 26/06/23

Een bestuurder uit een andere regio benadrukt de voordelen van het (tijdig) inzetten van VS/PA's:

“Wij zien dat een VS/PA zich enorm verantwoordelijk voelt voor (de totale continuïteit) van het zorgteam en het netwerk eromheen; zij zetten zich daar heel erg voor in. Daarnaast versterken zij het team echt en draaien zij bij de weekenden nu ook zelf hun diensten. [...] Dus als je ergens in je organisatie een ervaren VS hebt, dan kan diegene goud waard zijn bij het opstarten en het implementeren van de wijkkliniek.” – L, 13/09/22

Naast het tijdig in kaart brengen van deze beschikbare zorgprofessionals is het ook belangrijk om hen direct mee te nemen in het ontwerp van het zorgmodel:

“Wij hebben de wijkkliniek direct vanuit de SO opgepakt, terwijl je eigenlijk de geriater ook vanaf het begin zou moeten meenemen; dat hebben wij helaas niet gedaan.” – K, 17/04/23

Het komt echter vaak voor dat zorgprofessionals geen tijd kunnen vrijmaken om mee te denken met het ontwerp van zorgvernieuwingen. Zo heeft projectleider I in het verleden 20 professionals uit zowel de VVT als het ziekenhuis geïnterviewd over het (moeizaam) van de grond krijgen van vernieuwingen:

“Iedereen zag de zorgvernieuwingen zitten, en zag in dat er op het vlak van het kortdurend verblijf vernieuwingen moeten worden doorgevoerd, om mensen uit het ziekenhuis te houden of zo vroeg mogelijk uit het ziekenhuis door te plaatsen. [...] Maar toen ik ging doorvragen waarom het alsnog niet van de grond komt; dan komt gelijk financiering terug, maar ook ruimte voor de zorgprofessionals, om vanuit de inhoud de zorgmodellen zelf (door) te ontwikkelen.” – I, 25/05/22

Terwijl het volgens de respondent ontzettend belangrijk is om zorgprofessionals direct te betrekken, al bij de formulering van de eerste plannen:

“En ja dit doen wij dus vaak fout; tussen haakjes fout. We gaan een project beginnen en dat project heeft dan een naam, en dan pas gaan we zorgprofessionals erbij betrekken. Ja; mij is het zo niet gelukt om de zorgprofessionals mee te laten doen. Maar als ik alle plannen losliet en met ze ging praten; dan wilden ze eigenlijk eenzelfde concept. Maar door het feit dat ik een projectleider was en doordat het een 'proeftuin' was, gingen de deuren al dicht. Men dacht; daar komt het zoveelste project van top-down.” – I, 25/05/22

Wanneer zorgprofessional op tijd betrokken worden, is het volgens respondent A wel zaak om hen te ontzorgen van tijdrovende (administratieve) taken:

“We moeten zorgprofessionals actief betrekken en ook mee laten denken, maar vervolgens hen niet belasten met zaken die ze uit moeten werken. [...] Zo hebben wij wel eens samen gezeten met zorgprofessionals over materialen. Toen hebben de zorgprofessionals in een uurtje tijd opgehoest wat er nodig was en vervolgens hebben wij dat gefaciliteerd en allemaal uitgeschreven en weer laten toetsen. [...] We moeten hen dus vooral ontzorgen. Dus wel actief betrekken en mee laten denken, maar vervolgens het werk uit handen geven; dat kunnen zij er niet bij hebben.” - A, 23/02/23

Daarnaast benadrukken de respondenten dat het uitwerken van zorgprocessen en de benodigde samenwerkingen met andere zorgpraktijken (bijv. het lab en de apotheker) veel tijd kost:

“Wat ik zelf vond tegenvallen is de medicatie. We hebben bijvoorbeeld gekeken of we soms ook iets met elastomeerbolletjes kunnen. De apotheek vertelde echter dat de medicatie voor een urineweginfecties en pneumonie niet in een elastomeerbolletje kan; dat is afwijkend. Dus nu moeten weer iets inregelen met een medicatieruimte enzovoort. Ja dat kost veel tijd.” - E, 31/05/23

Om vertragingen in het implementatieproces (zo goed als mogelijk) te voorkomen, is het volgens de respondenten dus belangrijk om zowel de beschikbaarheid van zorgprofessionals als de zorgprocessen tijdig uit te werken. Op basis hiervan kan er vervolgens ook op tijd worden gestart met het op peil brengen van de bevoegd- en bekwaamheden binnen het team. Toch geven de respondenten aan dat het doorvoeren van vernieuwingen nooit zonder (onverwachte) hobbels verloopt en een implementatieproces altijd meer tijd kost dan men van tevoren denkt:

“Het starten van die observatiebedden heeft bijvoorbeeld 2 jaar geduurd. Je moet dus gewoon heel veel geduld hebben. Dit kost mij altijd veel energie; omdat het voor mij allemaal niet snel genoeg gaat. Maar het heeft gewoon tijd nodig, want iedereen heeft volle agenda's.” - E, 31/05/23

Volgens de respondenten is het van belang dat vernieuwingen op een systematische manier worden geïmplementeerd (S). Dit kan het best worden verwezenlijkt in contexten waar een selecte groep partners, met voldoende implementatiekracht, het vernieuwingsproject starten (C) en er (onafhankelijke) projectondersteuning beschikbaar is (C). Wanneer de samenwerkingsafspraken direct bij de start van de implementatie worden vastgelegd (C) en de preferente zorgverzekeraar deze ook ondertekent (C), wordt de gezamenlijke verantwoordelijkheid (M) ook schriftelijk bekrachtigd, waardoor de kans op een succesvolle implementatie volgens de respondenten aanzienlijk groter is (U). Wanneer de zorgaanbieders niet alleen met de in koper(s) van de zorgverzekeraar(s) contracteringsgesprekken voeren, maar zij (bijvoorbeeld) ook de regiomanager van de (preferente) zorgverzekeraar(s) direct betrekken (C), en men gezamenlijk met deze regiomanager bespreekt welke plek de vernieuwing heeft in de regionale organisatie van de acute ouderenzorg (C), wordt de urgentie (M) van het implementeren van de vernieuwing duidelijk, wat de kans op (tijdige en toereikende) financieringsafspraken verhoogt (U).



Vervolgens ontwerpt het projectteam met alle partners een passend implementatiemodel voor de vernieuwing (S). Hierbij is het zaak dat men niet vanuit de belangen van iedere partner en/of stakeholder start (C), maar dat er wordt vastgehouden aan de (kern)componenten van een generiek model (C), waarbij er nuanceverschillen (kunnen) worden doorgevoerd op basis van de regionale context (en/of knelpunten) (C), het geschatte volume (C), de beschikbare locatie(s) (C), de beschikbare zorgprofessionals (C), en de gewenste instuurroutes (C). Het direct in kaart brengen van de beschikbaarheid van zorgprofessionals en het vroegtijdig betrekken (en ontlasten) van deze zorgprofessionals (C), is niet alleen belangrijk voor het ontwerpen van een passend implementatiemodel (C), maar ook voor het tijdig starten met het opleiden van zorgprofessionals (C). Als men daarnaast ook de zorgprocessen tijdig uitwerkt (C) is de kans op een efficiënt implementatieproces groter (U).

Samenvattend is het dus belangrijk dat regio's op bovenstaande wijzen vernieuwingen systematisch implementeren (S), aangezien hierdoor in deze contexten een gedeeld gevoel van urgentie (M) en verantwoordelijkheid (M) ontstaat. Wanneer de partners en het (onafhankelijke) projectteam bij het ontwerpen van een passend implementatiemodel niet de belangen van stakeholders leidend laten zijn, maar de gezamenlijke regionale context en uitdagingen steeds vooropstellen, draagt dit ook bij aan het ontwikkelen van vertrouwde relaties (M) tussen stakeholders. Vervolgens zorgt het tijdig in kaart brengen van de beschikbaarheid van zorgprofessionals, het tijdig betrekken en opleiden van zorgprofessionals, en het tijdig uitwerken van de zorgprocessen ervoor dat vertragingen in het implementatieproces (zo goed als mogelijk) worden voorkomen, waardoor de gezamenlijke innovatiecultuur niet beschadigd wordt (M). Alle voorgaande mechanismes dragen vervolgens bij aan het regionaal organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis (U).

4.5 VERANKEREN EN CONTINU VERBETEREN EN EVALUEREN

Wanneer de interventie daadwerkelijk is geïmplementeerd, is het van belang dat men blijft investeren in het verankeren van de vernieuwing binnen het regionale zorgsysteem. Daarbij hoort ook een continue evalueer- en verbetercyclus.

Het continu onder de aandacht brengen v.d. vernieuwing [professionele integratie]

Ten eerste is het volgens de respondenten cruciaal dat het bestaan van de vernieuwing - en de noodzaak van het verwijzen naar en/of samenwerking met de vernieuwing - continu onder de aandacht wordt gebracht bij zorgprofessionals. Om de instroom naar de vernieuwing structureel te borgen, ontwikkelen de regio's onder andere zorgpaden, protocollen en triagehulpen. Ook zorgt men dat triagehulpen (met in- en exclusiecriteria) duidelijk in het zicht zijn op bijvoorbeeld de SEH. Daarnaast helpen zogenaamde 'ambassadeurs' bij de continue communicatie over de vernieuwing:

"Dit doet in onze regio de internist-oncoloog heel goed. Hij is ook voorzitter van de medische staf en hij neemt echt het voortouw [= in het triëren volgens de gedachtegang v.d. gezamenlijke regiovisie]. Daarin sleept hij iedereen ook mee. Dus via hem heb je echt een binnenkomer." - B, 14/03/23

In twee proeftuinregio's vervullen medisch specialisten, die ook een functie hebben als medisch coördinator of manager transmurale zorg, deze ambassadeursrol. Respondent E licht toe dat deze persoon:

"... er veel belang bij heeft dat vernieuwingen slagen. Daarom biedt diegene ook altijd als eerste zijn/haar doelgroep aan, waardoor je ook gewoon echt meters kan maken. Dat is heel fijn." - E, 31/05/23

Bovendien is het volgens respondent B belangrijk dat men zich vooral richt op de vaste medewerkers (zoals de VS's/PA's) bij het onder de aandacht brengen van de vernieuwing(en):

"Het vervelende aan de SEH is de hoge doorstroom van artsen. Dat schijnt overal zo te zijn, omdat er daar veel artsen in opleiding staan. Hierdoor moet je dus telkens het verhaal opnieuw vertellen. Daarom is het belangrijk dat de verbinding met de VS's/PA's veel beter geborgd wordt." - B, 14/03/23

In één van de proeftuinregio's vervult een VS geriatrie op de SEH dan ook de ambassadeursrol voor de wijkkliniek.

Het organiseren van gezamenlijk capaciteitsmanagement [organisatorische integratie]

Ook helpt het om gezamenlijk capaciteitsmanagement in te zetten, zodat een juiste triage en voldoende in- en doorstroom van patiënten gewaarborgd wordt. Dit organiseert één van de proeftuinregio's bewust op zowel professioneel als op organisatieniveau; op professioneel niveau door structurele overleggen met en tussen triageverpleegkundigen, en op organisatieniveau door structurele overleggen tussen managers uit de VVT en het ziekenhuis. De manager zorglogistiek is in deze overleggen een cruciale bruggenbouwer:

"Ik zit wekelijks met de transferverpleegkundigen en de leidinggevenden van het ziekenhuis aan tafel. En zo heb ik ook overleggen met de leidinggevenden van het ziekenhuis, de VVT en het zorgcoördinatiecentrum. Samen zien we precies wie er verantwoordelijk is voor cliëntcasussen die niet juist getrieerd zijn, en daar verbeteren we dan op met elkaar." - B, 14/03/23

Ook twee andere respondenten gaven aan dat er in hun regio dergelijke capaciteitsoverleggen op organisatieniveau plaatsvinden:

"Elke dag is er een overleg tussen het ziekenhuis en alle VVT organisaties in het oosten van de regio. Men spreekt dan 'hoe het ervoor staat', 'waar bedden vrij zijn', 'en waar doorgestroomd kan worden en waar niet'. Ook zit men één keer per dag regiobreed met elkaar aan tafel. Want in een acuut geval maken we natuurlijk geen onderscheid tussen het oosten en westen van de regio. Dan is er gewoon een bed vrij waar een bed vrij is. [...] Dit maakt dat die doorstroom bij een acuut vraagstuk veel beter is gaan lopen dan een aantal jaar geleden." - I, 25/05/22



Hierbij is het volgens respondent B cruciaal dat het gezamenlijke belang boven het organisatiebelang wordt gesteld:

“Ik ben ook actief bij het zorgcoördinatiecentrum in het westen. Daar zie ik dat het organisatiebelang groter is dan het gezamenlijke belang en er dus nog niet echt volgens de regiovisie of het inwonersbelang wordt gehandeld. [...] De organisaties zijn daar druk met hun eigen bedden, maar hebben volgens mij minder gevoel bij het feit dat er buiten op straat mensen tussen wal en schip vallen. [...] Het heeft er dus vooral mee te maken hoe je met elkaar het gesprek aangaat en dat je niet zomaar werk over de schutting gooit, maar dat je echt voor de cliënt gaat.”

- B, 14/03/23

Het waarborgen van een continue verbetercyclus [professionele en organisatorische integratie]

Bestuurders en projectleiders uit verschillende regio's vinden het waarborgen van een continue verbetercyclus, door het leren en verbeteren op basis van data, belangrijk en stimulerend. In één proeftuinregio werkt men in de wijkverpleging al aan de hand van deze methode en in ander proeftuinregio's is/wordt deze methode geïmplementeerd in de wijkkliniek:

“Datagedreven werken leidt in ons team echt tot mooie gesprekken over ‘doen we nou wat we moeten doen?’

“ - L, 13/09/22

Daarnaast implementeert men vernieuwingen vaak als een 'doorgroeimodel' zodat er na implementatie continu wordt gewerkt aan de doorontwikkeling. Deze kan bijvoorbeeld plaatsvinden door de beschikbare zorgpaden, instuurroutes of locaties uit te breiden:

“Als dit werkt willen we kijken of dit ook op andere locaties kan. Als deze zorg straks op meer locaties beschikbaar is, dan wordt het namelijk ook dichtbij mensen thuis aangeboden.” - E, 31/05/23

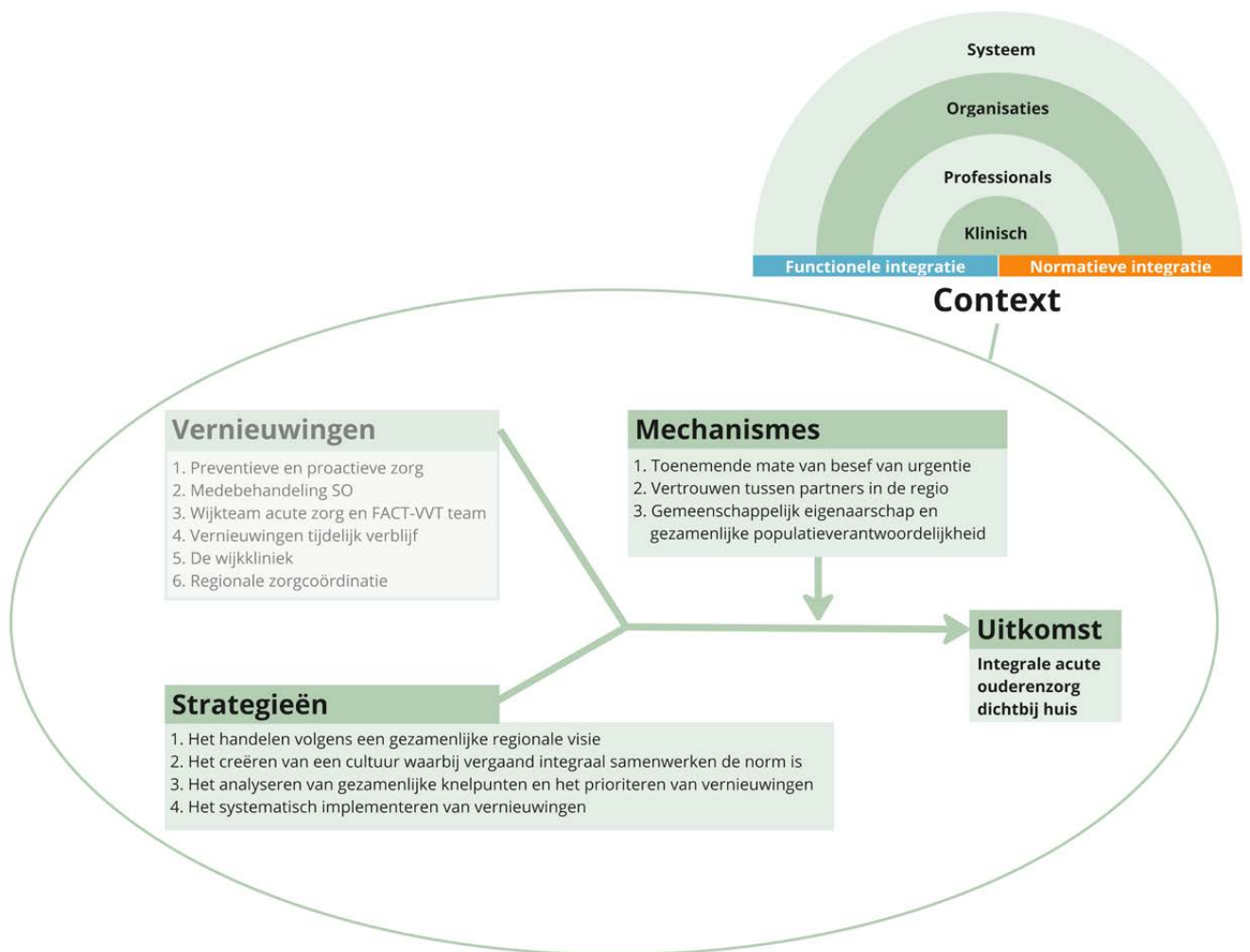
Gelet op de demografische ontwikkelingen en de krapte op de arbeidsmarkt (van SO's, gerieters en huisartsen) wordt er ook vaak gesproken over een doorontwikkeling naar 'nurse-led':

“Om dit te realiseren is er een juiste verhouding tussen minder en meer ervaren VS's/PA's nodig. [...] Helaas is de markt van VS's/PA's nog niet zo ruim dat we allemaal VS's/PA's met 10 jaar ervaring aan ons kunnen binden.”

- L, 13/09/22

Wanneer de interventie daadwerkelijk is geïmplementeerd, zouden er volgens de respondenten investeringen moeten worden gedaan in het verankeren en continu verbeteren en evalueren van de vernieuwing (S). Wanneer deze investeringen zich concentreren op het continu onder de aandacht brengen van de vernieuwing (C) (bijv. door zorgpaden, triagehulp en zorgprofessionals als ambassadeurs), waarbij vooral gefocust wordt op de verbinding met vaste zorgmedewerkers (C) en het overbrengen van de urgentie voor verwijzing en/of samenwerking (C), stimuleert men volgens de respondenten op de juiste wijze de bekendheid van de vernieuwing onder zorgprofessionals (U) [professionele integratie]. Ook op regionaal en organisatieniveau kan men investeringen doen om verwijzingen naar - en samenwerkingen met - de vernieuwing te stimuleren. Behulpzaam hierbij is het inrichten van gezamenlijke capaciteitsmanagement (C) in de regio, bijvoorbeeld door tactische capaciteitsoverleggen tussen managers (C), het aanstellen van managers zorgcoördinatie/patiëntlogistiek (C) en het inrichten van een regionaal zorgcoördinatiecentrum (C). Hierbij is het essentieel dat het gezamenlijke belang wordt verheven boven het organisatiebelang (C) [organisatorische integratie]. Wanneer men zowel op professioneel en organisatieniveau bovenstaande investeringen doorvoert, zal het urgentiebesef (M) voor verwijzing en/of samenwerking groeien. Dit zorgt weer voor de ontwikkeling van vertrouwelijke relaties (M) tussen de samenwerkende (zorg) professionals en organisaties. Voorgaande mechanismes dragen weer bij aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid (M) die de betrokken (zorg)professionals en organisaties voelen voor het succesvol verankeren van de vernieuwing in de regionale acute ouderenzorg (U).

Tenslotte geven respondenten aan dat het borgen van een verbetercyclus op zowel professioneel niveau (door het leren en verbeteren op basis van data) (C) als op organisatieniveau (door het systematisch doorontwikkelen van vernieuwingen) (C) van groot belang is om vernieuwingen op een duurzame wijze binnen het systeem te verankeren (U). Deze verbetercycli op professioneel en organisatorisch niveau dragen bij aan de ontwikkeling van vertrouwde relaties (M) tussen zowel (zorg)professionals als organisaties en (het gevoel van) een gezamenlijke verantwoordelijkheid (M). Tenslotte wordt hierdoor op beide integratieniveaus een gezamenlijke innovatiecultuur (M) gestimuleerd. Voorgaande mechanismes versnellen in de genoemde contexten vervolgens het organiseren van Integrale Acute Ouderenzorg (dichtbij huis) (U).



Figuur 8. Strategieën en onderliggende mechanismes die de regio's toepassen in de ontwikkeling van acute ouderenzorg dichtbij huis.

5. RANDVOORWAARDEN VOOR HET REGIONAAL ORGANISEREN VAN ACUTE OUDERENZORG DICHTBIJ HUIS

Uit de interviews en documenten van het leernetwerk komen ook een aantal randvoorwaarden naar voren om regionaal de acute ouderenzorg dichtbij huis te kunnen organiseren. De respondenten benadrukken dat op systeemniveau verschillende veranderingen essentieel zijn. Dit omvat 1) het afstemmen van beleid tussen systeempartijen, 2) het zorgen voor financiering die in lijn is met de gezamenlijke doelen, 3) het verkrijgen van regionaal inzicht in de beschikbare zorgcapaciteit en het faciliteren van de uitwisseling van patiëntgegevens en data, en 4) het ontwikkelen van kwaliteits- en juridische kaders die passen bij netwerkzorg en integrale samenwerking.

5.1 AFGESTEMD BELEID TUSSEN SYSTEEMPARTIJEN

Verschillende respondenten geven aan dat het IZA een duidelijke richting geeft over waar we met het (acute) zorglandschap naar toe willen, en welke stappen hiervoor nodig zijn. Gebaseerd hierop zetten de zorgaanbieders hun strategieën uit. Toch merkt een VVT-bestuurder op dat:

“Men zich op systeemniveau nog meer zou moeten realiseren dat de VVT ook oplossingen biedt voor de acute keten.” – L, 29/06/23

Een ziekenhuisbestuurder uit een andere proeftuinregio beaamt dit, maar benadrukt ook vooral:

“... de belangrijke rol die de VVT heeft bij het vrijmaken van zorg bij ziekenhuizen die nu al over hun schoenen lopen. [...] Deze andere verwoording is volgens mij wenselijk. Anders blijft de illusie dat er wel geld bij ziekenhuizen weggehaald kan worden.” – N, 29/06/23

Alhoewel er op bestuurlijk niveau duidelijke stappen zijn gezet wat betreft visievorming, merken respondenten op dat er op operationeel niveau nog niet altijd volgens deze koers wordt gehandeld. De zorgaanbieders missen bijvoorbeeld het vernieuwend meedenken bij de zorgverzekeraars. Zo geeft respondent A aan dat:

“... het innovatieve en het experimentele meedenken op inkoopniveau mist. Omdat wij willen veranderen en dwars willen zijn, lukt het bij ons soms wel met veel moeite en dwarszijn, maar we missen wel die ode aan de dwarsdenkers en friskijkers. [...] Het komt ook voor dat we gewoon zijn gestart omdat het voor de cliënt/patiënt beter was, maar dan zitten we vervolgens met tarieven die niet dekkend zijn waardoor we verlies draaien. En dan zegt men bij de zorgverzekeraar: ‘Zoals het nu is gaat het toch prima? Jullie doen het zo toch al langer?’ Op zulke momenten hebben we juist dat vernieuwend meedenken nodig.” – A, 23/02/23

Ook constateren respondenten dat de zorginkopers met wie zij te maken hebben vaak onvoldoende op de hoogte zijn van de (regionale) ontwikkelingen in de zorg en/of de inhoud en bredere context van de zorgvernieuwing. Door de hoge turnover van inkooppersoneel (veel nieuwe gezichten), en het gebrek aan inhoudelijke (zorg)kennis bij deze inkopers, moeten veel zorgaanbieders:

“... telkens opnieuw dezelfde inhoudelijke vragen beantwoorden, waardoor het startniveau in ieder gesprek naar nul afdaalt. Hierdoor zijn we al meer dan een jaar bezig met het financieringsvraagstuk. Dat de zorgverzekeraars hun achterban goed betrekken is voor ons ook heel belangrijk om plezier te houden en het innovatieproces vol te houden.” – Q, 31/03/2023

Daarnaast geven respondenten aan dat er vaak wordt vastgehouden aan rigide kaders voor inkoop. Respondent E licht toe dat je:

“... geen beweging kan creëren als de inkoopkaders strak zijn. Het gaat hem dus niet worden als de omstandigheden niet veranderen, terwijl de zorg zelf wel verandert. Misschien kan het deels wel worden opgelost met kunst- en vliegwerk en allerlei omsluitende bewegingen. Maar moeten we niet kijken naar hoe het anders ingeregeld kan worden, zodat het wél mogelijk is?” – E, 31/05/23

Ook geven meerdere respondenten aan dat het congruentie- en volgersprincipe zoals geformuleerd in het IZA niet werkt; de eisen die worden gesteld aan de inkoop van wijkkliniek-bedden (door middel van een aansluitersovereenkomst bij de beleidsregel innovatie van Cordaan, Amsterdam UMC en Zilveren Kruis) verschillen tussen zorgverzekeraars, ondanks een (functionele) beschrijving van de wijkkliniek in generieke kerncomponenten, en een - door de zorgverzekeraars gezamenlijk - opgesteld beoordelingskader. De zorgaanbieders moeten bovendien niet alleen met de twee preferente, maar met alle zorgverzekeraars contracteringsgesprekken voeren over de regionale wijkkliniek:

“We hebben ondertussen van één van onze verzekeraars een boodschappenlijstje gekregen van waar de wijkkliniek aan moet voldoen, en onder welke voorwaarden zij de bedden willen financieren. Dit is echter nog maar het lijstje van onze preferente zorgverzekeraar; het kan zo zijn dat een andere zorgverzekeraar net nog iets anders wil; dat hebben we vaker ervaren” – E, 29/06/23

Als oplossingsrichting opperen respondenten dat er generieke concepten voor vernieuwingen zouden moeten worden ontwikkeld. Als zorgverzekeraars afspreken dat de zorginkoop van vernieuwingen op basis van deze generieke concepten plaatsvindt, creëert dit wellicht vertrouwen en beter afgestemd beleid tussen zorgverzekeraars:

“Ik zou het mooi vinden als er voor bijvoorbeeld een acuut wijkteam een standaardconcept ontwikkeld wordt; dus een generiek concept waarbij nuanceverschillen mogelijk zijn voor jouw regio. Als men een concept wil implementeren dan moet dat volgens dit generieke concept, en daar horen dan standaardfinanciën en geld voor implementatie bij. Daarnaast zou het mooi zijn als er dan centraal aangestuurde expertise (wat betreft de vernieuwing) bestaat.” – K, 17/04/23

Een VVT-bestuurder beaamt dit:

“We zouden moeten gaan voor het in kaart brengen van de heilzame ingrediënten en functionaliteiten van effectief bewezen vernieuwingen, en die ook gewoon moeten delen.” – R, 13/09/22

Vervolgens kan er een versnelling voor het regionaal organiseren van acute ouderenzorg plaatsvinden als:

“... je zowel de decentrale als centrale aanpak combineert. Dus je pusht centraal volgens standaardconcepten met centraal aangestuurde expertise en standaard financiën, maar je maakt decentraal nuanceverschillen wel mogelijk.” – K, 17/04/23

5.2 FINANCIERING IN LIJN MET DE GEZAMENLIJKE DOELEN

Van 'business case-denken' naar integrale (populatie) bekostiging

Om een zorginnovatie door te voeren, vragen zorgverzekeraars vaak om een (financiële) business case. Respondenten geven aan dat dit denken in 'business cases' hen belemmert bij het implementeren van vernieuwingen. Daarnaast vinden zorgaanbieders de conclusies die zorgverzekeraars maken op basis van deze business case soms te kort door de bocht:

"Ik heb in het verleden bijvoorbeeld meegemaakt dat we een business case maakten over een vernieuwend initiatief dat schadelastreductie opleverde. De verzekeraar zei vervolgens: 'Dan kan er zoveel uit het ziekenhuisbudget weggestreep worden.' – S, 29/06/22

Respondent C geeft aan dat de zorgverzekeraar tegen hen (een VVT-organisatie) vervolgens zei:

"Dan moet er geld uit het ziekenhuis gehaald worden. Gaan jullie dat regelen?" En toen dacht ik; ja zo werkt dat niet." – C, 17/04/23

Gelet op de vergrijzing en de toename van multiproblematiek onder thuiswonende (kwetsbare) ouderen, verwachten de regio's namelijk niet dat het totale ziekenhuisbudget krimpt (ook niet na 'zorgverschuiving' van ziekenhuiszorg naar een wijkkliniek):

"De komende jaar komen er heel veel 75 plussers bij. Je mag dus blij zijn dat je als ziekenhuis niet groeit. Je moet dus als ziekenhuis vooral zorgen dat je niet groter wordt en dat je de Juiste Zorg op de Juiste Plek bewerkstelligt. Om deze reden zouden we ons dus niet te veel bezig moeten houden met de verschuiving van budgetten." – N, 19/09/23

Voor vernieuwende initiatieven zoals een wijkkliniek geven de respondenten aan dat voor zowel het ziekenhuis als de VVT organisatie een financieel veilige omgeving moet worden gecreëerd. Anders spelen er financiële prikkels die het bieden van de Juiste Zorg op de Juiste Plek tegenwerken:

"Ook een wijkkliniek is een voorbeeld van een initiatief dat je onder een strikte voorwaarde van kostenreductie niet kan realiseren. Als je per entiteit in gesprek blijft met de zorgverzekeraar over 'wat levert het nou op' en 'wat kan er van de ene entiteit naar de andere entiteit verschoven worden', dan kom je er niet uit. Dan is er ook een verkeerde prikkel voor het ziekenhuis om die zorg met elkaar te verschuiven; want dan zou je als ziekenhuis in een toekomstscenario minder omzet mogen hebben. De voorwaarde om dit soort initiatieven te laten slagen, is dan ook dat er een financieel veilige omgeving wordt geborgd, zowel aan de VVT- als de ziekenhuiskant." – S, 29/06/22

Volgens een andere ziekenhuisbestuurder zouden kostenvraagstukken ook juist helemaal niet leidend moeten zijn. Daarentegen zou men moeten redeneren op basis van het zo efficiënt mogelijk inzetten van de arbeidscapaciteit in de regio:

"Ik ben bang dat we in een soort cirkelredenering komen. Als je over 10 tot 15 jaar kijkt, dan hebben we een verdubbeling van de zorgvraag, met in iedere regio minder arbeidscapaciteit. Dan kunnen we volgens mij nooit een kostenvraagstuk hebben. Dus als we in de regio het aan zouden durven om wat langer vooruit, op basis van het beschikbare personeel, het systeem effectiever in te richten, dan zouden we toch ook in staat moeten zijn om met de verzekeraars vrienden te maken. [...] En tegenwoordig is geld niet meer zo leidend, maar of je voldoende medewerkers hebt de komende jaren. Dus als je dan uitzet hoeveel medewerkers je hebt in de regio en dat je daarmee een verdubbeling van zorg moet aankunnen, dan krijg je een heel ander perspectief. Daarna is het pas van belang om een deel van de oplossingsrichtingen te volgen. – T, 29/06/22

Ook hebben de respondenten allerlei ideeën over hoe verkeerde prikkels uit de huidige financieringsstructuur kunnen worden gehaald. Zo:

“... zou de intentie niet pax moeten zijn, maar zou er juist een beloning moeten zijn als acute situaties bij kwetsbare ouderen worden voorkomen en ze ook minder vaak in het ziekenhuis belanden.” – U, 25/05/22

Ook respondent I geeft aan:

“... dat er ontzettend veel te bereiken is met vroegsignalering en preventie van kwetsbaarheid. Hoewel de huidige zorgfinanciering dit soort initiatieven nu niet stimuleert.” – I, 25/05/23

Daarnaast zouden zorgaanbieders en zorgverzekeraars juist gericht moeten zijn op het omlaag brengen van de totaliteit van kosten per kwetsbare oudere in de regio:

“Eigenlijk moet je met je financiers in gesprek gaan over wat het oplevert m.b.t. de gemiddelde kosten die structureel, per kwetsbare oudere in de regio, lager worden. Hierbij is het interessant als deze kosten vergeleken worden met andere regio's.” – O, 29/06/22

Ook is een vaak terugkerende uitspraak dat:

“De financiering in schotten het organiseren van integrale zorg lastig maakt” – I, 31/05/23

En dat:

“... dit ook het grootste knelpunt is. Het werkt namelijk op alles door; ook wat betreft het betrekken van mensen. Want op inhoud is er vaak geen enkele discussie, maar er komt wel discussie als je aan elkaars portemonnee komt.” – A, 23/02/23

Er wordt dan ook aangegeven dat er binnen de budgettaire macrokaders ruimte zou moeten worden gecreëerd voor de financiering van sectoroverstijgende, integrale zorgvernieuwingen. Respondent J oppert zelfs:

“... dat we misschien wel toe moeten naar een integrale betaaltitel; bijvoorbeeld zoals nu in de integrale geboortezorg het geval is, maar dan voor de doelgroep kwetsbare ouderen. [...] Ook vind ik Population Health Management mooi klinken; daarbij gooi je alles op een hoop en ga je achteraf de benefits verdelen. Maar het is ook weer niet zo simpel om op die manier in beweging te komen; dat zien wij ook bij onze betrokkenheid bij de kavelmodellen.” – J, 26/06/23

Passende (voorwaarden voor) experimentfinanciering

Respondenten geven aan dat het bestaan van experimenteertitels een goede zaak is. Wel hoopt men dat de administratie die gepaard met een dergelijke aanvraag voor experimentfinanciering wordt ingedamd. Deze administratie weerhield respondent H bijvoorbeeld om een vernieuwing via de 'Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten' te laten financieren:

“We hebben ook gekeken of er een experimenteertitel kon gaan worden aangevraagd. Nou, toen bleek het heel moeizaam te zijn om alle benodigde informatie goed naar boven te krijgen. Dan zou je een heel administratief circus eromheen krijgen, dus daar zijn we ook mee gestopt.” – H, 03/04/23

Ook een andere regio geeft aan dat ze de administratie en discussies die ontstaan bij het aanvragen van experimentfinanciering het liefst ontwijken. Zij zouden graag individuele afspraken met de preferente zorgverzekeraar maken, om de wijkkliniek in de pilotfase via een speciale constructie binnen de reguliere betaaltitels te financieren, in plaats van aansluiten bij de beleidsregel innovatie:

“Wij willen nu starten met de pilot en niet vertraging laten oplopen door een hele discussie over het concept en de kostprijs. Wij hebben dan ook gezegd dat we als regio het financiële risico willen nemen. Daarom hadden we een voorstel gedaan over hoe je dit praktisch binnen de huidige betaaltitels in kan richten. Nadat wij de pilot hebben afgerond, willen wij aansluiten bij de reguliere financiering.” – V, 21/03/23

Een andere bestuurder reageerde hierop als volgt:

“... het niet gebruiken van de landelijke kaders kan wel leiden tot een versnippering van het concept die je juist wilt voorkomen. Bovendien is het een glijdende schaal: als regio 1 andere afspraken maakt buiten de experimenteertitel dan is er ook geen urgentie in regio 2 om die afspraken volgens de landelijke kaders en de experimenteertitel te maken. Ook creëer je hierdoor minder snel voldoende volume en onderbouwing om uiteindelijk tot structurele financiering van de vernieuwing te komen.” – L, 21/03/23

Veel respondenten wensen dat er meer flexibele (sectoroverstijgende) financieringsruimte beschikbaar komt, waarbinnen zorgaanbieders mogen experimenteren en ontdekken hoe een bepaalde vernieuwing op een doelmatige wijze kan worden geïmplementeerd in hun regio:

“Ik zou het ons zo gunnen dat we een plek creëren waar je het gewoon ‘een periode mag gaan doen’. Waar er gewoon financiële ruimte is en je niet gelijk een koste reducerend business model moet creëren. En natuurlijk snap ik de gedachte wel; je wilt uiteindelijk dat er een positief effect is op uitkomsten. Maar met de oude modellen ga je hier niet uitkomen.” – I, 25/05/23

Ook geven meerdere respondenten aan dat zij graag duidelijke informatie zouden willen krijgen over (de weg naar) structurele financiering bij een zorgvernieuwing zoals de wijkkliniek. Zo vraagt men zich af hoeveel pilots of proeftuinen er nodig zijn om de schaalbaarheid van de wijkkliniek aan te tonen, en wie dit bepaalt. Bovendien is er onduidelijkheid over de evidence die zorgverzekeraars willen zien; wat betekent een ‘succesvolle’ proeftuin en wanneer vinden zorgverzekeraars dit doelmatig?

Passende financiering van systeemfuncties

Tenslotte geven enkele respondenten aan dat de financiering van systeemfuncties zoals regionale zorgcoördinatie (nog) niet goed geborgd is:

“De financiering van ons regionale coördinatiecentrum wordt op dit moment volledig betaald vanuit onze VVT en ziekenhuisorganisaties en dit is een probleem. Dit aanbod is namelijk niet verwerkt in onze kostprijsberekeningen.” – B, 14/03/23

Ook wordt de 24/7 beschikbaarheid van eerstelijnsverblijf (door bijvoorbeeld spoedbedden) als systeemfunctie genoemd. De financieringsstructuur voor het eerstelijnsverblijf stimuleert de beschikbaarheid van deze systeemfunctie echter niet:

“Een leeg bed betekent namelijk ook geen financiering.” – D, 17/04/23

5.3 REGIONAAL INZICHT IN ZORGCAPACITEIT EN UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS EN DATA

Respondenten zeggen behoefte te hebben aan inzicht in de totale zorgcapaciteit in de regio en vereenvoudiging in het aantal type bedden en doorplaatsingen binnen het 'tijdelijk verblijf'. Zo geeft respondent F aan dat:

"... er veel verschillende bedden zijn met allemaal een eigen capaciteit en capaciteitsbeheer" - F, 23/04/23

En respondent I zegt:

"We hebben hier schakelbedden, interventiebedden, allerlei type bedden. Weet je wel, ze slaan je om de oren met de ontwikkeling van allerlei bedden. [...] Bij schakelbedden moeten patiënten bijvoorbeeld binnen 5 dagen weer weg. [...] En dan denk ik af en toe wel eens; 'waar zijn we allemaal mee bezig?'. Straks hebben we iemand in tien dagen tijd drie of vier keer verplaatst. Ja, als je nog geen delier had, dan heb je hem dan wel, denk ik" - I, 25/05/23

Ook geven respondenten aan dat het inzicht in de regionale zorgcapaciteit wordt bemoeilijkt door het grote aantal (VVT-)aanbieders in die regio. Het aantal VVT-aanbieders zou volgens één van de respondenten moeten worden beteugeld door ingrijpen vanuit de overheid, zoals ook bij jeugdhulporganisaties is gebeurd:

"Mijn schoen breekt eigenlijk om het feit dat wij soms wel tien thuiszorgorganisaties in de straat toelaten. Dat kan gewoon niet meer. [...] Bij de jeugdhulpaanbieders is destijds gezegd: 'Leuk die keuzevrijheid, die 350 organisaties, maar we gaan dit terugbrengen. Die keuzevrijheid zit dan niet meer in de organisatie, maar wel in de mensen; als je het met medewerker A niet kan vinden dan kan je kijken of het medewerker B klikt. Dat is de keuze die je dan als burger kan maken, want geen enkel weldenkend mens kan begrijpen welke van die 350 organisaties je moet hebben. [...] De jeugdzorgaanbieders in deze regio konden destijds maar op één manier over hun eigen schaduw heen worden gezet. Dat is omdat de gemeente heeft gezegd; 'We gaan er minder inkopen' en toen moesten ze wel. [...] De gemeente heeft toen enorm veel risico en lef getoond om al die technocratie los te laten en voor een hele andere oplossing te gaan. Zoiets is denk ik ook hier [= in de VVT-sector] nodig, maar natuurlijk wel heel moeilijk om dit voor een heel land door te voeren hè; dat besef ik me ook wel." - I, 25/05/23

Tot slot geven respondenten aan dat toegang tot en uitwisseling van (patiënt)gegevens en andere data een belangrijke voorwaarde is in de transformatie naar integrale acute ouderenzorg:

"We hebben veel energie gezet op de data-uitwisseling. Dus dat is eigenlijk ook één van de speerpunten om dat wij zeggen; als je iets wilt met het IZA en als je iets wilt met tussen de lijnen bewegen, als je iets wilt met elkaar mankracht inzetten, dan heb je gewoon veel meer toegang tot data nodig." - E, 31/05/23

5.4 KWALITEITSKADERS EN JURIDISCHE KADERS BIJ NETWERKZORG EN INTEGRALE SAMENWERKING

Daarnaast geven respondenten aan dat ze behoefte hebben aan duidelijke juridische kaders voor netwerkzorg en integrale samenwerking. De (sectoraal gerichte) kwaliteitskaders en toetsingskaders volstaan niet bij integrale vernieuwingen en de proeftuinen ondervinden moeilijkheden met AVG:

"Wij zoeken overal pragmatische oplossingen voor, maar juridisch, AVG en organisatorisch gezien; hoe laat je cliënten/patiënten tussen verschillende lijnen heen en weer bewegen?" - E, 31/05/23



Respondenten ervaren echter dat het vinden van concrete antwoorden op deze juridische vraagstukken niet eenvoudig is. De onduidelijkheid is vooral groot wat betreft de aansprakelijkheid voor organisaties die integraal samenwerken. Over de juridische kaders voor aansprakelijkheid op professioneel niveau (bijv. bij taakherschikking) is meer duidelijkheid:

“De juridische kaders wat betreft het laatste [= aansprakelijkheid op professioneel niveau bij taakherschikking] zijn nog niet zo ingewikkeld; dit gebeurt al veel in de praktijk. De juridische kaders voor netwerkzorg [= op organisatieniveau] ga je als organisaties echter nooit helemaal dichttimmeren. Het vergt simpel gezegd lef om dit aan te gaan als organisaties. De komende jaren zal hier vanzelf jurisprudentie over ontstaan.”
- L, 07/12/22

Respondent N is het hiermee eens en bepleit ook dat die onzekerheid organisaties niet zou moeten tegenhouden om de zorg niet te leveren:

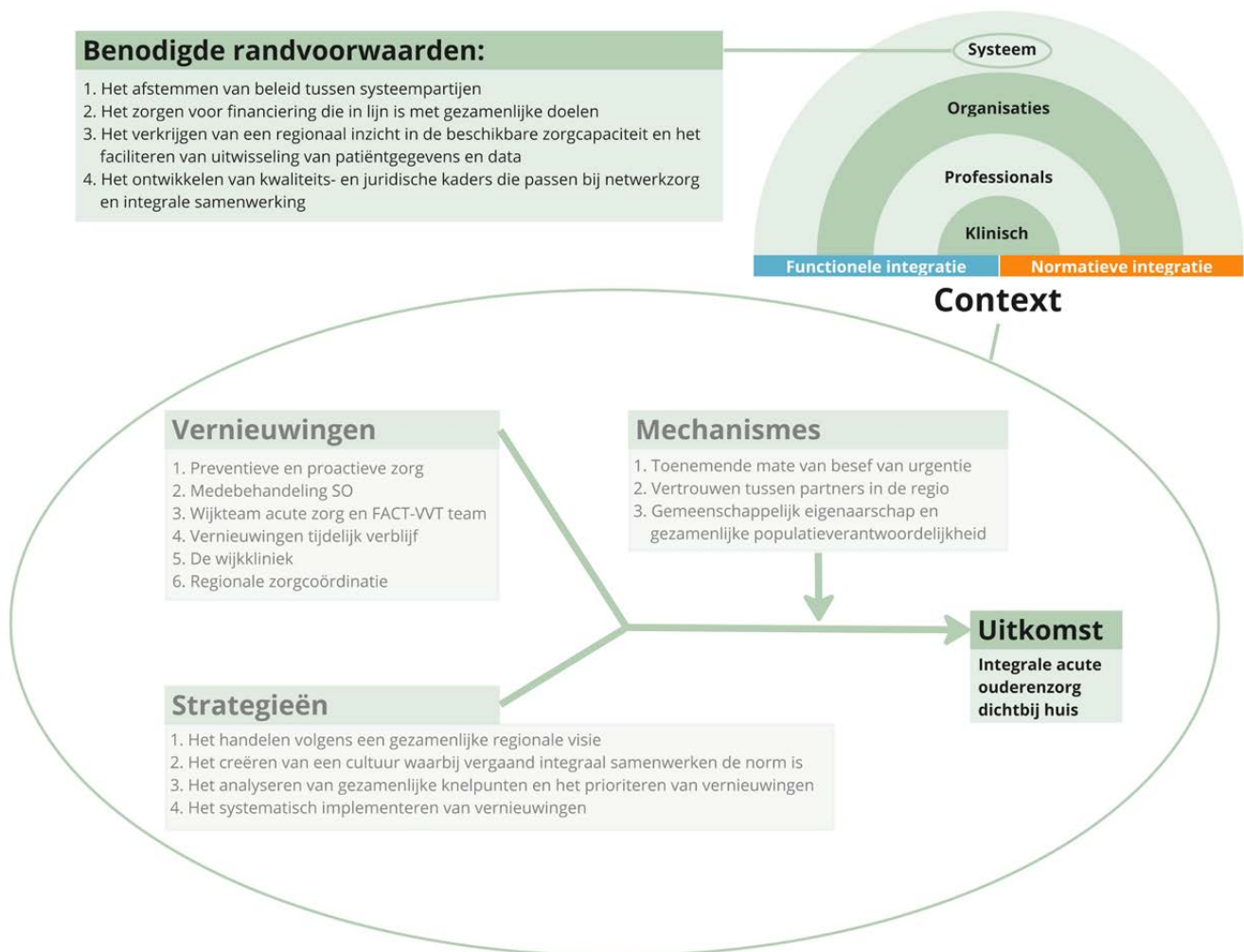
“We handelen namelijk ook uit schaarste; er is te weinig personeel en geld. Dat het juridisch niet op elk punt is dichtgetimmerd en medisch inhoudelijk ook niet (omdat er niet genoeg personeel is), betekent niet dat we ons terug moeten trekken en de zorg niet meer gaan leveren; we zullen wel moeten! [...] In die zin lijkt het op de COVID-tijd waarin we als organisaties zorgprofessionals zorg lieten leveren om het best mogelijke te doen, terwijl dit juridisch gezien wellicht niet zou mogen. Het argument is dus dat we uit schaarste onze grenzen moeten verleggen.” - N, 07/12/22

Tenslotte spelen er bij de respondenten vragen over de kwaliteitskaders die de IGJ bij integrale samenwerking aanhoudt. Zo had een ziekenhuisapotheker vragen aan een regionale projectleider over de richtlijnen voor de levering van medicatie aan in de wijkkliniek:

“Hij vroeg bijvoorbeeld welke wet- en regelgeving er moet worden gevolgd als hij de medicatie daar verzorgt. Dus welke richtlijnen zijn er dan? En hij zei: ‘Ik lever (als ziekenhuisapotheker) die medicatie, dus ik word dan toch gehouden aan mijn eigen wet en regelgeving? Maar aan de andere kant is het wel een andere omgeving?’”
- E, 31/05/23

En alhoewel men geen passende kaders had, is men in één van de proeftuinregio's wel erg positief over de vindingrijkheid en flexibiliteit van het IGJ; zij gebruikten namelijk het toetsingskader voor privéklinieken om de kwaliteit en veiligheid van zorg in de wijkkliniek in de regio te toetsen:

“Erg interessant dat ze eigenlijk geen toetsingskader hadden en vervolgens het toetsingskader privéklinieken hebben gebruikt. Uiteindelijk is hierdoor alsnog een mooie beoordeling tot stand gekomen en waren zowel de IGJ als wij tevreden.” - L, 07/12/22



Figuur 9. Randvoorwaarden voor het organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis.

6. REFLECTIE ONDERZOEKSMETHODIEK

We kozen in dit kwalitatieve onderzoek voor een Realist Evaluation aanpak, omdat met deze aanpak de vraag kan worden beantwoord ‘Wat werkt, voor wie, in welke context en waarom?’ We willen de volgende kritische noten plaatsen bij de uitvoering van het onderzoek:

Er vinden veel innovatieprojecten en vernieuwingen plaats, die allen op eigen wijze bijdragen aan het verbeteren van de acute ouderenzorg. Zo zien we vele mooie voorbeelden waarbij de SEH- of de ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen wordt verbeterd. Ook toepassingen van E-health, en de ontwikkeling van regionale zorgcentrales, waarbij patiënten worden ondersteund door monitoring en beeldcontact op afstand, zijn veelbelovend. In deze studie hebben we ons echter beperkt tot die vernieuwingen, die vanuit de interviews en documentanalyse naar voren kwamen als meest belangrijk in de ontwikkeling naar acute ouderenzorg ‘dichtbij huis’. Deze vernieuwingen zijn dus essentieel in het voorkomen, of zo dicht mogelijk bij huis oplossen, van acute zorgvragen bij kwetsbare ouderen. We willen hiermee benadrukken dat dit rapport geen volledig beeld geeft van alle vernieuwingen die plaatsvinden en kunnen bijdragen aan de verbetering van de acute ouderenzorg.

De gegevens hebben we per regio verzameld, door naast de documentanalyse één tot drie personen te interviewen. Met dit beperkte aantal interviews konden we niet spreken van dataverzadiging, hiervoor waren meer interviews nodig vanuit verschillende perspectieven. Toch denken we de belangrijkste ontwikkelingen en strategieën opgehaald te hebben, omdat we de sleutelfiguren in de regio’s gesproken hebben, en er veel relevante documentatie beschikbaar was die we hebben geanalyseerd.

De analyse van de data vond plaats door de onderzoekers. In dialoog kwamen zij tot CMU-configuraties; ofwel de samenhang tussen de strategieën, context, mechanisme en uitkomst. Idealiter zouden deze CMU-configuraties voorgelegd worden aan de praktijkprofessionals, om deze te verifiëren en waar nodig verder te nuanceren en verdiepen. In het tijdsbestek van deze studie was het niet mogelijk om de CMU-configuraties te verifiëren en nuanceren met praktijkprofessionals. Dit hebben we ondervangen door met meerdere onderzoekers, met verschillende achtergronden, expertise en mate van betrokkenheid bij het onderzoek, de CMU-configuraties te bediscussiëren. Hiermee zijn wij van mening dat de CMU-configuraties de werkelijkheid representeren.

7. CONCLUSIES

In dit onderzoeksrapport beschreven we de belangrijkste vernieuwingen die bijdragen aan het organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis. Daarnaast hebben we toegelicht welke strategieën de proeftuinregio's toepassen om acute ouderenzorg dichtbij huis te organiseren, en welke randvoorwaarden op systeemniveau hierbij noodzakelijk zijn.

Zes vernieuwingen in samenhang implementeren

We identificeerden zes vernieuwingen die van wezenlijk belang zijn voor het organiseren van acute ouderenzorg dichtbij huis:

- **Preventieve en proactieve zorg** voor thuiswonende kwetsbare ouderen
- **Medebehandeling door de SO** bij thuiswonende ouderen met complexe multiproblematiek
- **Wijkteam acute zorg**, in combinatie met een FACT-VVT team
- **Vernieuwingen in het tijdelijk verblijf**
- **De wijkkliniek**
- **Regionale zorgcoördinatie**

Deze vernieuwingen kunnen niet los van elkaar worden gezien; juist door de vernieuwingen regionaal in samenhang te ontwikkelen wordt een 24 uren infrastructuur in de eerstelijns, 'dichtbij huis', gecreëerd. Hierdoor krijgt integrale acute ouderenzorg structureel vorm, en kunnen acute zorgvragen bij kwetsbare ouderen vaker worden voorkomen, of thuis of dichtbij huis worden opgelost.

Strategieën om de vernieuwingen succesvol te implementeren

Het is een complexe opgave voor regio's om deze vernieuwingen in samenhang te implementeren, omdat hiervoor vergaande (integrale) samenwerking tussen de regiopartners nodig is, op zowel organisatorisch als professioneel niveau. Uit het onderzoek wordt helder dat de regio's een veelheid aan strategieën toepassen, die in specifieke contexten bijdragen aan het realiseren van deze complexe opgave. Deze strategieën kunnen worden samengevat in enkele overkoepelende thema's:

- **Het handelen volgens een gezamenlijke regionale visie:** In deze visie is het belangrijk dat het brede perspectief op acute ouderenzorg meegenomen wordt, dus ook het organiseren van de preventieve en proactieve zorg thuis en het creëren van een 24-uurs infrastructuur in de eerstelijns, waarmee acute zorgvragen zoveel als mogelijk thuis of dichtbij huis kunnen worden opgelost. Daarbij is het belangrijk dat deze visie gedragen is en uitgestraald wordt door partners in de regio, zowel op bestuurlijk als op professioneel niveau. De regionale visie omvat idealiter ook hoe integraal samengewerkt wordt en hoe processen en verantwoordelijkheden geïntegreerd worden. Partners in de regio zijn aanbieders van wijkverpleging, ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, ouderenzorg, en welzijn, en zorgverzekeraars, gemeente(n) en burger- of patiëntorganisaties.

- **Het creëren van een cultuur waarbij vergaand integraal samenwerken de norm is:** Een cultuurverandering naar vergaande (integrale) samenwerking in de regio is nodig om acute ouderenzorg dichtbij huis te kunnen organiseren. Door vergaande, integrale samenwerking, tussen zowel zorgprofessionals als organisaties, ontstaan vertrouwde relaties en groeit het besef van urgentie en gezamenlijke populatieverantwoordelijkheid, en wordt voorbij het eigen belang nagedacht over nieuwe, geïntegreerde vormen van acute ouderenzorg.
- **Het analyseren van gezamenlijke knelpunten en het prioriteren van vernieuwingen:** Het regionaal en integraal werken aan acute ouderenzorg vraagt om een systematische aanpak. Beginnend bij een gedegen, datagedreven probleemanalyse, met daarin data over ouderen in de gehele keten, zowel van de pre-acute, als de acute en post-acute zorg. Na de probleemanalyse volgt het met stakeholders in de regio gezamenlijk formuleren van doelstellingen en het prioriteren, zodat focus wordt gebracht in het aantal vernieuwingen.
- **Het systematisch implementeren van vernieuwingen:** Vervolgens worden verbeterstrategieën geselecteerd, geïmplementeerd, geëvalueerd en verankerd, op zowel het professionele als organisatorische niveau van samenwerking. Elke stap is cruciaal. Regio's zitten in verschillende fasen van de ontwikkeling naar regionale, integrale acute ouderenzorg. Afhankelijk van de fase van ontwikkeling en passend bij de context van de regio, passen regio's een veelheid aan strategieën toe, die in de specifieke context bijdragen aan deze ontwikkeling.

Onderliggende mechanismes bij de strategieën

Bij deze strategieën horen de volgende onderliggende mechanismes:

- **Toenemende mate van besef van urgentie:** Door het toenemende besef dat de huidige wijze van het vormgeven van acute ouderenzorg niet houdbaar is, bijvoorbeeld door de druk op de HAP, SEH of capaciteit in ziekenhuizen, of druk op wijkverpleging, wordt meer integraal gewerkt aan oplossingen. Dit toenemend besef van urgentie stimuleert dus ook een gezamenlijke innovatiecultuur.
- **Vertrouwen tussen partners in de regio:** Dit is nodig om acute ouderenzorg echt integraal en vanuit gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid te kunnen ontwikkelen en organiseren. Andersom kan het integraal samenwerken aan acute ouderenzorg, (bijvoorbeeld door een wijkkliniek in de regio op te zetten), het vertrouwen tussen partners in de regio versterken. Het opbouwen van vertrouwen tussen partners in de regio werkt op organisatieniveau, door elkaars belangen helder te hebben en met elkaar mee te denken vanuit een regionale verantwoordelijkheid. Op professioneel niveau werkt het opbouwen van vertrouwen door goed te weten wat de ander te bieden heeft en waar expertise ligt. Dit kan worden gestimuleerd door gezamenlijke scholing, zorgprofessionals uit verschillende sectoren op één fysieke locatie te laten samenwerken, of door zorgprofessionals sectoroverstijgend op te leiden (bijv. zowel in het ziekenhuis als in de wijkzorg).



- **Gemeenschappelijk eigenaarschap en gezamenlijke populatieverantwoordelijkheid:** Dit betekent gezamenlijke doelen stellen en verantwoordelijkheid nemen voor kwetsbare ouderen, zowel in pré-acute, als in de acute en post-acute fase, en zowel op bestuurlijk als op professioneel niveau. Onze evaluatie laat zien dat proeftuinregio's met een hecht samenwerkingsverband, waarin duidelijke afspraken worden gemaakt over gezamenlijke, regionale populatieverantwoordelijkheid, succesvol zijn in het organiseren van integrale acute ouderenzorg in de regio. De processen zijn dan ook geïntegreerd en men bespreekt wat goed gaat en niet goed gaat, om zodoende de processen steeds beter te stroomlijnen. Een regionale, sectoroverstijgende sturing op de beschikbare (bed)capaciteit is hierbij van belang, zodat zorgverleners ook in acute situaties erop kunnen vertrouwen dat er te allen tijde een bed beschikbaar is, en het onnodig insturen naar het ziekenhuis wordt voorkomen.

Randvoorwaarden op systeemniveau

Tenslotte benadrukken de respondenten dat er op systeemniveau verschillende veranderingen nodig zijn, om de ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg dichtbij huis te versnellen. Deze noodzakelijke randvoorwaarden omvatten:

- **Het afstemmen van beleid tussen steekpartijen:** waarbij specifieke aandacht nodig is voor een congruente uitvoering door de steekpartners van het voorgestelde beleid.
- **Het zorgen voor financiering die in lijn is met de gezamenlijke doelen:** Dit geldt voor zowel experimentele als structurele bekostiging. Een vorm van meer integrale, sectoroverstijgende bekostiging is nodig om de ontwikkeling van integrale zorgvernieuwingen (in samenhang) verder te brengen, en opschaling van dergelijke vernieuwingen te versnellen.
- **Het verkrijgen van regionaal inzicht in de beschikbare zorgcapaciteit en het faciliteren van de uitwisseling van patiëntgegevens en data.**
- **Het ontwikkelen van kwaliteits- en juridische kaders die passen bij netwerkzorg en integrale samenwerking.**

REFERENTIES

1. Gaffke P. Verpleeghuizen overspoeld met crisisgevallen, waardoor anderen nog langer moeten wachten. EenVandaag. 2023 Jul 21. [\[link\]](#)
2. Groen J, Heida JP, Ponds, RP. Wachten op wijkverpleging. Onderzoek naar de beschikbaarheid van wijkverpleging. SiRM. 2023 Feb 21. [\[link\]](#)
3. ActiZ. De vraag naar wijkverpleging veel groter dan het aanbod. 2023 Mrt 23. [\[link\]](#)
4. Baltesen, F. SEH's gemiddeld 38 minuten per dag dicht. Skipr. 2023 Mrt 23. [\[link\]](#)
5. Kaljouw M, Wijma S. Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg. Zorginstituut Nederland, De Nederlandse Zorgautoriteit. 2020 Nov 27. [\[link\]](#)
6. Integraal Zorgakkoord (IZA). Samen werken aan gezonde zorg. VWS. 2022 Sept 16. [\[link\]](#)
7. Booy, M. de et al. Startnotitie Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Zorginstituut Nederland, 2018
8. Wind A, te Velde B, Neumann R, Zwart H, Blom A. Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk [\[link\]](#)
9. Pawson R, Tilley N. Realist Evaluation, 2004 [\[link\]](#)
10. Fletcher A et al. Realist complex intervention science: Applying realist principles across all phases of the Medical Research Council framework for developing and evaluating complex interventions. Evaluation, 2016, volume 22, pg 286-303 [\[link\]](#)
11. Shearn, K., Allmark, P., Piercy, H., & Hirst, J. (2017). Building Realist Program Theory for Large Complex and Messy Interventions. International Journal of Qualitative Methods, 16(1). [\[link\]](#)
12. Tong A. et al. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, International Journal for Quality in Health Care, 2007, volume 19, pg 349-357. [\[link\]](#)
13. Wong G. et al. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. BMC Med 2016, 14, pg 96. [\[link\]](#)
14. Valentijn, P.P. Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. International Journal of Integrated Care, 2015 [\[link\]](#)
15. Minderhout R. N. et al. Effect of COVID-19 on health system integration in the Netherlands: a mixed-methods study. Journal of the American College of Emergency Physicians Open, 2021, 2(3), e12433. [\[link\]](#)
16. Van de Sandt H, den Mulder E. Ouderengeneeskundig Netwerk Utrecht eerstelijns. Waardigheid&trots en Onue Utrecht. Presentatie, 2022 Jun 16 [\[link\]](#)
17. Van de Camp L, van den Eeckhout A, Jongebreur W, Jongerius M, Westhoff E. Significant Public. Rapportage haalbaarheidsonderzoek multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde. 2023 Jan 17 [\[link\]](#)
18. Ronde Br, Broulikova HM, Bosmans JE, Meiland FJM. Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen. Tijdschrift voor Geront en Geriatr. Volume 52, issue 2, 2021 Jun 6. [\[link\]](#)
19. Pantein. VVT Team Pantein. Video, 2019 Jan 14. [\[link\]](#)
20. Zuyderland. Wijkteam Acute Zorg op de SEH. Video, 2019 Feb 14. [\[link\]](#)
21. TWB. Poster Acute Team. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
22. Spoedzorg Rotterdam. Aanbod. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]

- 23.** Spoedzorg Haaglanden. Spoedzorg Haaglanden biedt acute zorg in de regio Haaglanden. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
- 24.** NZA. Advies. Bekostiging wijkverpleging 2022. Van kwantiteit naar kwaliteit. 2020 Sept 2020. [\[link\]](#)
- 25.** Tergooi. Met vervroegd ontslag dankzij technische thuiszorg. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
- 26.** De Zorcirkel. Fact VVT Team, thuis bij crisis. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
- 27.** Van Aartsen, C. Langer thuis wonen door gespecialiseerd FACT-team vvt. Zorgvisie. 2019 Nov 20. [\[link\]](#)
- 28.** Van Aartsen, C. Purmerends crisisteam voor ouderen blijkt groot succes. Zorgvisie. 2021 Mar 24. [\[link\]](#)
- 29.** Vektis. In Purmerend minder mensen met intensieve dementiezorg opgenomen in een Wlz-instelling. 2021 Mei 4 [\[link\]](#)
- 30.** Ribbink ME et al. The implementation and evaluation of an acute geriatric community hospital in the Netherlands. 2022 ISBN: 9789083252230. [\[link\]](#)
- 31.** Ribbink ME et al. The incidence of delirium in an acute geriatric community hospital: an observational cohort feasibility study. medRxiv. 2021 Jun 1:2021-05. DOI:10.1101/2021.05.31.21257974.
- 32.** Ribbink ME et al. Patient experience and satisfaction with admission to an acute geriatric community hospital in the Netherlands: a mixed method study. J. Integr. Care. 2021 Nov 30;29(4):390-402. DOI:10.1108/JICA-04-2021-0018

BIJLAGE

BESCHRIJVING VAN DE ONTWIKKELING VAN ACUTE OUDERENZORG DICHTBIJ HUIS IN DRIE REGIONALE PROEFTUINEN WIJKKLINIEK

VOORBEELD MOOIMAASVALLEI

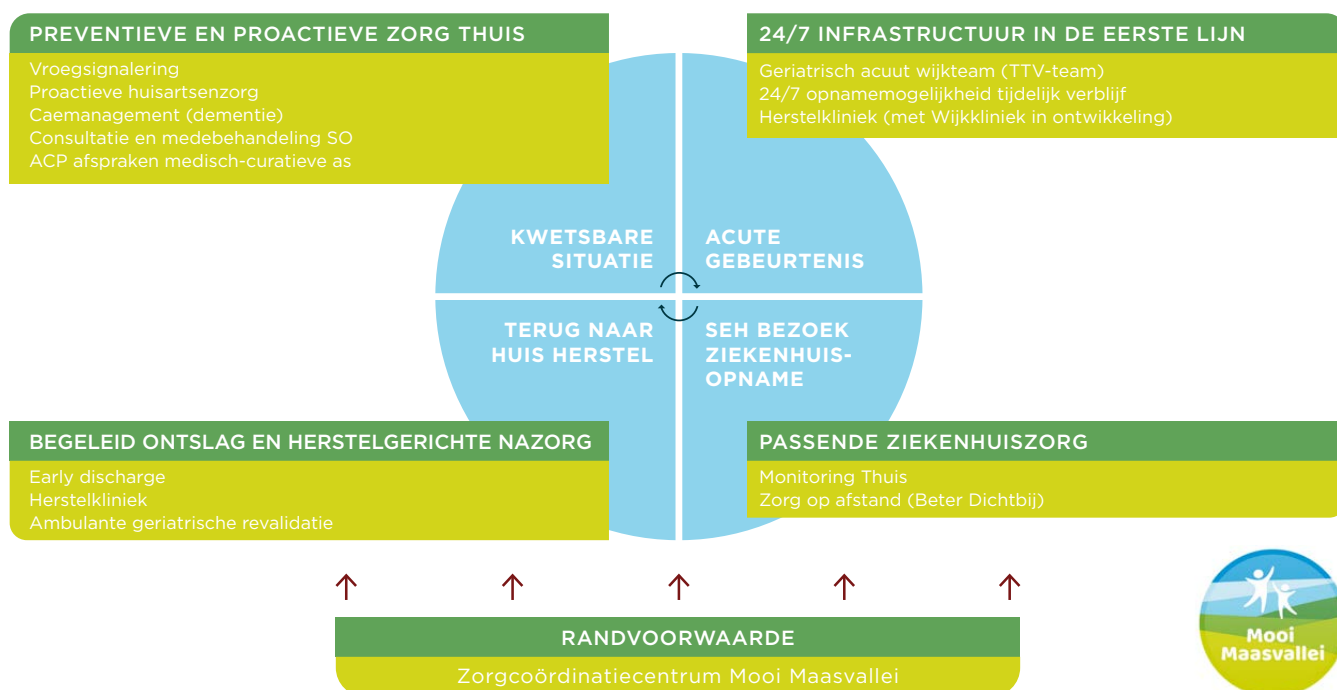
De regio

De MooiMaasvallei telt 129.633 inwoners (2022), waarvan het grootste deel (ongeveer 70%) in het Land van Cuijk woont. De resterende inwoners wonen in de Noord-Limburgse gemeentes Mook en Middelaar, Gennep en Bergen. De Brabantse identiteit is alom aanwezig en de omgeving kenmerkt zich door de Maasheggen die het landschap in landbouwpercelen verdelen. De MooiMaasvallei ligt zowel in de ROAZ-regio's Brabant als Limburg. Daarnaast zijn de gemeentes in de regio verdeeld over drie zorgkantorregio's: Noordoost-Brabant, Nijmegen en Noord- en Midden-Limburg.

De bevolking in de MooiMaasvallei krimpt en vergrijsd sneller dan in de rest van Nederland. Dit leidt tot een grotere vraag aan zorg en ondersteuning, vooral vanwege een groeiend aantal mensen met chronische ziekten. Daarnaast is het behouden en werven van voldoende personeel in de zorg problematisch. Alhoewel het percentage mantelzorgers in de regio hoger ligt dan het landelijk gemiddelde, neemt de druk op mantelzorgers toe. Kortom, de toenemende vergrijzing en oplopende arbeidstekorten zetten de houdbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit van zorg in de MooiMaasvallei onder druk.

Regionale samenwerking, visie en speerpunten

In de regio MooiMaasvallei werken zorg- en welzijns-aanbieders, scholen, gemeenten, het bedrijfsleven en inwoners op allerlei manieren samen aan het creëren van een vitale en gezonde samenleving. Zes keer per jaar komen bestuurders van diverse bedrijven, de drie gemeenten, onderwijs, maatschappelijke organisaties en inwoners bij elkaar. Vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid werken de inwoners en organisaties samen aan de gezondheid, het welzijn en de leefbaarheid in hun regio. Vanaf het begin is geïnvesteerd in elkaar kennen: "Kennen betekent meer dan weten wie de ander is; het gaat ook om begrijpen in welke context de ander werkt". Er is gezamenlijk met alle partijen een visie gevormd, met waarden die uitnodigen tot verbinding: 'wat jij wil, wil ik ook'. Vanuit deze visie zijn vier speerpunten benoemd, die zich richten zich op de rol van de inwoner, preventie, het verbeteren van (de samenwerking in) zorg en het gebruik van data.



Figuur 10. Overzicht van de vernieuwingen in de acute ouderenzorg in MooiMaasvallei.

Preventieve en proactieve ouderenzorg

Met en voor oudere inwoners zijn al veel initiatieven ontplooid, van preventie tot en met de acute zorg. Vertrekpunt hierbij is 'gezonder oud en langer thuis'. Hierbij wordt nauw samengewerkt tussen zorg- en welzijnsorganisaties en wooncoöperaties, zodat de inzet van zorg zo veel mogelijk wordt voorkomen. De regio is ingedeeld in zes kleinere leefgemeenschappen; in elke leefgemeenschap is minimaal een zorgcentrum en een regionaal behandelteam (VVT) actief. De SO werkt zowel in de zorgcentra als in de eerste lijn voor de huisartsen in die dorpen, samen met het regionaal behandelteam. De SO en het regionaal behandelteam adviseren, kijken mee, doen consulten en toetsen op onvrijwillige zorg, ten behoeve van de huisartsen. In elke leefgemeenschap vindt lokaal cliëntenoverleg plaats, waarbij mensen worden besproken die thuis wonen en kwetsbaar tot zeer kwetsbaar zijn. Een kernteam van huisarts, SO en wijkverpleegkundige (indien van toepassing aangevuld met andere betrokkenen zoals GGZ en welzijn) bespreken samen hoe kan worden voorkomen dat deze mensen in een crisis belanden, hoe zij hierop beter voorbereid kunnen zijn en wat nodig is om het thuis hanteerbaar te houden. Wijkverpleegkundigen hebben ook contacten gelegd met (oudere) kwetsbare burgers die nog niet in zorg zijn. Hierdoor wordt geprobeerd te voorkomen dat deze mensen geïsoleerd raken en dat te laat zorg wordt ingezet.

Ook op de medisch-curatieve as wordt vanuit een holistische blik nauw samengewerkt in de regio. Huisartsen, SO's en medisch specialisten van het Maasziekenhuis Pantein hebben de samenwerking vastgelegd in een convenant. Hierin staan onder andere afspraken over proactieve ouderenzorg en het voeren van ACP (advance care planning)-gesprekken bij ouderen in de thuissituatie. De basis voor deze samenwerking ligt bij huisartsen: zij zijn leidend in de hele exercitie, want *“De samenwerking tussen huisartsen en het ziekenhuis verloopt heel goed. En als zij nog minder insturen en wij dat binnen MooiMaasvallei goed ondersteunen, dan kan dat maatschappelijk veel betekenen en opleveren.”* Zowel SO's als de medisch specialisten van het Maasziekenhuis denken mee en ondersteunen de huisartsen bij wat er nodig is om kwetsbare ouderen zo veel mogelijk thuis te behandelen.

Vierentwintig-uurs infrastructuur in eerste lijn bij acute gebeurtenis

Indien zich toch een acute gebeurtenis voordoet in de thuissituatie, wordt eerst gekeken of behandeling en zorg thuis mogelijk is. Hierbij vormt het wijkteam acute zorg van Pantein (het 'TTV-team' genaamd) een belangrijke schakel. Dit wijkteam acute zorg is enkele jaren geleden ontstaan vanuit het thuiszorgteam verpleegtechnische zorg. In verband met de uitgestrektheid van het gebied en daardoor langere reistijden doet het team nu 24 uur per dag alle onplanbare zorg en alle zaken waarvoor centralisatie nodig is in de regio, zoals complexe verpleegtechnische handelingen (thuis en in verpleeghuizen), de regionale onplanbare nachtzorg, opvolging van personenalarmering en respons op calamiteiten.

Het team werkt samen met huisartsen voor specifieke vragen en om de situatie in kaart te brengen, bijvoorbeeld in het geval van monitoring van vitale functies en huisbezoek bij onduidelijke (ook acute) klachten. Het team heeft ook een geformaliseerde samenwerking met het zogenaamde Spoedplein (HAP/SEH), waarin is afgesproken dat het team de volgende handelingen verricht: alle ongeplande verpleegkundige zorg (zowel ADL- als verpleegtechnische handelingen), palliatief terminale zorg, extra handelingen, controles van vitale parameters, toediening medicatie, beoordeling ter plaatse bij een onduidelijke zorgvraag, triage thuis en COVID-zorg. Buiten kantooruren trieert het TTV-team namens 'Zorgcoördinatie MooiMaasvallei' (zie verder). Vierentwintig uur per dag is een SO bereikbaar voor overleg. Het team bezoekt een oudere na een SEH-opname ook thuis als dat nodig is, zowel voor ADL-zorg als voor eventueel verpleegtechnische handelingen thuis. Het team draagt de zorg weer over aan de reguliere thuiszorg zodra dit kan. In samenwerking met het ziekenhuis voert het TTV-team ook steeds meer ziekenhuiszorg thuis uit, bijvoorbeeld infuustherapie (antibiotica, immunoglobulinen), gespecialiseerde wondzorg en chemotherapie.

Herstelkliniek en wijkkliniek

Als de zorg thuis tijdelijk echt niet lukt, is er 24 uur per dag de mogelijkheid om iemand tijdelijk op te nemen in de Herstelkliniek van Pantein. Deze Herstelkliniek heeft een bovenregionale functie. In totaal zijn er 68 bedden tijdelijk verblijf, bedoeld voor thuiswonende ouderen, al dan niet met WLZ-indicatie, die een (acute) behandelvraag hebben. *“Met name ouderen met meerdere ziektebeelden gaan soms onderuit. Vaak belanden die ouderen in het ziekenhuis, terwijl niet hun aandoeningen zelf het probleem vormen, maar het functioneren met die aandoeningen. Voor deze ouderen is de herstelkliniek bedoeld: daar probeert het behandelteam, gecoördineerd door de SO, het functioneren van de ouderen te herstellen.”* De Herstelkliniek heeft daarmee een spilfunctie in de acute ouderenzorg. De kliniek werkt nauw samen met het regionale ziekenhuis, SEH, HAP en het wijkteam acute zorg om de acute ouderenzorg invulling te geven en SEH-bezoek en ziekenhuisopname van kwetsbare ouderen zoveel mogelijk te voorkomen.

Elke afdeling in de Herstelkliniek heeft een ander 'leefklimaat', afgestemd op de problematiek en zorg- en behandelbehoefte van de cliënt die tijdelijk wordt opgenomen. Er zijn bijvoorbeeld afdelingen voor geriatrische revalidatie, somatiek, delier, structuur en (ernstige) gedagsproblematiek. Daarnaast wordt vanuit de Herstelkliniek dagbehandeling en eerstelijnsconsultatie vanuit expertise ouderenzorg geboden. Wanneer individuele zorgverleners niet bekwaam zijn, is het TTV-team oproepbaar voor tijdelijke overname van handelingen. Ook wordt samengewerkt met klinisch geriaters en andere medisch specialisten van het Maasziekenhuis. Transfervernpleegkundigen van zorgcoördinatie MooiMaasvallei regelen de nazorg thuis of andere vervolgzorg voor cliënten die opgenomen zijn in de Herstelkliniek. Deze verschillende vormen van tijdelijk verblijf - deels dus ook verplaatste ziekenhuiszorg - worden 'aan de achterkant' gefinancierd via de reguliere financieringsstromen, op basis van de werkelijke bezetting (DBC GR, ELV HC, (sub)acute interventie PG-plus, ZZP 7, ZZP8 en ZZP9B). Deze financiering is niet toereikend voor alle zorg en behandeling die in de Herstelkliniek geboden wordt.¹

Onlangs heeft Pantein afspraken gemaakt met de preferente zorgverzekeraars over het starten met wijkkliniek-bedden in de Herstelkliniek. Voor Pantein betekent het een verdere uitbreiding van de verplaatsing van ziekenhuiszorg naar de Herstelkliniek.

Ziekenhuisopname en herstelzorg

Als opname en behandeling in het ziekenhuis nodig is, maakt het TTV-team (die ook op het Spoedplein -HAP/SEH- zit) al een plan voor de vervolgzorg, in samenspraak met de reguliere wijkverpleging. Zodoende wordt direct voor het ziekenhuis inzichtelijk gemaakt wat thuis aan behandeling en zorg geboden kan worden. *"De loep van wijkverpleging, Herstelkliniek en ziekenhuis is compleet. Als iemand in het ziekenhuis komt, behandelen we wat nodig is en gaan mensen zo snel mogelijk weer naar huis. Daar neemt de wijkverpleging het weer over."* Als naar huis gaan niet direct mogelijk is na de ziekenhuisopname, dient de Herstelkliniek als tussenstation. Gestreefd wordt om na de ziekenhuisopname zo snel mogelijk te starten met nazorg en revalidatie, eventueel met medebehandeling van een medisch specialist. Hierdoor wordt een kortere ligduur in het ziekenhuis bereikt.

Regionale zorgcoördinatie: integratie van VVT, huisartsen-HAP, SEH en ziekenhuis

Parallel aan de hierboven beschreven vernieuwingen zijn al vergaande stappen gezet in de ontwikkeling van regionale zorgcoördinatie en integratie hierbij tussen VVT, huisartsen-HAP, SEH en ziekenhuis. Dit begon in 2017, toen het transferpunt Pantein werd gestart met een coördinatiefunctie voor woonzorg, wachtlijstbemiddeling en kortdurend verblijf voor kwetsbare inwoners. Van 2019 tot 2022 is op geleide van de vraag en ervaringen in de regio (en versneld door de coronacrisis), de dienstverlening van het transferpunt verder uitgebreid naar Zorgcoördinatie MooiMaasvallei, met als belangrijke doelstellingen: passende zorg op de juiste plek, optimale benutting van de beschikbare zorgcapaciteit en het ontzorgen van verwijzers en ontvangers bij het regelen van vervolgzorg. Er is een manager cliëntlogistiek aangesteld voor sturing op de regiovisie. Vanuit deze visie zijn samenwerkingsafspraken gemaakt en zijn collega-zorgaanbieders aangesloten. De manager cliëntlogistiek en Zorgcoördinatie MooiMaasvallei werken onafhankelijk van de betrokken zorgaanbieders, en sturen regionaal aan op de zorgcapaciteit, zowel intra- als extramuraal (thuiszorg, kortdurende en langdurige intramurale zorg én ziekenhuis).

Het zorgcoördinatiecentrum MooiMaasvallei maakt nu onderdeel uit van het regionale acute zorgnetwerk. Ook huisartsen kunnen het zorgcoördinatiecentrum 24 uur per dag en 7 dagen per week bellen en er is een nauwe samenwerking met de HAP en SEH. In het centrum werken gespecialiseerde verpleegkundigen die triëren en kijken wat thuis nog mogelijk is, zoals gespecialiseerde thuiszorg, een huisbezoek van de SO of inzet van het TTV-team. Het centrum kijkt daarmee primair wat nodig is om te zorgen dat iemand op een verantwoorde manier thuis kan blijven, óók in acute situaties. *“Zo voorkomen we dat huisartsen ten einde raad patiënten insturen naar de SEH”*. Het centrum coördineert en bemiddelt ook voor alle vormen van (vervolg)zorg, zowel kortdurend verblijf als woonzorg.

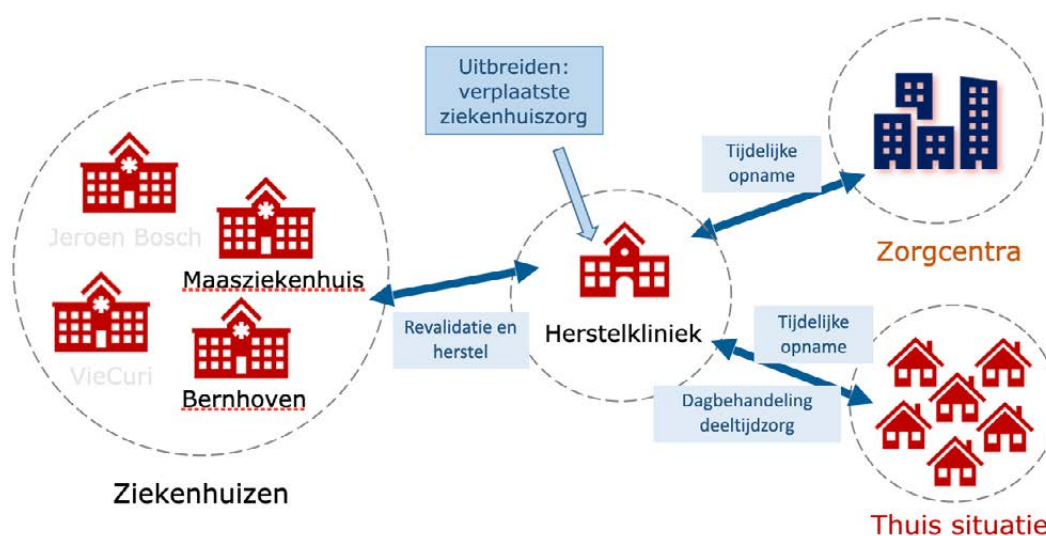
Naast onafhankelijke expertise, triage en zorgbemiddeling stimuleert het zorgcoördinatiecentrum regionale samenwerking: het signaleert, adviseert en geeft sturing aan zorgprofessionals in de regio. De regiomanager zorglogistiek heeft hierin een belangrijke rol. Zij zit wekelijks aan tafel met de (medisch) leidinggevenden van het ziekenhuis, de manager van de Herstelkliniek en met transferverpleegkundigen van het zorgcoördinatiecentrum. Daarnaast is er eens per maand een breder capaciteitsoverleg met afgevaardigden van de regio, waar ook de SO's en huisartsen bij betrokken zijn. Ook stimuleert de [regiomanager zorglogistiek](#) dat medisch specialisten steeds beter sturen op de schaarse beschikbare capaciteit van de ziekenhuisbedden. Er wordt kritisch gekeken, vooral bij een kwetsbare oudere, of ziekenhuisopname daadwerkelijk nodig is en of de ziekenhuisbehandeling niet thuis (door het TTV-team) of in de Herstelkliniek kan worden geboden. De medisch specialisten spreken hierover ook met de huisartsen in de regio.

Evaluatie MooiMaasvallei

MooiMaasvallei heeft onlangs een evaluatie laten uitvoeren om inzicht te krijgen in de effecten van de in samenhang geïmplementeerde initiatieven. Dit laat onder andere zien dat met alle vernieuwingen per jaar 11.000 opnamedagen in het ziekenhuis kunnen worden voorkomen².

Referenties

1. Van Elst L. Pauline Terwijn: “Ik wacht niet op financiële prikkels” Zorgvisie. Published 24 juli 2023. [\[link\]](#)
2. Kiers B. Maasziekenhuis voorkomt 11.000 opnamedagen met netwerk acute zorg. Zorgvisie 2022 Dec 9. [\[link\]](#)



Figuur 11. Herstelkliniek Mooi Maasvallei, behandelcentrum voor langer thuis

VOORBEELD REGIO RIVIERENLAND

Regiobeeld Opgave: Samen (thuis) oud worden

Rivierenland bevindt zich centraal in Nederland en omvat de volgende gemeenten: West Betuwe, Culemborg, Buren, Tiel, Neder-Betuwe en West Maas en Waal. De regio telt in totaal 196.330 inwoners (2023). Rivierenland is onderdeel van de ROAZ-regio 'Acute Zorg Regio Oost' en de zorgkantorregio Nijmegen. In regio Rivierenland is er sprake van een sterk toenemende vergrijzing, sterker dan gemiddeld in Nederland. Hierdoor stijgt en verandert de zorgvraag. En dat terwijl het aantal mantelzorgers de komende jaren daalt en de druk op de arbeidsmarkt - met name in de verpleging en verzorging - toeneemt. Ook thuiswonende ouderen met een relatief goede gezondheid lopen risico's op het ontwikkelen van ernstige problematiek en multimorbiditeit als er geen adequate maatregelen genomen worden. Dit betekent een verwachte toename in de complexiteit van zorg thuis. Hiervoor is meer preventieve inzet en aanvullende expertise lokaal nodig om de levensondersteuning bij toenemende zorgvragen te faciliteren. Ook de druk op de acute (ouderen)zorg neemt hierdoor toe.

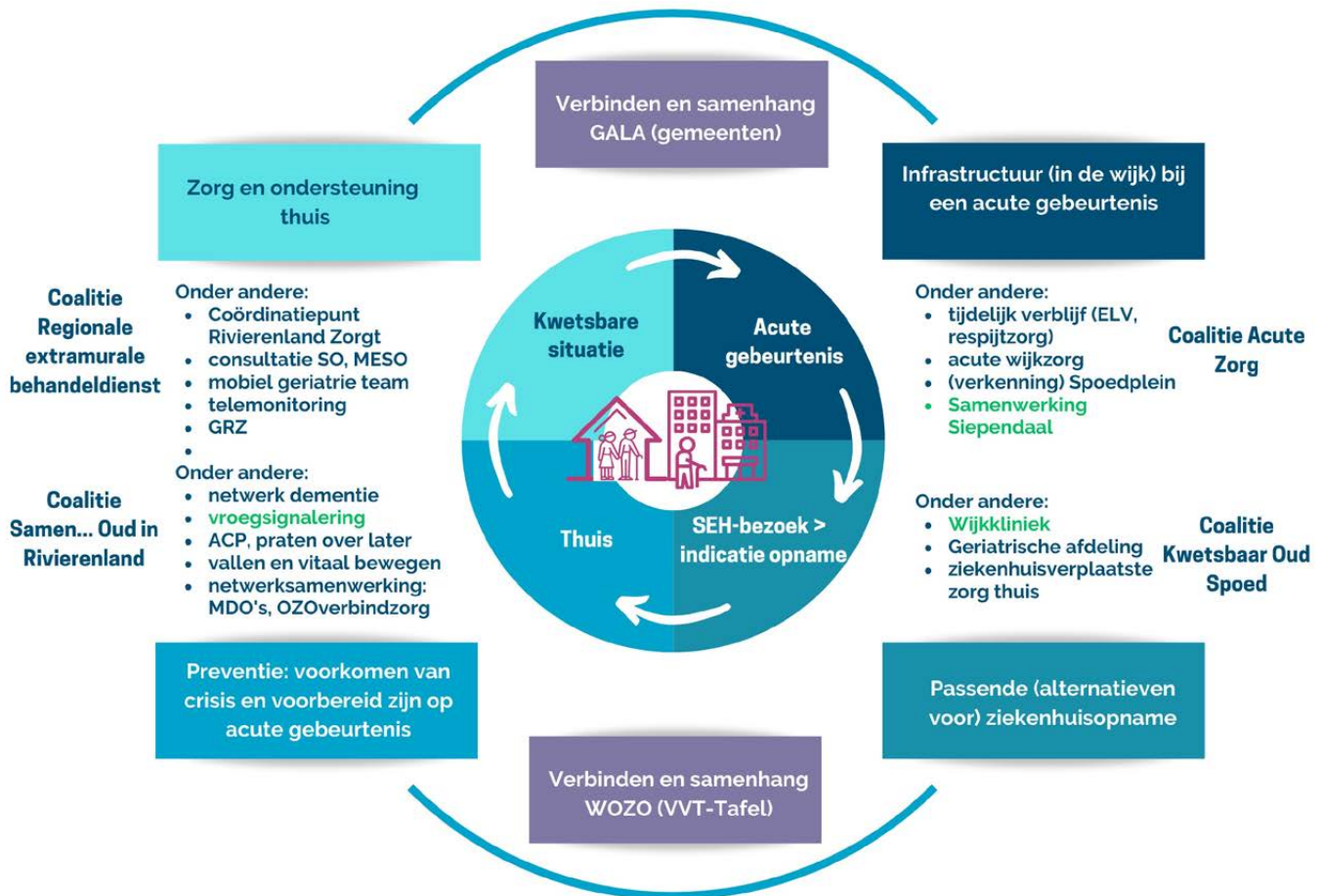
Regionale samenwerking: Rivierenland Samen Beter

In 2020 is in de regio het samenwerkingsverband 'Rivierenland Samen Beter' ontstaan, om samen met regionale partners een toekomstbestendige invulling te geven aan kwalitatief goede en betaalbare zorg voor onze inwoners in de regio, bij een stijgende zorgvraag en afnemend aanbod. Het samenwerkingsverband bestaat uit de besturen van de Coöperatieve Huisartsenvereniging (CHV), Zorggroep Gelders Rivierenland, Eerstelijns Centrum Tiel (ECT), Santé Partners, Stichting Zorgcentra Rivierenland (SZR), Zorgcentra De Betuwe, Ziekenhuis Rivierenland, Pro Persona, VGZ en Menzis. Eind 2022 sloten GGD Gelderland Zuid en de Rivierenlandse gemeenten hierbij aan. Naast dit Bestuurlijk Overleg Samen Beter in Rivierenland, is er twee maal per jaar een breder platformoverleg waarvoor ook andere partners, zoals bijvoorbeeld welzijn, apothekers, hoge school en woningcorporaties worden uitgenodigd.

Gerichte aanpak middels coalities

Voor verschillende prioritaire opgaven zijn coalities met betrokken bestuurders gevormd om aan de transformatie naar passende zorg en ondersteuning te werken, samen met de burger/cliënt/patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid. In de coalitie gaan geëngageerde partners uit zorg en sociaal domein aan de slag om vernieuwende zorgconcepten tot uitvoering te brengen, waarbij steeds twee bestuurders de linking-pin zijn naar het overkoepelend bestuurlijk overleg dat zorgt voor afstemming tussen de coalities.

Zo kent de regio onder meer een bestuurlijke coalitie Kwetsbaar Oud Spoed, een coalitie Acute Zorg, een coalitie Regionale Extramurale Behandeldienst en een coalitie Samen... Oud in Rivierenland. We schetsen de ontwikkelingen, goede voorbeelden en kansen en belemmeringen per coalitie, gekoppeld aan de bouwstenen uit onderstaand model voor de regionale acute ouderenzorg:



Figuur 12. Overzicht van de ontwikkelingen (met in groen de besproken voorbeelden), per fase in de cliëntreis van de oudere in de acute zorg, in regio Rivierenland

Preventieve en proactieve ouderenzorg in de coalitie Samen... Oud in Rivierenland

In de regio zijn er al diverse ontwikkelingen op gebied van preventie en proactieve ouderenzorg, bijvoorbeeld vanuit de coalitie 'Samen... Oud in Rivierenland'. Zorg en sociaal domein werken vanuit dit programma nauw samen, zodat oudere inwoners goed voorbereid zijn op hun oude dag en zo gezond mogelijk leven in een vertrouwde fysieke en sociale omgeving.

Voorbeeld: vroegsignalering

Eén van de lopende projecten is Vroegsignalering: de coalitie heeft [een handreiking](#) ontwikkeld voor zorg- en welzijnsprofessionals, naasten, mantelzorgers en huishoudelijke hulp. Deze handreiking biedt richtlijnen voor het signaleren van kwetsbaarheid en problemen, evenals suggesties voor de juiste acties op basis van deze signalen. Via OZO-verbindzorg, het communicatieplatform dat in de regio wordt gebruikt, worden deze signalen gedeeld.



Acute zorg: versterken van de keten

De ambitie in de coalitie Acute Zorg is het versterken van de keten acute zorg Rivierland, om kwaliteit en continuïteit van acute zorg te blijven garanderen. Ook bij toenemende (complexiteit van) zorgvragen en toenemende druk op de beschikbare capaciteit. De Coalitie Acute Zorg heeft een opdracht geformuleerd om te komen tot een veranderagenda. De thema's vroegsignalering, versterken juiste zorg op de juiste plek (zorgcoördinatie) en capaciteit op orde vormen de leidraad. In de regio bestaat nog geen 24/7 infrastructuur in de eerste lijn bij een acute gebeurtenis. Er is wel een coördinatiepunt in de regio voor tijdelijk verblijf/WLZ crisiszorg, dat door drie grote VVT-aanbieders is opgezet; dit wordt momenteel uitgebreid naar wijkverpleging. Ook een acuut wijkteam wordt opgezet.

Binnen de coalitie verkennen partners onder andere de mogelijkheden van de inrichting van een spoedplein. De al aanwezige dienstverlening van de SEH, HAP, oproepbare technische verpleging thuis, oproepbare nachtzorg thuis, apotheek, crisisdienst en acute tandheelkunde gaan hierin samenwerken. Daarnaast staan de ontwikkeling van acute wijkzorg en de verbetering stroomlijnen eerstelijnsverblijf op de agenda.

Voorbeeld: Samenwerking Siependaal

Vanaf september 2023 bundelen IrisZorg, Pro Persona en Ziekenhuis Rivierland hun krachten.

Het gezamenlijk zorgaanbod in Siependaal bestaat uit:

- Uitbreiding acute Dagbehandeling
- Een kliniek voor verslavingszorg en psychiatrie
- Samenwerking ambulante zorg (poli- en FACT-teams)
- Crisis Beoordelingskamer (CBK).

Met de samenwerking zorgen we ervoor dat mensen de best passende hulp kunnen krijgen.

Daarnaast hoeven mensen minder ver te reizen, zeker in het geval van acute psychiatrische problemen een belangrijk voordeel. Door fysiek dicht bij elkaar te zitten, kunnen we de inhoudelijke samenwerking goed inrichten en kunnen bewoners van regio Rivierland somatische, psychiatrische en verslavingszorg dichtbij huis krijgen.

Met als groot voordeel een benadering die de kennis en ervaring van meerdere instellingen benut en de snellere en juiste behandeling voor de cliënt.



Coalitie Kwetsbaar Oud Spoed

Eén van de regionale coalities binnen Rivierenland Samen Beter is 'Kwetsbaar Oud Spoed', passend bij de opgaven uit het regiobeeld. Op dit thema werd de wijkkliniek begin 2021 als kansrijk vernieuwend zorgconcept geprioriteerd door de betrokken zorgprofessionals. Dit was aanleiding voor de regio om aan te sluiten als proeftuin bij het Leernetwerk Acute Ouderenzorg in november 2021. Begin 2023 is besloten om dit concept, passend bij de regionale opgaven en context, te verbreden naar een kliniek met als werktitel 'Kliniek Gezondheidszorg voor Ouderen'. De nieuwe afdeling, die vanuit de samenwerking tussen ziekenhuis Rivierenland en VVT-partners en huisartsen wordt opgezet, wordt gezien als een van de stappen in de ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg in de regio: gericht op de brug tussen eerste-tweede-eerste lijn. Als het lukt om deze afdeling goed vorm te geven vanuit deze samenwerking, krijgen ook andere ontwikkelingen op het snijvlak ziekenhuis/thuis en cure/care meer kans; zo is de verwachting.

Voorbeeld: van Wijkkliniek naar Kliniek Gezondheidszorg voor Ouderen

Vanuit de regionale knelpunten, opgaven en innovatieve mogelijkheden hebben de bestuurders van Rivierenland Samen Beter gekozen voor een verbreding van het concept wijkkliniek. Zij willen deze wijkkliniekbedden gaan ontwikkelen in combinatie met klinische geriatriebedden en bedden voor oudere patiënten die 'medisch klaar' zijn maar wachten op vervolgzorg; op één afdeling binnen de muren van het ziekenhuis. Deze afdeling gaat voldoen aan alle fysieke en organisatorische 'kerncomponenten' van de wijkkliniek, zoals een herstelgerichte, prikkelarme omgeving, transmuraal van opzet, integratie van cure-care, etc. (zie figuur 5 in dit rapport) Er is gekozen voor deze variant (in combinatie met geriatriebedden en 'schakelbedden'), omdat er regionaal ook behoefte is aan een geriatrieafdeling in het ziekenhuis en om het concept wijkkliniek exploitabel te maken. Daarbij wil men voorkomen dat de wijkkliniek de doorstroomproblematiek van het ziekenhuis gaat oplossen; daar is de wijkkliniek immers niet voor bedoeld.

Coalitie Regionale Extramuraal Behandeldienst: passende (behandel)zorg thuis

Onder het RSB is een coalitie geformeerd, het 'Regionaal Behandelteam voor Kwetsbare Ouderen'. In samenwerking met Vilans worden de bestaande behandeldiensten in de regio in kaart gebracht waaronder MESO (zie voorbeeld) en het Mobiel Geriatriesch Team. Aandachtspunt in de toekomstige ontwikkeling van de Medisch Generalistische Zorg zijn de toenemende advies- en behandelvragen van huisartsen voor kwetsbare ouderen die thuis wonen, zowel in volume als in complexiteit van zorg- en welzijn vragen. Op basis van de inventarisatie van de huidige situatie en de demografische ontwikkelingen richting 2024 op basis van het Regiobeeld, wordt een advies opgesteld om tot een regionaal dekkend aanbod van behandeldiensten te komen in nauwe samenwerking met paramedische diensten en het sociaal domein. Financiering, de ontwikkeling van de rol van de SO, de taak-functie-differentiatie van zorgprofessionals en het delen van patiëntgegevens zijn voorbeelden van randvoorwaardelijke zaken die om verdere uitwerking vragen.

Voorbeeld: MESO

In september 2020 is in Tiel gestart met het verlenen van MESO-zorg, Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde, vanuit het Eerstelijns Centrum Tiel (ECT). De MESO-praktijk is een samenwerking tussen Stichting Zorgcentra Rivierenland (SO's), Santé Partners (geriatrie verpleegkundigen) en het ECT (secretaresse). De samenwerking tussen huisartsen en SO's bestond met de consultfunctie al in Tiel, maar heeft met de komst van MESO een uitbreiding en verdieping gekregen. Bij de ontwikkeling van het 'Regionaal Behandelteam voor Kwetsbare Ouderen' worden de positieve resultaten van MESO meegenomen.

Verbinden en samenhang: GALA en WOZO

Vanuit de opgaven in de acute ouderenzorg en de brede insteek op het continuüm van preventie tot (na)zorg is niet alleen de inrichting van de zorgketens en -netwerken van belang, maar juist ook de verbinding met andere opgaven. Zoals de verbinding met het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) waarbij gemeenten aan de slag gaan met gezondheid en preventie. Door de toename van het aantal ouderen die zelfstandig wonen zal de druk op de sociale omgeving, waaronder mantelzorg, toenemen. Daarom is inzet op vitaal ouder worden en langer meedoen, door het versterken van de zelfredzaamheid van ouderen van belang. In de actielijn 'Vitaal ouder worden' in het GALA ligt de focus daarnaast ook op een gezond voedingspatroon, bewegen en valpreventie bij ouderen.

Met het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) is een beweging gestart om de ondersteuning en zorg voor ouderen toekomstbestendig te organiseren. De beweging draagt bij aan de transitie om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen. De regiotafel VVT is in samenwerking met woningcorporaties in de regio gestart met een projectmatige aanpak om het huidige vastgoed voor wonen met zorg in kaart te brengen. Voor regio Rivierenland ontwikkelen we een topografische kaart waarin we de gegevens uit het Regiobeeld opnemen en de ontwikkelingen op het gebied van wonen en zorg richting 2024 visualiseren. Op deze wijze kunnen bouwstenen geleverd worden aan de Gemeenten in Rivierenland voor de op te stellen Woonzorgvisie. Inzet van MPT en VPT, wijkgerichte zorg en het ontwikkelen van nieuwe woonzorgvormen die passen bij de colour locale, worden hierin meegenomen.

Uitdaging: continuïteit in de ANW

De medische discontinuïteit van artsen (SO en geriater) in de ANW-diensten vormt een probleem voor de (acute) ouderenzorg in de regio. Dit raakt alle coalities in de (acute) ouderenzorg: van de beschikbaarheid van SO's voor een concept als MESO, de continuïteit in de spoedzorg en de mogelijkheden voor de nieuwe kliniek met als werktitel 'Kliniek Gezondheidszorg voor Ouderen', maar bijvoorbeeld ook voor de GGZ. De klinisch gerieters in ziekenhuis Rivierenland hebben onlangs samenwerkingsafspraken gemaakt met de klinisch gerieters van het Beatrixziekenhuis in Gorinchem, om de ANW-diensten op de spoedeisende hulp voor de geriatrie vóór en mét elkaar te draaien. De specialisten ouderengeneeskunde in de VVT werken op kantoor tijden. Opname op tijdelijk verblijf buiten kantoor uren is beperkt mogelijk (in het weekend), maar de SO ziet de patiënt dan pas op maandag. De coalitie Kwetsbaar Oud Spoed heeft daarom als opdracht te komen tot innovatieve zorgvormen om de spoedzorg in de ANW toekomstbestendig te maken, bijvoorbeeld door meer te gaan werken met VS/PA's. De (financiële) schotten tussen ZvW, Wlz en soms ook Wmo bemoeilijken hierbij ook de innovatieve oplossingen. Het loskomen van (deel)belangen om tot échte transformatie in de acute ouderenzorg te komen, zal een van speerpunten in het IZA Regioplan vormen.



Appèl

De discussie in de media en politiek over wat nodig is in de Acute zorg gaat veelal over hoogcomplexe zorg. Maar de zorgvraag toename zal niet alleen gaan over hoogcomplexe zorg, maar voor een heel groot deel juist over laagcomplexe zorg. Door de enorme toename van kwetsbare ouderen, die vervolgens ook zo lang mogelijk thuis blijven wonen, zal juist de laagcomplexe acute zorg toe gaan nemen. Laagcomplexe zorg zal niet meer in een verpleeghuissetting geboden worden. De VVT zal vooral ook bezig zijn met steeds meer hoogcomplexe zorg thuis. Hoe de laagcomplexe acute zorg wordt ingericht, zeker in de ouderenzorg in de VVT, is een belangrijke vraag. Deze zorg moet zo veel mogelijk lokaal opgevangen worden. Het is nodig om voor deze laagcomplexe zorg de capaciteit te behouden in de regio. Te veel capaciteit inleveren zal ons in de nabije toekomst opbreken. Zoals we ook al hebben gezien in Covidtijd. Kortom: investeer ook (landelijk) in passende kaders en randvoorwaarden, zodat er binnen de regio's ruimte is voor passende oplossingen.

VOORBEELD REGIO TWENTE

De Regio

De regio Twente ligt in het oosten van Nederland en bestaat uit veertien gemeenten. De regio heeft 633.917 inwoners (2022) en kent een stad- en plattelandsomgeving: 50 procent van de inwoners woont in de drie grote steden (Enschede, Hengelo en Almelo). De regio overlapt volledig met de zorgkantoorregio en grotendeels met de ROAZ-regio (Euregio). Twente kenmerkt zich door het zogenaamde noaberschap, “ons kent ons” en behulpzaamheid. De meeste mensen in Twente hebben sterke familiebanden en persoonlijk contact met andere mensen in hun directe omgeving.

Twente staat, net als de rest van Nederland, de komende jaren een sterke vergrijzing te wachten. Er wordt daarbij een oplopend tekort aan personeel binnen de Twentse sector zorg en welzijn verwacht. Daarnaast is het aannemelijk dat 21% van de praktijkhoudende huisartsen binnen 6 jaar stopt. Ook is er een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde dat naar verwachting verder oploopt. Ten slotte is er een sterke daling te verwachten van het aantal mensen dat in de toekomst mantelzorg kan verlenen.

Regionale samenwerking, visie en speerpunten

Twente kent een regiovisie ‘Twente Beter’, met als ambitie *“Komen tot meer kwaliteit van leven voor en door de Twentenaar, door verdergaande samenwerking tussen burgers, zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, verzekeraars, zorgkantoor en alle 14 gemeenten”*. Het leidmotief daarbij is: *“Van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag”*. De regiovisie concentreert zich op vijf doelgroepen met betrekking tot het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek (pijlers): kwetsbare burgers met gezondheidsrisico’s, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, ouderen met een acute zorgvraag en psychisch kwetsbaren.

Er bestaan binnen de regio al vele projecten, programma’s, platforms, coalities en netwerken. Deze worden allen ingezet voor transformatieopdrachten voortkomend uit landelijke akkoorden. Het doel binnen de regiovisie is dan ook niet om iets nieuws op te zetten, maar om meer gedaan te krijgen met hetgeen dat al bestaat. In de regiovisie wordt beschreven dat de sleutel hiervoor ligt binnen bestuurlijk leiderschap en het hebben van een gezamenlijke agenda, waarin duidelijk is wat de prioriteiten zijn en waar deze opgepakt worden. Er werd namelijk geconstateerd dat het hebben van *“duizend bloeiende bloemen”* niet tot het gewenste resultaat leidde. Daarom heeft er een herstructurering plaatsgevonden naar de huidige pijlers en stuurgroepen.

Preventieve en proactieve ouderenzorg

In Twente zijn diverse ontwikkelingen gaande op het gebied van preventieve en proactieve ouderenzorg. Op dit thema wordt steeds meer samengewerkt met Twentse Koers, een samenwerkingsverband van de veertien Twentse gemeenten. Door vanuit het sociale domein in te zetten op preventie en vroegsignalering bij ouderen, door de zorg en hulp in de wijk proactief met en rond de ouderen te organiseren, wordt de weerbaarheid van deze groep verhoogd.

Er zijn in Twente verschillende regionale netwerken voor organisaties en zorgprofessionals met specifieke deskundigheid op het gebied van dementie (Dementie Twente), Parkinson (ParkinsonNet) en palliatieve zorg (Palliatief netwerk Twente). Zo is de missie van Dementie Twente om de kwaliteit van mensen met dementie in hun omgeving te verhogen. Om dit te bereiken zijn er twee ketenregisseurs werkzaam om (meer dan 40) organisaties binnen het netwerk met elkaar te verbinden. Deze organisaties werken binnen het netwerk ook samen om de Zorgstandaard Dementie te implementeren en de capaciteit van casemanagement in de regio te borgen.

Op de medische as wordt in Twente samengewerkt doordat SO's (en GZ-psychologen) van VVT-organisaties consulten voor huisartsen bieden en deelnemen aan MDO's die georganiseerd zijn vanuit de huisartsenpraktijk. Daarnaast kunnen huisartsen een eenmalig consult van de medisch specialist in het MST en ZGT vragen bij twijfel of een patiënt moet worden verwezen naar het ziekenhuis. Hierdoor worden onnodige doorverwijzingen voorkomen. Tot slot is er recent in Twente een regionaal kader Samen Beslissen opgeleverd. Vanuit dit kader zal toegewerkt worden aan de implementatie van regionale (proces)afspraken over Samen Beslissen / Advance Care Planning.

Zorg voor Morgen en het landelijk Leernetwerk Acute Ouderenzorg

In Twente zijn er twee uitvoeringstafels: Samenwerken aan Waarde (SWAW) vanuit het MST-adherentiegebied en Zorg voor Morgen vanuit het ZGT-adherentiegebied. Deze twee uitvoeringstafels werken steeds meer samen. Een mooi voorbeeld is het regionaal kader Samen Beslissen / ACP dat onder regie van SWAW tot stand is gekomen en ook door Zorg voor Morgen wordt omarmd.

De uitvoeringstafel Zorg voor Morgen is aangesloten bij het landelijk Leernetwerk Acute Ouderenzorg. In Zorg voor Morgen zijn Ziekenhuisgroep Twente (ZGT), Huisartsenzorg Twente (HZT), ZorgAccent, TriviumMeulenbeltZorg, Carintreggeland en Menzis vertegenwoordigd. Zorg voor Morgen heeft de focus op chronisch zieken, netwerkzorg en ouderen. Binnen het thema ouderen is het de ambitie om onnodige bezoeken aan de SEH en klinische opnames zo veel mogelijk te beperken. Men wil dit realiseren door het inregelen van de juiste opname- en doorstroomcapaciteit (in ziekenhuizen, kortdurend verblijf in de eerste lijn en in de wijk). Daarnaast wil men werken aan regionale zorgcoördinatie, 24-uurs triage en vroegsignalering en preventie bij ouderen.

Binnen het thema Ouderen van Zorg voor Morgen werd de wijkkliniek als kansrijk vernieuwend zorgconcept geopperd. Dit was aanleiding voor de regio om aan te sluiten als proeftuin bij het leernetwerk acute ouderenzorg in november 2021 om te leren van de andere regio's. Het concept wijkkliniek was op dat moment nog niet als prioriteit vastgesteld. Er bleek in eerste instantie behoefte te zijn aan een juiste inventarisatie van knelpunten en kansen in de ouderenzorg om vanuit daar mogelijke oplossingsrichtingen vast te stellen en te prioriteren. Er is daarom, voor het adherentiegebied van dit samenwerkingsverband, een probleemanalyse per bouwsteen van de acute ouderenzorg uitgevoerd. Vanuit deze analyse vindt gezamenlijk de prioritering van projecten plaats. Tegelijkertijd met het maken en bespreken van de probleemanalyse zijn er wel twee pilots opgestart en is er ook voor gekozen om aan te sluiten bij de proeftuinen Vernieuwing ELV van het Leernetwerk Acute Ouderenzorg.

24-Uurs infrastructuur in de eerste lijn bij acute gebeurtenis ZGT-adherentiegebied

In de regio bestaat geen centraal georganiseerde 24-uurs infrastructuur in de eerste lijn.

In het ZGT-adherentiegebied wordt met Alerta gewerkt dat al sinds 1995 als meld- en zorgcentrale voor meerdere zorgorganisaties (onder andere CarintReggeland, TriviumMeulenbeltZorg, ZorgAccent en Zorggroep Sint Maarten) fungeert. De meldzorg centrale is 24 uur per dag bereikbaar voor professionele verpleegkundige ondersteuning en de juiste opvolging bij personenalarmering. Alerta biedt medicatiebegeleiding en -controle op afstand en een veilige oplossing om als zorgverlener (tijdelijk) toegang te krijgen tot een woning van een bewoner.

Alerta vervult de coördinatiefunctie voor ELV, GR en Wlz-crisis. Alerta is voor Wlz-crisisopnames 24 uur per dag beschikbaar en voor andere opnames tussen 07:00 en 23:00. In de ANW-uren is er een spoedbed op afdeling 'de Horst' beschikbaar in het ziekenhuis waar de VVT de zorg levert voor acute eerstelijnsopname.

In het ZGT-adherentiegebied is ook Thoez Twente te vinden. Thoez Twente is een coöperatie opgericht door Carintreggeland, Zorgaccent, TriviumMeulenbeltzorg en ZGT. Thoez verzorgt de professionele opvolging van de personenalarmering in de nacht in de wijk, noodzakelijke nachtzorg, medisch technisch handelen, injectieservice en verpleegtechnische handelingen. Thoez kan worden ingezet door de huisarts, medisch specialist, kortdurend verblijf en door Alerta. Ook cliënten van andere VVT-organisaties kunnen noodzakelijke nachtzorg in de wijk ontvangen van Thoez.

ZGT ziekenhuisopname

In Twente heeft Ziekenhuis ZGT heeft een geriatrische verpleegafdeling en in 2009 is het Centrum voor Geriatrische Traumatologie (als eerste in Europa) geopend. Dit centrum heeft een multidisciplinair zorgpad voor oudere patiënten met een heupfractuur ontwikkeld en geïmplementeerd. Voor de traumachirurgische nabehandeling is er de multidisciplinaire 'osteo-fysio-traumapoli', waarbij de focus ligt op preventie en functiebehoud. ZGT Almelo heeft acht gerieters in dienst (september 2023). De geriatricie is goed ingebed in het ziekenhuis en laagdrempelig beschikbaar. Ze zijn betrokken bij de kwetsbare oudere patiënt, ook als deze bij een ander specialisme is opgenomen. Er zijn plannen om kwetsbare patiënten meteen op de SEH goed in kaart te brengen, om verdere complicaties te voorkomen en de doorstroming van kwetsbare ouderen zo soepel en passend mogelijk te laten verlopen.

Revalidatie en herstellzorg in het ZGT-adherentiegebied

In april 2023 is door de partijen van Zorg voor Morgen gestart met een 'flexibele bedden' pilot. Dit betekent dat de huisarts de mogelijkheid heeft om patiënten sneller en dichtbij op te kunnen nemen op een ELV-bed. Afstemming over de plaatsing is lokaal waardoor er geen tijd verloren gaat door centrale aansturing. De huisarts wordt ontlast omdat de huisarts niet meer hoeft te zoeken naar een passend en beschikbaar bed in de regio. Geplaatste patiënten hebben veelal een ELV-laag indicatie. Interessant om ook te onderzoeken is of door de inzet van deze flexibele bedden een (complexere) acute zorgvraag van de oudere in de toekomst kan worden voorkomen.

Als proeftuin Vernieuwing ELV gaat Zorg voor Morgen aan de slag met een ketenimpactanalyse. Het doel van deze analyse is om inzicht te krijgen in de effecten van flexibele bedden versus gelabelde bedden, en het centraal of decentraal aanbieden van deze bedden. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de ELV-laag bedden, waar de huisarts eindverantwoordelijke is en de ELV-hoog bedden, waar de specialist ouderengeneeskunde de eindverantwoordelijkheid draagt. Afhankelijk van de uitkomst van de ketenimpactanalyse worden vervolgpunten gemaakt.

