



VERNIEUWING VAN DE ACUTE OUDERENZORG

Handvatten voor de regionale ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg;
Een kennissynthese van de onderzoekslijn Acute Ouderenzorg Amsterdam
UMC en het Leernetwerk Acute Ouderenzorg

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

Drs. Eline Kroeze, PhD-onderzoeker acute ouderenzorg, coördinator proeftuinen wijkkliniek¹

Drs. Gercora Hoitinga, SEH/CCU-verpleegkundige AUMC, PhD-onderzoeker acute ouderenzorg¹

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

Prof. dr. Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg¹

¹Afdeling Ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC

VOORWOORD

In 2018 opende de WijkKliniek in Amsterdam-Zuidoost haar deuren. De WijkKliniek is een innovatief zorgconcept, ontwikkeld door Amsterdam UMC, Cordaan en Zilveren Kruis. Jaarlijks worden in de WijkKliniek zo'n 700 kwetsbare ouderen met acute medische problemen opgevangen, die normaliter behandeld zouden worden in het ziekenhuis. In de WijkKliniek krijgen zij persoonsgerichte behandeling en zorg, afgestemd op hun zorgbehoeften. Behalve op behandeling van de acute ziekte, ligt de nadruk op participatie, functiebehoud en een goede terugkeer naar huis, met als doel dat patiënten thuis weer de activiteiten kunnen uitvoeren die voor hen van belang zijn. In de WijkKliniek wordt de 'cure' dus geïntegreerd met de 'care'. De eerste uitkomsten zijn veelbelovend; patiënten zijn positief en prefereren een opname in de WijkKliniek boven een opname in het ziekenhuis. Ook zien we een vermindering van het aantal ziekenhuisheropnamen. De WijkKliniek biedt bovendien een nieuw ontwikkelperspectief voor zorgprofessionals, door medisch-specialistische zorg en zorg gericht op functiebehoud te integreren.

Om te onderzoeken hoe de WijkKliniek ook in een andere context succesvol kan worden opgezet, zijn eind 2021 acht regionale samenwerkingsverbanden of 'proeftuinen' gestart met de ontwikkeling van een wijkkliniek voor acute ouderenzorg in de eigen regio. Deze proeftuinen, die samen met de WijkKliniek in Amsterdam het Leernetwerk Acute Ouderenzorg hebben gevormd, laten zich inspireren door de vernieuwingen die zich op het gebied van acute ouderenzorg voordoen in de WijkKliniek. Daarnaast leren de proeftuinen van en met elkaar. Dit blijkt een vruchtbare aanpak; het leernetwerk heeft zich inmiddels ontwikkeld tot een ondernemend netwerk, gericht op het doorvoeren van passende zorgvernieuwingen in de praktijk. Op diverse niveaus wisselen betrokken bestuurders, zorgprofessionals, regionale projectleiders, zorgverzekeraars en beleidsmakers actief informatie uit, zowel over de inhoud als over de organisatorische randvoorwaarden voor deze zorgvernieuwingen. Ook andere proeftuinen, die vanuit een leernetwerk samenwerken aan de doorontwikkeling van ambulante geriatrische revalidatie, de vernieuwing van het eerstelijnsverblijf, de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn en de verbetering van de zorg voor thuiswonende parkinsonpatiënten, hebben zich inmiddels bij het Leernetwerk Acute Ouderenzorg aangesloten. Momenteel werken vanuit het leernetwerk meer dan 40 proeftuinen, verspreid over heel Nederland, aan een fundamentele vernieuwing van de acute ouderenzorg, samen met onderzoekers van Amsterdam UMC, Maastricht University, het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en het Radboudumc. In de bijlage van dit rapport is een overzicht van de proeftuinen opgenomen. De projecten binnen het leernetwerk ontvangen subsidies van ZonMw, vanuit het programma Beter Thuis, en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

In dit rapport wordt de kennis gedeeld die is opgedaan binnen de Onderzoekslijn Acute Ouderenzorg, met als doel om zorgorganisaties en gemeenten concrete handvatten te bieden bij de regionale ontwikkeling van acute ouderenzorg. Ook worden de ervaringen met de proeftuinen binnen het Leernetwerk Acute Ouderenzorg beschreven. Onze dank gaat uit naar de diverse partijen die, door hun actieve bijdrage en/of het delen van ervaringen, hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport. We hopen dat dit rapport zorgprofessionals, managers, bestuurders, projectleiders, beleidsmakers en zorgverzekeraars inspireert bij de verdere ontwikkeling en vernieuwing van de acute ouderenzorg in de diverse regio's.

INHOUDSOPGAVE

Afkortingen	4
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
<i>Aanleiding voor dit rapport</i>	7
<i>Leeswijzer</i>	8
2 Ouderen en acute zorg	9
<i>Casus</i>	9
<i>De impact van de vergrijzing op de acute zorg</i>	9
<i>Het ontstaan van acute zorgvragen bij ouderen</i>	10
<i>Impact van SEH-bezoek en ziekenhuisopname op ouderen</i>	12
<i>Het voorkómen van acute zorgvragen bij ouderen</i>	14
3 Acute ouderenzorg per fase in de patiëntreis	16
<i>Generieke uitgangspunten acute ouderenzorg</i>	16
<i>De patiëntreis van de oudere in de acute zorg</i>	18
<i>Vernieuwingen in de acute ouderenzorg per fase in de patiëntreis</i>	19
<i>Fase 1. Kwetsbare situatie: preventieve en proactieve zorg thuis</i>	19
<i>Fase 2. Vierentwintig uren infrastructuur in de eerste lijn bij een acute gebeurtenis</i>	25
<i>Fase 3. SEH-bezoek en ziekenhuisopname – passende ziekenhuiszorg</i>	39
<i>Fase 4. Herstel en nazorg: begeleide overgang naar huis</i>	43
<i>Regionale zorgcoördinatie</i>	49
4 Beschouwing	51
5 Conclusies	54
Referenties	56
Bijlagen	63
<i>Beschrijving van de ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg in drie regionale proeftuinen wijkkliniek</i>	63
<i>Voorbeeld 1 - MooiMaasvallei</i>	63
<i>Voorbeeld 2 - regio Rivierenland</i>	68
<i>Voorbeeld 3 - regio Twente</i>	74
<i>Overzicht proeftuinen Leernetwerk Acute Ouderenzorg</i>	77

AFKORTINGEN

ADL-zorg	Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen in de zorg
ANW	Avond Nacht Weekend
CGA	Compleet Geriatrisch Assessment
ELV	Eerstelijnsverblijf (LC: laagcomplex, HC: hoogcomplex)
GR	Geriatrische revalidatie
GZSP	Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen
HAP	Huisartsenpost
IG	Individuele Gezondheidszorg
IZA	Integraal Zorgakkoord
MESO	Multidisciplinair Eerstelijnszorg met een Specialist Ouderengeneeskunde
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PA	Physician Assistant
POH-O	Praktijkondersteuner ouderen
SEH	Spoedeisende hulp
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
VS	Verpleegkundig Specialist
VVT	Verpleeg- Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport
WLZ	Wet langdurige zorg
ZvW	Zorgverzekeringswet

SAMENVATTING

Het borgen van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de acute zorg in de regio is één van de belangrijke opgaven in de werkagenda van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Door de dubbele vergrijzing en toenemende schaarste aan zorgmedewerkers zal het acute zorglandschap binnen enkele jaren ingrijpend moeten transformeren om de zorg toekomstbestendig te maken. De hoogcomplexe acute zorg wordt verder geconcentreerd en de - zogenoemde - laagcomplexe acute zorg zal vooral regionaal moeten worden opgepakt. De grootste zorgvraag binnen deze laatste groep ligt bij ouderen met een kwetsbare gezondheid. Op basis van voorgaand onderzoek weten we dat deze ouderen vaak al langer bestaande klachten hebben voordat zij met spoedzorg te maken krijgen. Door een kleine ontregeling escaleert de problematiek en ontstaat een crisissituatie. Deze kwetsbare ouderen presenteren zich vervolgens met atypische ziektesymptomen en multifocale geriatrische problematiek op de SEH, waardoor zij een complexe doelgroep zijn voor artsen en verpleegkundigen in de spoedzorg en veel tijd vragen van het zorgpersoneel. Onderzoek toont aan dat zowel de zorg als nazorg in een dergelijke acute situatie vaak niet aansluit bij de verwachtingen en zorgbehoeften van deze ouderen, en doorgaans onvoldoende gericht is op het behoud of herstel van functioneren. Veel van deze kwetsbare ouderen ervaren hierdoor een verdere afname in het functioneren en komen terecht in een neerwaartse spiraal, met nieuwe crisissituaties en spoedvragen tot gevolg.

Het terugdringen van het aantal ouderen op de SEH is één van de geformuleerde doelstellingen in het IZA. Voor de meeste zorgorganisaties en gemeenten is het niet duidelijk hoe deze doelstelling kan worden bereikt. Er zijn vele innovatieve voorbeelden voorhanden, maar deze bieden slechts voor een deel van de transformatieopgave een oplossing. In dit rapport hebben wij daarom de kennis over deze innovatieve voorbeelden, uit zowel de praktijk als de wetenschap, gebundeld. De kennis uit de praktijk hebben we opgedaan met de proeftuinen die participeren in het Leernetwerk Acute Ouderenzorg. De wetenschappelijk kennis hebben we vergaard met onze Onderzoekslijn Acute Ouderenzorg en ander wetenschappelijk onderzoek.

Met de gebundelde kennis in dit rapport bieden we samenwerkende partners in de regio concrete handvatten om de acute zorg voor ouderen integraal te organiseren, volgens de principes van passende zorg. Aan de hand van de patiëntreis van de oudere in de acute zorg presenteren we de benodigde vernieuwingen in een model met vier bouwstenen, en beschrijven we hoe deze in samenhang kunnen worden geïmplementeerd in de regio (Figuur 1). In dit model zijn bewust ook de pre- en post-acute fase meegenomen, omdat juist deze fasen belangrijk zijn voor een fundamentele vernieuwing van de acute zorg voor ouderen.

Om acute zorgvragen bij ouderen zo veel mogelijk te voorkómen en thuis of dicht bij huis te kunnen opvangen, dient een maatschappelijke en professionele cultuuromslag plaats te vinden en een 24-uurs infrastructuur in de eerste lijn te worden gecreëerd. Dit vraagt om een andere inzet van zorgprofessionals, een nieuwe, explicietere rol van ouderenzorgorganisaties in de acute zorg, en een verdergaande samenwerking tussen de ouderenzorg, wijkzorg, huisartsen(posten), ambulancezorg en ziekenhuizen. Door integrale samenwerking tussen deze eerste- en tweedelijnsorganisaties kan onder andere een geriatrisch wijkteam acute zorg worden ontwikkeld dat acute (ziekenhuis)zorg thuis biedt. Ook kan een regionale wijkkliniek - in combinatie met een bredere herstelkliniek - worden opgezet, die passende acute ziekenhuiszorg en andere vormen van tijdelijke, functionele behandeling en herstelgerichte zorg dichtbij huis biedt aan ouderen met een kwetsbare gezondheid.

Om dergelijke vernieuwingen te kunnen ontwikkelen zijn ook aanpassingen in de randvoorwaarden nodig. De huidige kwaliteits-, toetsings- en toezichtkaders volstaan immers niet meer bij deze integrale zorgvormen. Ook eenvoudige, toereikende en sectoroverstijgende financiering is een belangrijke voorwaarde om deze 24-uurs infrastructuur tot stand te brengen. Daarbij is een adaptief en responsief proces richting integrale bekostiging wenselijk, omdat juist de samenhang tussen de verschillende vernieuwingen in de acute ouderenzorg zo belangrijk is. Wanneer het oude denken en organiseren in zorgproducten, pilots en projecten wordt losgelaten, creëert dit ruimte voor continue en samenhangende zorgvernieuwing, en voor integrale, sectoroverstijgende samenwerking tussen regiopartners. Hierdoor kan de bestuurlijke- en projectmatige drukte worden verminderd en ontstaat tijd én financiële ruimte voor permanente ontwikkeling in en op basis van de praktijk. De ervaringen in het Leernetwerk Acute Ouderenzorg laten zien dat de behoefte daartoe groot is.



Figuur 1. Overzicht van de belangrijkste vernieuwingen voor de regionale ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg, samengevat in het model met de patiëntreis en de vier bouwstenen.

1. INLEIDING

AANLEIDING VOOR DIT RAPPORT

Door de vergrijzing, druk op de arbeidsmarkt en stijgende zorguitgaven staan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in toenemende mate onder druk.¹ Dit is dagelijks voelbaar. Er is in beperkte mate plek om patiënten 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.²⁻⁵

Eind 2020 publiceerden Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) daarom het advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'.⁶ 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, en het aanvaarden van afnemende vitaliteit en het begeleiden van waardig sterven.

Passende zorg is een van de leidende principes binnen het 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.⁷ 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.

Eén van de belangrijke opgaven in de werkagenda van het IZA is het borgen van toegankelijke en kwalitatieve acute zorg in de regio. De in-, door- en uitstroom van patiënten binnen de keten moet beter worden gestroomlijnd, de juiste acute zorg moet op de juiste plek en het juiste moment worden geleverd, en er zijn inspanningen nodig om zwaardere acute zorgvragen waar mogelijk te voorkomen. Dat lukt niet door enkel de focus op acute zorg te richten, maar vraagt ook aandacht voor de pre- en de post-acute fase. Volgens het IZA zal bij deze transformaties bovendien rekening moeten worden gehouden met de schaarsheid van personeel en een doelmatige inzet van dure faciliteiten. Voor zorgorganisaties en gemeenten is het een complexe opgave om aan deze transformaties concreet vorm te geven. Kleinere ziekenhuizen zijn huiverig voor het moeten sluiten van de SEH en vinden de concentratie van acute zorg geen panacee voor de kwaliteit of doelmatigheid van de SEH.⁸ Recente berichten uit Zuidoost-Groningen en Drenthe - de eerste regio in Nederland waar een grootschalige concentratie van acute zorg is doorgevoerd -, laten zien dat bovenregionale concentratie van acute zorg niet per se voordelig is, maar juist tot versnippering van de zorg en kwaliteitsverlies kan leiden.⁹

Het debat over de optimalisatie van acute zorg in de media gaat vooral over concentratie van de (hoog)complexe acute zorg.¹⁰ De zogenoemde laagcomplexe acute zorg moet vooral regionaal worden opgepakt en vraagt om nieuwe vormen van (differentiatie in de) acute zorg. De grootste zorgvraag heeft betrekking op ouderen met een kwetsbare gezondheid. Bij deze groep gaat het vaak om ongedifferentieerde spoedzorgvragen, die veel tijd vragen op de SEH.¹¹ Als gevolg van atypische ziektepresentatie en de aanwezigheid van een of meerdere (onderliggende) chronische aandoeningen en/of geriatrische problematiek, is het in de praktijk niet eenvoudig om op een passende wijze acute zorg te bieden aan deze doelgroep.^{11,12} De SEH en het ziekenhuis zijn voor deze ouderen vaak niet de juiste omgeving en acute zorgprofessionals zijn meestal niet opgeleid voor multifocale zorg aan kwetsbare ouderen.

Bovendien verloopt de doorstroom naar voorzieningen zoals het eerstelijnsverblijf (ELV) vanaf de SEH in veel regio's moeizaam.¹³ Het terugdringen van het aantal ouderen op de SEH is daarom een van de doelstellingen geformuleerd in het IZA.⁷ Voor de meeste zorgorganisaties en gemeenten is het echter niet duidelijk hoe deze doelstelling kan worden behaald en hoe de acute zorg voor ouderen integraal kan worden georganiseerd in de regio.

Met dit rapport bieden we bestuurders, beleidsmedewerkers en zorg- en welzijnsprofessionals van zorgorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars, concrete handvatten om de acute zorg voor ouderen integraal en in samenhang te organiseren in de regio, volgens de principes van passende zorg. We beschrijven welke vernieuwingen bijdragen aan integrale acute ouderenzorg en hoe deze in samenhang kunnen worden geïmplementeerd. Dit doen we aan de hand van een patiëntreis van de kwetsbare, thuiswonende oudere, waarin naast de acute fase ook de pre- en post-acute fase zijn opgenomen. Voor de beschrijving van de vernieuwingen hebben we de kennis die is opgedaan binnen onze onderzoekslijn samengevoegd met kennis uit ander wetenschappelijk onderzoek en de praktijkervaring met de proeftuinen binnen het Leernetwerk Acute Ouderenzorg. Op basis hiervan hebben we een model ontwikkeld met vier kwadranten, de vier bouwstenen acute ouderenzorg. Dit model geeft een gestructureerd en samenhangend overzicht van de benodigde vernieuwingen.

Leeswijzer

In dit rapport beschrijven we in **Hoofdstuk 2** eerst de relatie tussen **ouderen en acute zorg**. We beschrijven de impact van de vergijzing op de acute zorg, en de impact die acute zorg (zoals SEH-bezoek of ziekenhuisopname) op ouderen heeft. Ook zoomen we in op het ontstaan van acute zorgvragen bij ouderen, en op welke acute zorgvragen potentieel kunnen worden voorkomen.

Vervolgens leggen we in **Hoofdstuk 3** uit waarom en hoe de acute zorg voor ouderen anders kan worden ingericht en welke winst hiermee te behalen is. We beschrijven eerst de **uitgangspunten** die centraal staan in de acute ouderenzorg, volgens de principes van passende zorg. Vervolgens lichten we de **vier fasen van de patiëntreis acute ouderenzorg** toe. Aan de hand van deze patiëntreis geven we een **overzicht van de belangrijkste vernieuwingen** die bijdragen aan de regionale ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg. We doen dit op basis van kennis uit wetenschappelijke studies en ervaringen van proeftuinen binnen het leernetwerk en andere regio's die op deze thema's in de praktijk vooroplopen. De focus ligt hierbij op vernieuwingen die bijdragen aan het voorkómen of het dichtbij huis oplossen van crises en daarmee aan het verminderen van SEH-(her)bezoek en ziekenhuis(her)opnamen van ouderen. Ook wordt benadrukt wat nodig is om een vloeiende overgang tussen de vier fasen mogelijk te maken.

In **Hoofdstuk 4** bespreken we **hoe de acute ouderenzorg verder ontwikkeld kan worden** en welke **randvoorwaarden** hierbij nodig zijn.

Tot slot vatten we in **hoofdstuk 5** de geleerde lessen en **conclusies** samen.

In de **bijlage** van dit rapport beschrijven we de **ontwikkelingen die plaatsvinden in drie proeftuinregio's** binnen het Leernetwerk Acute Ouderenzorg. Deze beschrijvingen dienen als voorbeeld van hoe de acute ouderenzorg - vanuit het model met de patiëntreis en de vier bouwstenen - in samenhang vormgegeven kan worden in de eigen regio.

2. OUDEREN EN ACUTE ZORG

Casus

Mevrouw Pieters is 92 jaar, heeft cognitieve problemen en loopt slecht. Ze woont zelfstandig en het gaat allemaal maar net. Haar dochter woont een uur bij haar vandaan. Ze krijgt een longontsteking en het innemen van medicatie gaat niet goed. Een paar dagen kwakelt mevrouw Pieters, tot ze op een avond erg benauwd wordt. Haar dochter belt 112 en het ambulancepersoneel besluit mevrouw mee te nemen naar het ziekenhuis voor verdere diagnostiek, waar besloten wordt haar op te nemen. Daar krijgt mevrouw Pieters een delier, waardoor ze veel op bed ligt en slecht eet. Na tien dagen wordt mevrouw uit het ziekenhuis ontslagen en gaat ze naar huis. Ze is verzwakt, kan moeilijk lopen, voelt zich onzeker en is extreem vermoeid. Binnen twee weken wordt ze heropgenomen met opnieuw een longontsteking. De vraag is of de eerste ziekenhuisopname niet had kunnen worden tegengehouden door eerder in de thuissituatie te interveniëren. Met adequaat medicatiegebruik en uitbreiding van zorg thuis had verslechtering van de situatie en een ziekenhuis(her)opname wellicht voorkomen kunnen worden.

Op dit moment telt Nederland ruim 3,6 miljoen inwoners van 65 jaar of ouder en bijna 873.000 80-plussers.¹⁴ Nederland vergrijsst: de leeftijdsopbouw van de bevolking verandert, waarbij het aandeel oudere leeftijdsgroepen stijgt. Hierdoor neemt de gemiddelde leeftijd van de bevolking toe. In 2022 was de grijze druk 34%: op elke 65-plusser waren 3 mensen in de werkzame leeftijd (20 tot 65 jaar). De komende jaren zal dit percentage toenemen tot bijna 50%. De verwachting is dat er in 2030 ruim 2 miljoen ouderen van 75 jaar of ouder zijn (12% van de bevolking). In 2018 bedroeg dit aantal circa 1,4 miljoen (8% van de Nederlandse bevolking). Binnen de groep ouderen zal ook het aantal 85-plussers flink groeien, van circa 375.000 in 2018 naar bijna 560.000 in 2030.¹⁵ Door deze dubbele vergrijzing zal het aantal mensen met ouderdomsziekten zoals artrose, gezichts- en gehoorstoornissen, de ziekte van Parkinson en dementie fors toenemen. Vooral dementie veroorzaakt veel ziektelast en heeft een grote impact, zowel op het leven van de patiënt als op zijn omgeving. Het aantal mensen met dementie zal naar verwachting verdubbelen, van 154.000 in 2015 naar 330.000 in 2040.¹⁶⁻¹⁸

DE IMPACT VAN DE VERGRIJZING OP DE ACUTE ZORG

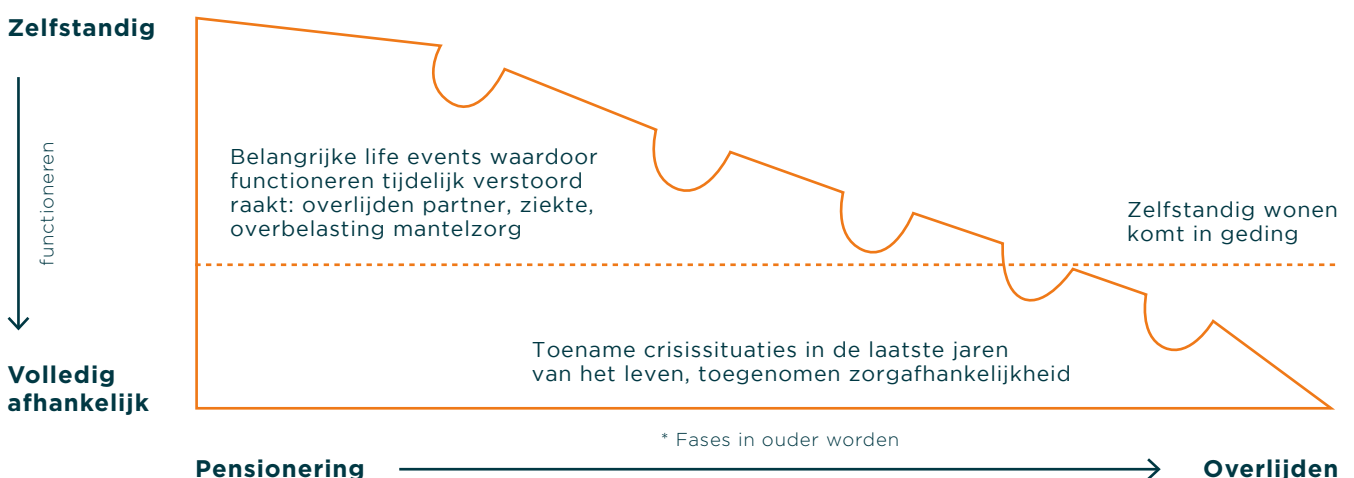
De vergrijzing en veranderingen in het zorgstelsel gericht op langer thuis wonen hebben een grote impact op de acute zorg.¹⁹ Ouderen maken ten opzichte van andere leeftijdsgroepen relatief veel gebruik van huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren.²⁰ Ook bezoeken ouderen ten opzichte van andere leeftijdsgroepen vaker de SEH.²⁰⁻²² In 2019 bezochten 509.801 ouderen (van 70 jaar of ouder) de SEH eenmalig of meerdere keren, resulterend in een totaal van 730.358 SEH-bezoeken door deze groep. Hoewel het totaal aantal SEH-bezoeken sinds 2016 afneemt, is er een stijgende trend waarneembaar van het aantal ouderen dat de SEH bezoekt. Deze trend loopt parallel met de toename van het percentage ouderen binnen de totale Nederlandse bevolking.²³ Door de dubbele vergrijzing en de hiermee gepaard gaande stijging in (multi)morbiditeit, wordt in de komende jaren een forse toename verwacht in het aantal absolute SEH-bezoeken van ouderen met complexe problematiek.

Meer dan 40% van alle 65-plussers en meer dan 50% van alle 75-plussers die de SEH bezoeken, wordt opgenomen in het ziekenhuis.²⁰ Gemiddeld liggen deze patiënten 7 dagen in het ziekenhuis. Het grootste deel van de ouderen keert na ziekenhuisopname terug naar huis (met of zonder wijkverpleging). Een deel van de ouderen heeft na de ziekenhuisopname nog herstell zorg nodig en stroomt door naar de geriatrische revalidatie (GR), ELV of naar langdurige intramurale zorg (WLZ) in het geval teruggaan naar huis geen optie meer is.²⁰

HET ONTSTAAN VAN ACUTE ZORGVRAGEN BIJ OUDEREN

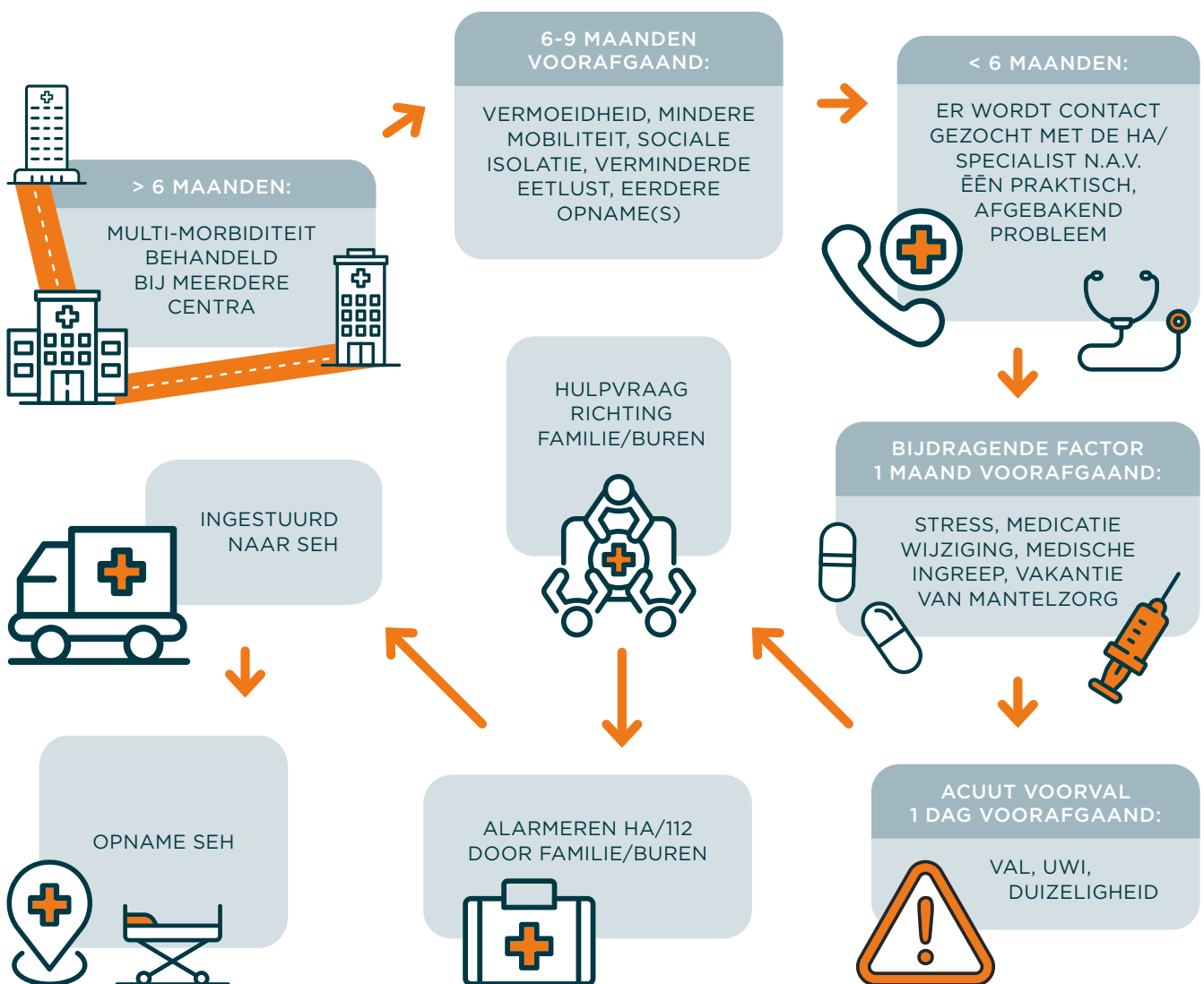
Niet alle ouderen hebben een even groot risico op het ontstaan van acute zorgvragen (Figuur 2). Het risico op SEH-bezoek en ziekenhuiszorg is het hoogst bij thuiswonende ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid. Zo bezoekt ongeveer 30% van alle 65-plussers die wijkverpleging krijgt de SEH minstens één keer per jaar (niet sterk toenemend met de leeftijd); bij zelfstandig wonende ouderen zonder wijkverpleging is dit 9% tot 24% (wel sterk toenemend met de leeftijd).²⁴

Kwetsbaarheid kan zich op allerlei manieren uiten. Doorgaans worden vier domeinen onderscheiden waarop ouderen kwetsbaar kunnen zijn: fysiek (belemmeringen in het fysieke functioneren door bijvoorbeeld gewichtsverlies, evenwichtsproblemen en vermoeidheid), cognitief (belemmeringen in cognitie zoals geheugen en flexibiliteit), sociaal (belemmeringen door eenzaamheid of verlies van sociale steun) en psychisch (belemmeringen door psychische aandoeningen zoals depressie).²⁵ Bij kwetsbare ouderen is vaak sprake van multidomeinproblematiek, dus problemen op meerdere van bovengenoemde domeinen. Het kan echter ook voorkomen dat er meerdere problemen zijn binnen één van de domeinen. Kwetsbare ouderen hebben door deze problemen vaak moeite om de regie over hun leven te voeren. In 2020 was meer dan een kwart (27%) van alle thuiswonende 65-plussers kwetsbaar.²⁶ Doordat ouderen steeds langer thuis wonen, neemt dit percentage in de komende jaren verder toe.²⁷



Figuur 2. Overgenomen van Buurman B et al.¹² Door belangrijke life events kan het functioneren verstoord raken en de kwetsbaarheid toenemen. Kwetsbaarheid vergroot het risico op een crisissituatie, en een crisissituatie leidt vaak weer tot een verdere verslechtering in het functioneren en een toename van zorgafhankelijkheid.

Om meer zicht te krijgen in het traject dat leidt tot een SEH-bezoek of ziekenhuisopname bij ouderen, werd binnen onze onderzoeklijn een kwalitatieve studie met interviews uitgevoerd onder alleenstaande, kwetsbare ouderen die gezien werden op de SEH van Amsterdam UMC (locatie AMC).²⁸ Uit deze studie blijkt dat deze groep ouderen naar de SEH gaat voor symptomen die al langere tijd, dat wil zeggen weken tot maanden, bestaan. Verschillende factoren, waaronder (kleine) wijzigingen in het medisch beleid in de weken voorafgaand aan het SEH-bezoek, kunnen bijdragen aan het ontstaan van een crisissituatie (Figuur 3).



Figuur 3. Patient Journey Map, overgenomen van Hoitinga et al.²⁸ Bijdragende factoren aan het ontstaan van een crisis bij alleenstaande, kwetsbare ouderen. HA=huisarts; UWI=urinewegsinfectie; SEH=spoedeisende hulp. De kwetsbare ouderen hadden al langere tijd chronische klachten voordat zij werden gezien op de SEH van Amsterdam UMC (locatie AMC). Zij kregen hiervoor vaak multicenter-geïnitieerde behandelingen, ingezet door verschillende specialisten. Hierdoor ontstonden onduidelijkheden in het te volgen beleid; een kleine medicatiewijziging die niet goed werd begrepen, kon bijvoorbeeld al uitmonden in een crisissituatie. Daarnaast waren de ouderen zich niet goed bewust van de kwetsbare situatie waarin zij verkeerden, en van de impact die bijdragende factoren hadden op het ontstaan van de crisissituatie, zoals beperkingen in hun sociale netwerk, de perceptie van hun eigen kwetsbaarheid en het gebrek aan zelfredzaamheid. Een combinatie van deze factoren zorgde vaak vlak voor een opname op de SEH voor een crisis, gemiddeld genomen ongeveer vier weken ervoor. Een escalatie van de situatie ontstond door een - in verhouding - klein voorval, bijvoorbeeld het op vakantie gaan van een mantelzorger, een wisseling van medicatie, stress, et cetera.

Ook uit andere interviews onder ouderen die de SEH bezoeken met acute problemen, blijkt dat deze groep in een periode van twee tot vier weken voorafgaand aan de acute ziekenhuisopname al een toename van symptomen ervaart.²⁹ Zo sliep een aantal ouderen met hartfalen in de weken voor de opname rechtop. De ouderen gaven aan in die weken de verwachting te hebben dat de klachten vanzelf weer over zouden gaan, angst te ervaren en/of hun mantelzorger niet te willen belasten.

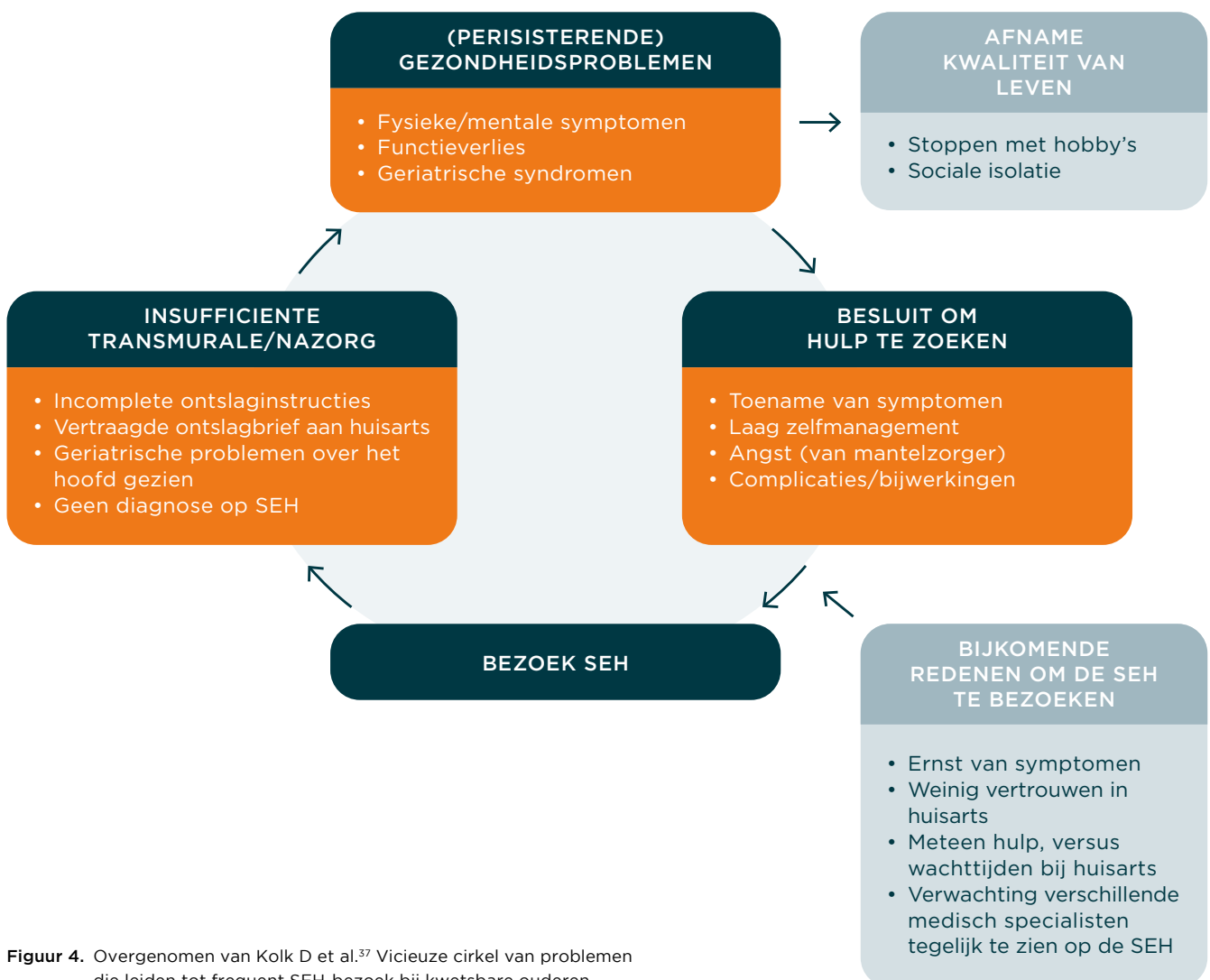
IMPACT VAN SEH-BEZOEK EN ZIEKENHUISOPNAME OP OUDEREN

Een kleine ontregeling kan dus een cascade aan problemen in gang zetten bij kwetsbare ouderen, uiteindelijk leidend tot een crisissituatie en bezoek aan de SEH. De problematiek waarmee deze ouderen zich presenteren, is daarom vaak multifocaal en zowel somatisch, psychisch, sociaal als functioneel van aard.³⁰ De ziektesymptomen zijn bovendien vaak atypisch. Zo kan buikpijn of algehele malaise voorkomen als uiting van een myocardinfarct, of er is sprake van een infectie zonder koorts. Ook komen geriatrische syndromen voor, zoals vallen of cognitieve stoornissen.³¹ Als gevolg hiervan zijn ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid voor artsen en verpleegkundigen van de huisartsenpost (HAP) en SEH een complexe doelgroep.

Al in 2016 constateerde Laego, de samenwerkingsorganisatie van kaderartsen eerstelijns ouderengeneeskunde, dat de aan kwetsbare ouderen geleverde zorg op de HAP in de avond-, nacht- en weekenduren tekortschiet.¹³ De zorgvraag van kwetsbare ouderen wordt vaak onvoldoende opgehelderd, waardoor de behandeling niet adequaat is. Zowel op de HAP als op de SEH presenteren deze ouderen zich relatief vaker met atypische en levensbedreigende ingangsklachten, complexe zorgvragen en ernstigere diagnoses dan jongere patiënten.³² De urgentie van de casuïstiek wordt door de atypische ziektepresentatie vaak onderschat, omdat de toegepaste SEH-triagecode meestal te laag is. Zorgprofessionals die op de SEH werkzaam zijn, hebben bovendien vaak onvoldoende kennis van geriatrische problematiek.¹¹ Deze factoren resulteren voor kwetsbare ouderen vaak in een lange ligduur op de SEH, met een hoog aantal consulten, veel (overmatige) diagnostiek en een verhoogd risico op zowel over- als onderbehandeling.³³

Ouderen worden na een SEH-bezoek vaker dan jongeren opgenomen in het ziekenhuis en overlijden vaker na een spoedvraag.^{24,32} Ook als ouderen na een bezoek aan de SEH naar huis terugkeren, is er een vergroot risico op functionele achteruitgang.³⁴ Follow-up is bij deze ouderen in de meeste regio's echter niet goed mogelijk. Een deel van hen ontvangt hierdoor suboptimale nazorg en komt weer terug op de SEH.³⁵ Meer dan 30% van de ouderen bezoekt de SEH binnen een jaar tenminste één keer opnieuw; bij meer dan 10% vindt dit herbezoek plaats binnen een maand.^{24,36} Leeftijd, mannelijk geslacht, polyfarmacie en cognitieve stoornissen zijn onafhankelijke voorspellers voor een vroeg herbezoek aan de SEH.³⁶ Daarbij is een vroeg herbezoek bij deze ouderen op zichzelf een sterke nieuwe voorspeller van ongunstige uitkomsten.³⁶

Om meer inzicht te verkrijgen in de redenen waarom ouderen frequent naar de SEH terugkeren, hebben we diepte-interviews gehouden met ouderen die al vaker op de SEH waren gezien in Amsterdam.³⁷ Ook uit deze interviews bleek dat deze groep vaak bij verschillende medisch specialisten onder behandeling is, niet altijd in beeld is bij de huisarts, en al langer bestaande klachten heeft voordat een bezoek aan de SEH plaatsvindt (Figuur 4). De ouderen ervaren na een SEH-bezoek veel onduidelijkheid en gaven aan dat de zorg die zij kregen niet goed aansloot op hun verwachtingen. Ernstige aandoeningen werden uitgesloten, maar een diagnose werd niet gesteld, waardoor ze na hun ontslag weer met dezelfde klachten thuis zaten. Daarnaast hadden verschillende ouderen gehoopt dat op de SEH ook naar andere problemen gekeken kon worden dan naar de problemen die de directe aanleiding vormden voor hun bezoek. Ook was er geen nazorg georganiseerd, terwijl daar wel behoefte aan was. Alle problematiek die voor een SEH-bezoek bestond, bleef bestaan en veel ouderen ervaren daarna een verdere achteruitgang van hun gezondheid en functioneren. Vervolgens bezochten ze de SEH dan opnieuw, temeer omdat ze de route in het zorglandschap niet goed kennen.



Figuur 4. Overgenomen van Kolk D et al.³⁷ Vicious circle van problemen die leiden tot frequent SEH-bezoek bij kwetsbare ouderen.



Een ziekenhuisopname gaat bij kwetsbare ouderen gepaard met de nodige risico's. De kans op complicaties, zoals ondervoeding, een delier, bijwerkingen van medicatie en een val, is groot.²⁹ Ook bij de overgang van ziekenhuis naar huis kunnen problemen optreden. Uit eerder onderzoek blijkt dat meer dan 30% van deze ouderen te maken krijgt met blijvend functieverlies, waardoor zij bijvoorbeeld niet meer in staat zijn om zich zelfstandig te wassen of om boodschappen te doen.^{38,39} Bovendien weerhoudt een combinatie van symptomen als apathie, vermoeidheid, angst om te vallen en onzekerheid tijdens het lopen, hen ervan om hun dagelijks leven weer op te pakken.^{40, 41} Door het functieverlies is er een verhoogd risico op een verminderde kwaliteit van leven, verpleeghuisopname en sterfte.⁴² Ook is bekend dat twintig procent van de ouderen binnen een maand na ontslag weer acuut heropgenomen wordt in het ziekenhuis.^{29,43} Hierdoor komen veel ouderen in een neerwaartse spiraal terecht, waarbij ze steeds afhankelijker worden en vaak in het ziekenhuis liggen. Bovendien komt één op de drie ouderen binnen een jaar na een acute ziekenhuisopname te overlijden; de meeste ouderen overlijden binnen de eerste maand na ontslag.^{12,38} Voor deze ouderen lijkt een ziekenhuisopname weinig meerwaarde te hebben.

HET VOORKÓMEN VAN ACUTE ZORGVRAGEN BIJ OUDEREN

Bovenstaande illustreert waarom het belangrijk is om acute zorgvragen bij kwetsbare ouderen zoveel mogelijk te voorkómen. Over een aantal veelvoorkomende aandoeningen bestaat consensus onder zorgprofessionals dat, door goede (acute) zorg in de thuissituatie, SEH-bezoek en ziekenhuisopname voorkomen kan worden. Deze aandoeningen worden 'ambulatory care sensitive conditions' (ACSCs) genoemd.⁴⁴ Eén op de zes ziekenhuisopnamen is gerelateerd aan ACSCs en de kans op een ACSC-gerelateerde ziekenhuisopname voor patiënten met meer dan één chronische aandoening is groter dan 25%.⁴⁵

ACSCs kunnen grofweg onderverdeeld worden in:

- 1) Chronische aandoeningen, zoals chronic obstructive pulmonary disease (COPD), hartfalen en nierfalen; bij deze aandoeningen kan tijdig interveniëren exacerbaties voorkomen.
- 2) Acute diagnoses, zoals uitdroging, urineweginfectie en cellulitis; bij deze aandoeningen kan door tijdig interveniëren de ernst van de klachten verminderd worden.
In de huidige praktijk zien we dat ziekenhuisopnamen en SEH-bezoek, behalve bij ouderen met ACSCs, ook potentieel vermijdbaar zijn bij:
- 3) Ouderen bij wie acute zorgvragen ontstaan door verergering en ontregeling van zorgproblemen in de thuissituatie, en waarbij in de eerste lijn geen mogelijkheid is om de zorg op te schalen;
- 4) Ouderen met een acute zorgvraag die een onderliggende palliatieve zorgbehoefte hebben, die niet wordt onderkend.

Op basis van eerdere Nederlandse studies en metingen wordt geschat dat ongeveer twintig procent van alle SEH-bezoeken bij ouderen vermijdbaar is door in dergelijke situaties eerder in te grijpen.^{46,47}

Samengevat zien we dat de groep kwetsbare, oudere patiënten met acute zorgvragen sterk groeit. Deze ouderen hebben vaak al langer bestaande klachten voordat zij met spoedzorg te maken krijgen. Door een kleine ontregeling escaleert de problematiek en ontstaat een crisissituatie. Deze kwetsbare ouderen presenteren zich vervolgens met atypische ziektesymptomen en multifocale geriatrische problematiek op de SEH, waardoor zij een complexe doelgroep zijn voor artsen en verpleegkundigen in de spoedzorg. De zorg in een dergelijke acute situatie sluit vaak niet aan bij de verwachtingen en zorgbehoeften van deze ouderen. Ook de nazorg na een SEH-bezoek en ziekenhuisopname is doorgaans suboptimaal en onvoldoende gericht op behoud of herstel van functioneren. Veel van deze kwetsbare ouderen ervaren een verdere afname in het functioneren en komen terecht in een neerwaartse spiraal, met nieuwe crisissituaties en spoedvragen tot gevolg.

Het is daarom van belang dat acute zorgvragen bij ouderen zo veel mogelijk worden voorkómen, of thuis of dichtbij huis worden opgelost. Ons huidige zorgsysteem is hierop nog niet goed ingesteld. Preventieve en proactieve zorg wordt nog niet overal ingezet, zorgprofessionals hebben onvoldoende kennis van het ontstaan van acute zorgvragen bij deze doelgroep en het functioneren van de oudere staat nog onvoldoende centraal in de acute zorg. Bovendien is er nog geen 24-uurs infrastructuur in de eerste lijn om acute zorgvragen goed op te vangen, waardoor de weg via het ziekenhuis vaak de enige optie is. In combinatie met de toenemende schaarste aan zorgmedewerkers leidt dit tot een verdere escalatie van de problemen, drukte in de acute zorg en ondoelmatige en niet-passende zorg voor deze kwetsbare doelgroep.

3. ACUTE OUDERENZORG PER FASE IN DE PATIËNTREIS

Zoals voorgaand hoofdstuk laat zien, kan in het zorgproces op verschillende momenten worden geïntervenieerd om acute zorgvragen bij (kwetsbare) ouderen te voorkómen en de acute zorg voor ouderen te verbeteren. In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste vernieuwingen die bijdragen aan acute ouderenzorg. Hierbij wordt acute ouderenzorg gedefinieerd als een integrale benadering om de zorg voor (kwetsbare) ouderen zodanig regionaal te organiseren, dat acute zorgvragen worden voorkómen of zo dicht mogelijk bij huis worden opgelost en om, als dat niet lukt, de acute ziekenhuis- en eventuele herstellzorg zoveel mogelijk aan te laten sluiten op hun zorgbehoefte. Het behoud van functioneren staat in alle fasen van het proces centraal. Onder acute zorg verstaan we alle zorg die onverwachts nodig is.²⁴

We beschrijven de vernieuwingen aan de hand van de patiëntreis van de oudere in de acute zorg. In elke fase van deze patiëntreis gelden er generieke uitgangspunten.

GENERIEKE UITGANGSPUNTEN ACUTE OUDERENZORG

Voor alle vernieuwingen in de acute ouderenzorg gelden generieke uitgangspunten, die hieronder zijn weergegeven. Deze zijn gebaseerd op de principes van positieve gezondheid⁴⁸, persoonsgerichte, passende en integrale zorg voor ouderen⁴⁹, en eerdere bevindingen uit onze onderzoekslijn².

- De essentie van het organiseren van persoonsgerichte (acute) zorg voor thuiswonende, kwetsbare ouderen is dat hun verlangens en behoeften en die van hun mantelzorgers als uitgangspunt gelden. 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)⁵⁰.
- In elke fase van de patiëntreis dienen de mogelijkheden van zorg en behandeling te worden besproken, zodat ouderen hierover samen met de zorgverlener - op een zo adequaat mogelijke wijze - kunnen beslissen.
- De (acute) zorg wordt waar mogelijk dichtbij ouderen georganiseerd (thuis of dichtbij huis).
- 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.

De transformatie in de acute ouderenzorg is meervoudig van aard en vraagt zowel regionaal als landelijk om aandacht en congruentie op drie aspecten: visie, cultuur en structuur. In Figuur 5 is de kern van de transformatie aan de hand van deze aspecten schematisch en bondig weergegeven. De transformatie vraagt om (regionale) processen 'van innovatie naar borging', waarbij doorzettingskracht, besluitvaardigheid, vaart en eenvoud essentieel zijn.

TRANSFORMATIE	
VAN	NAAR
VISIE	
Maximale behandeling van ziektes volgens de laatste technische stand van zaken van medisch specialistische zorg	Het bevorderen van kwaliteit van leven van ouderen met complexe problematiek met behulp van de juiste hulp en expertise
Afzonderlijke, medisch specialistische diagnostiek en behandeling (gelijktijdig of volgorde-lijk)	Holistische, multidisciplinaire diagnostiek en behan- deling met inzet van de juiste mix van competenties
Gefragmenteerde, niet passende bekostiging	Samenhangende, passende bekostiging
Verantwoordelijkheid voor het individu passend bij het organisatiebelang (op basis van marktwerkingsprincipes)	Gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de populatie (op basis van collectieve overeenkomsten)
CULTUUR	
Risicomijdend handelen	Risico afwegend handelen
Curatief handelen	Preventief en proactief handelen
Leercurves binnen de eigen context	Leercurves binnen de samenwerkingscontext
STRUCTUUR	
Prikkels die onbedoeld leiden tot het in kunnen zetten van niet relevante behandelingen	Prikkels die leiden tot het kiezen van relevante handelingen en behandelopties die bijdragen aan een haalbare kwaliteit van leven
Gefragmenteerde niet passende bekostiging	Samenhangende passende bekostiging
Verantwoordelijkheid voor het individu, passend bij het organisatiebelang, op basis van markt- werkingsprincipes	Gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de populatie, op basis van collectieve overeenkomsten

Figuur 5. Schematische weergave van de kern van de transformatie in de acute ouderenzorg.

DE PATIËN TREIS VAN DE OUDERE IN DE ACUTE ZORG

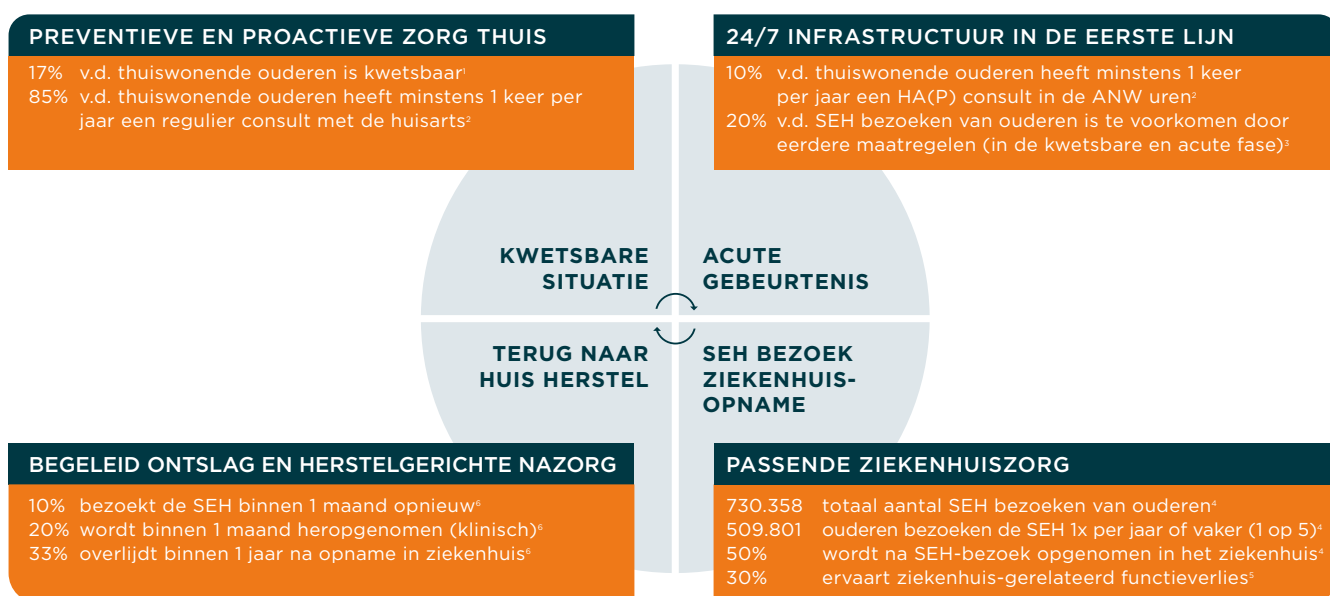
De patiëntreis van de oudere in de acute zorg bestaat uit vier fasen (Figuur 6):

FASE 1. De patiëntreis begint: **de oudere is thuis** en ontvangt eventueel ondersteuning van mantelzorgers en/of zorgverleners. Dit rapport richt zich op ouderen met een **verhoogde kwetsbaarheid**. Deze fase heeft als doel om de **zorgvraag in beeld te brengen, op te lossen en een acute ontregeling te voorkomen**.

FASE 2. Deze fase richt zich op het moment dat zich een **acute gebeurtenis** voordoet in de thuissituatie. Op dat moment moet worden beoordeeld wat de zorgvraag is en door wie en waar de zorgvraag beantwoord kan worden. Dit vraagt om **een 24-uurs infrastructuur in de eerste lijn met de mogelijkheid om - thuis of dichtbij huis - tijdelijk extra zorg en behandeling in te zetten, ook in acute situaties**.

FASE 3. Wanneer de zorgvraag niet in de eerste lijn kan worden beantwoord, vindt een verwijzing naar de tweede lijn plaats. De oudere patiënt **bezoekt de SEH en/of wordt opgenomen in het ziekenhuis**. Ook in deze fase is het van belang dat passende zorg wordt geboden, op basis van **geriatrie medebehandeling op de SEH en in het ziekenhuis**.

FASE 4. Na bezoek aan de SEH of een ziekenhuisopname vindt een **overgangsfase plaats waarin de oudere terug naar huis** gaat. Dit is voor kwetsbare ouderen een risicovolle fase, waarbij **transmurale begeleiding en herstelgerichte zorg bij ontslag** uit het ziekenhuis nodig is. Een deel van de oudere zorgvragers kan na opname in het ziekenhuis niet direct zelfstandig naar huis terugkeren en heeft behoefte aan herstel- of revalidatiezorg.



Figuur 6. De patiëntreis van de oudere in de acute zorg, met de vier kwadranten of bouwstenen acute ouderenzorg. Per fase zijn de belangrijkste data over ouderen en acute zorg weergegeven.

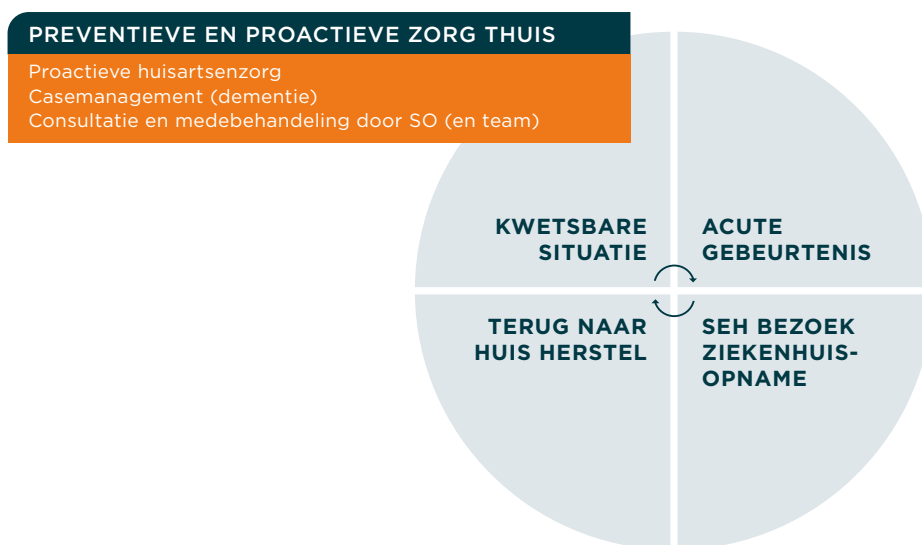
- 1) Data uit 2020 voor 65+ (Vektis, 2020)
- 2) Data uit 2017 voor 75+ (de Klerk, 2019)
- 3) Gebaseerd op (Buurman, 2011 & HAP Amsterdam, 2017)
- 4) Data uit 2019 voor 70+ (Schoutenn, 2023)
- 5) Data uit 2006-2008, gemiddelde leeftijd 78 jaar (Buurman, 2011)
- 6) Data uit 2014-2016, gemiddelde leeftijd 79 jaar (de Gelder, 2018)
- 7) Gebaseerd op een systematic review (Kansagara, 2011)

De weergave van de patiëntreis is slechts een verbeelding van de werkelijkheid, waarin niet alle mogelijke routes zijn opgenomen. Zo is het mogelijk dat iemand direct vanuit huis verhuist naar een woonzorgcentrum (langdurige zorg) of (al dan niet vanuit een acute situatie) terminaal palliatieve zorg krijgt. Omdat dit rapport, en de samenwerkende organisaties in het leernetwerk, zich richten op vernieuwingen die de integrale acute zorg voor ouderen (en daarmee het zelfstandig thuis blijven wonen) bevorderen, is in de patiëntreis de route van en naar huis centraal gesteld.

Om acute zorg voor ouderen in de regio te kunnen garanderen, is het van belang dat de vernieuwingen in de verschillende fasen van de patiëntreis in samenhang worden ontwikkeld. Alle vier de kwadranten dienen in de basis met adequate zorg- en dienstverlening gevuld te zijn, om per kwadrant het best mogelijke ‘passende zorgresultaat’ te behalen. De samenwerkende organisaties en gemeente(n) kunnen het model met de patiëntreis gebruiken om in de eigen regio in kaart te brengen binnen welke kwadranten verbeteringen mogelijk zijn, om deze vervolgens (door) te ontwikkelen en te implementeren.

VERNIUWINGEN IN DE ACUTE OUDERENZORG PER FASE IN DE PATIËNTRUIS

FASE 1. Kwetsbare situatie: preventieve en proactieve zorg thuis



Figuur 7. Vernieuwingen acute ouderenzorg in fase 1 van de patiëntreis

Om aan de principes van integrale en passende zorg te kunnen voldoen, is het voor thuiswonende, kwetsbare ouderen allereerst van belang dat zij tijdig toegang hebben tot proactieve, geïntegreerde zorg in de wijk.⁴⁹ Het bijtijds krijgen van goede zorg en proactieve ondersteuning kan leed voor ouderen en mantelzorgers en crisissituaties voorkomen. Voor regionaal georganiseerde, proactieve en integrale zorg is samenwerking tussen het gemeentelijk en sociaal domein en bredere samenwerking tussen diverse zorgverleners in de eerste lijn noodzakelijk. Omdat veel ouderen niet bekend zijn met het zorglandschap, is daarnaast aandacht nodig voor het vergroten van gezondheidsvaardigheden. Hierbij kan diseasemanagement of ziektegerichte zorg bij chronische aandoening(en), in de vorm van monitoring en ondersteuning op afstand, voor meer vitale ouderen van meerwaarde zijn. Voor ouderen met complexe kwetsbaarheid, bijvoorbeeld door dementie, heeft casemanagement juist meerwaarde. Daarnaast zien we dat ouderengeneeskunde een steeds grotere rol krijgt in de eerste lijn. In veel regio's is een ambulantly geriatrieteam met daarin een specialist ouderengeneeskunde (SO) aanwezig, dat samenwerkt met de huisarts om passende zorg te bieden aan de meest kwetsbare ouderen.

Proactieve huisartsenzorg voor kwetsbare ouderen

In de handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk' wordt proactieve huisartsenzorg voor ouderen beschreven aan de hand van een stappenplan, beginnend met vroegsignalering en casefinding van kwetsbare ouderen in de thuissituatie.⁴⁹ Vervolgens wordt de thuissituatie op een gestructureerde wijze in kaart gebracht en wordt met de oudere besproken welke mogelijkheden, wensen en behoeften er zijn binnen de verschillende domeinen (lichamelijk, psychisch, functioneel, sociaal, zingeving). Ook wordt, indien mogelijk, al een gesprek gevoerd over proactieve zorgplanning, ook wel advance care planning (ACP) genoemd. Een coördinator, bijvoorbeeld de praktijkondersteuner ouderen (POH-Ouderen) of casemanager dementie, stelt een individueel zorgplan op, wordt het aanspreekpunt voor de oudere en houdt actief een vinger aan de pols.

In de meeste regio's wordt inmiddels op een programmatische manier gewerkt aan de ontwikkeling en verdere uitbreiding van proactieve huisartsenzorg voor kwetsbare ouderen. Een voorbeeld hiervan is het programma 'Beter Oud in Amsterdam'.^{51,52} In 2022 nam 58% van alle huisartspraktijken in Amsterdam aan dit programma deel.⁵³

Wetenschappelijke onderbouwing

In een eerdere overzichtsstudie zijn de bevindingen op basis van projecten van het Nationaal Programma Ouderen (2015) over proactieve ouderenzorg in de eerste lijn samengevat.⁵⁴ De bevindingen laten zien dat screening van alle ouderen op kwetsbaarheid geen meerwaarde heeft, maar proactieve casefinding en begeleiding van (de meest) kwetsbare ouderen wel. Voor de meeste kwetsbare ouderen die in beeld zijn, lijkt het zinrijk en kostenneutraal om proactieve, persoonsgerichte zorg door een POH-Ouderen aan te bieden. De POH-Ouderen, wijkverpleegkundige en casemanager dementie werken complementair en kunnen elkaars impact versterken. Proactieve huisartsenzorg is zinvol voor de kwaliteit van leven en het welbevinden van thuiswonende, kwetsbare ouderen, maar reduceert het aantal ziekenhuisopnamen niet.⁵⁵

Casemanagement (dementie)

Vaak hebben oudere, thuiswonende mensen met kwetsbaarheid te maken met diverse hulpverleners. Dit vraagt om goede coördinatie van zorg. Casemanagement is een methodiek om de samenwerkingsprocessen van verschillende hulpverleners op elkaar af te stemmen, waarbij de casemanager een vast coördinatie- en aanspreekpunt biedt voor de oudere, mantelzorger(s) en betrokken professionals. Om het zorgproces goed te kunnen coördineren, is grondige kennis nodig van de complexiteit van zorg, comorbiditeit en de taken en functies van diverse hulpverleners.⁵⁶ Dit kan betekenen dat in de thuisituatie een andere casemanager actief is dan intramuraal het geval is.

Casemanagement bij dementie wordt in Nederland reeds breed aangeboden (en vergoed) en kan voor thuiswonende patiënten en hun mantelzorger als reguliere zorg worden beschouwd. Op basis van cijfers van Alzheimer Nederland maakte in 2020 34% van de thuiswonende mensen met dementie gebruik van casemanagement dementie.⁵⁷ Het primaire doel van casemanagement dementie is het optimaliseren van het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers, door 1) het signaleren van - en adequaat handelen bij - comorbiditeit en stemmings- en gedragsproblemen, 2) het minimaliseren van overbelasting van mantelzorgers en 3) het uitstellen van een opname in het verpleeghuis (indien passend).⁵⁸ De verpleegkundige met expertise op het gebied van dementie is als casemanager het meest geschikt, aangezien de kern van de taken het begeleiden en structuren van het zorgproces voor patiënten betreft. Het functieprofiel van de casemanager dementie is in 2017 door de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) vastgelegd in het 'Expertisegebied dementieverpleegkundige'.⁵⁹

In Nederland komen twee organisatievormen van casemanagement dementie voor, het netwerkmodel en het geïntegreerde model.^{60,61} In het netwerkmodel delen samenwerkende (thuiszorg)organisaties een wachtlijst en expertise. Casemanagers dementie zijn in dienst van de afzonderlijke (thuis)zorgorganisaties en kunnen advies vragen aan externe experts, zoals een specialist ouderengeneeskunde, geriater en neuroloog. In het geïntegreerde model zijn casemanagers onafhankelijk gepositioneerd en in dienst van gespecialiseerde organisaties (een voorbeeld in regio Noord-Holland is Geriant).⁶² Casemanagers werken in deze organisaties nauw samen met een expertteam.

In Nederland zijn circa 63 regionale dementienetwerken.⁶³ Binnen deze netwerken werken professionals (onder andere casemanagers) en organisaties samen om optimale zorg en welzijn te bieden aan mensen met dementie. De Zorgstandaard Dementie⁵⁸ is hierbij leidend. Indien gewerkt wordt volgens het netwerkmodel, vindt gezamenlijk wachtlijstmanagement binnen het netwerk plaats.

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit de studie 'Collaborative dementia care for patients and caregivers study' (COMPAS) blijkt dat langdurige begeleiding van thuiswonende mensen met dementie een positief effect heeft.^{64,65} Patiënten ervaren minder (onbeantwoorde) zorgbehoeften en casemanagement dementie is kostenbesparend. Het netwerkmodel zorgde voor een afname van de gemiddelde zorgkosten van 22% in vergelijking met reguliere zorg. Het geïntegreerde model, waarbij begeleiding geboden wordt door een gespecialiseerde organisatie (zoals Geriant), zorgt voor een nog grotere besparing van 33%. Daarnaast blijft de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten bij het geïntegreerde model stabiel⁶⁵ en laat een procesevaluatie zien dat dit model makkelijker te implementeren is.⁶⁶

Consultatie en medebehandeling door de specialist ouderengeneeskunde

Omdat steeds meer kwetsbare ouderen met (hoog)complexe problemen langer thuis blijven wonen, is meer expertise over deze groep nodig in de eerste lijn. De specialist ouderengeneeskunde beweegt zich daarom al jarenlang vanuit de verpleeghuissetting, waar hij of zij van oudsher werkt, naar de eerste lijn.

Bij de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn spelen verschillende (regionale) factoren een rol, zoals beschikbare expertise, de aanwezigheid van zorgaanbieders, en bestaande zorgvragen. Een specialist ouderengeneeskunde kan door de huisarts of POH-ouderen bijvoorbeeld gevraagd worden om over een bepaalde kwestie mee te denken, aan te sluiten bij een multidisciplinair overleg of om ouderen zelf te zien. Een dergelijk consult kan via een huisbezoek of tijdens een spreekuur op de huisartsenpraktijk plaatsvinden. Ook kan de specialist ouderengeneeskunde zich bezighouden met behandelen door zorg- en hulpverleners te betrekken, medicatie voor te schrijven en/of aanvullend onderzoek uit te voeren. Aanvullend onderzoek vindt plaats in overeenstemming met de verwijsvraag en mondt uit in één of enkele diagnoses, een probleemanalyse, één of meerdere adviezen, of een combinatie hiervan. De inzet van de specialist ouderengeneeskunde wordt veelal vormgegeven op basis van een 'stepped care'-model; opschalen waar het moet, afschalen waar het kan, samenwerkend met lokale expertise.

De specialist ouderengeneeskunde is expert in multidisciplinaire samenwerking en dat is vaak precies wat bij deze ouderen nodig is om tot passende zorg te komen. Afhankelijk van de gestelde hulpvraag en de lokale mogelijkheden en visie op zorg, werken specialisten ouderengeneeskunde met verschillende partners samen. Zo werkt de ene specialist ouderengeneeskunde samen met lokale zorg- en hulpverleners, terwijl de andere een team meebrengt uit de eigen organisatie. Ook kan een specialist ouderengeneeskunde in duovorm werken met een verpleegkundige, verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), psycholoog of een maatschappelijk of sociaal werker.

Op veel plekken in Nederland geeft de specialist ouderengeneeskunde invulling aan consultatie. 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 specialist ouderengeneeskunde daarom ook vorm aan medebehandeling, bijvoorbeeld door het initiëren van multidisciplinaire behandeling of het doen van medicatiewijzigingen. Hoewel medebehandeling door de specialist ouderengeneeskunde op dit moment nog beperkt voorkomt, blijkt uit de eerste inzichten op basis van het project 'Beter Thuis met huisarts en specialist ouderengeneeskunde' (zie wetenschappelijke onderbouwing) dat steeds meer initiatieven medebehandeling door de specialist ouderengeneeskunde, op basis van passende financiering, graag zouden willen aanbieden. Momenteel wordt dit echter nog bemoeilijkt door juridische uitdagingen en financiële beperkingen.

Meso-zorg

Met behulp van experimentele financiering geeft stichting Multidisciplinair Eerstelijnszorg met een Specialisme Ouderengeneeskunde (MESO) aan deze medebehandeling breed invulling.⁶⁷ 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 specialist ouderengeneeskunde, 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. Op deze manier kan gevraagde expertise beter en effectiever ingezet worden dan op dit moment met de huidige financieringsruimte mogelijk is. In Nederland bestaan verschillende initiatieven die binnen de bestaande mogelijkheden een vorm gezocht hebben, in meer of mindere mate geïnspireerd op MESO.

Wetenschappelijke onderbouwing

De inzet van de specialist ouderengeneeskunde is op diverse plekken en in verschillende vormen onderzocht en succesvol gebleken.⁶⁸ Zo geeft het Ouderengeneeskundig Netwerk Utrecht eerste lijn, een netwerk van specialisten ouderengeneeskunde en psychologen, aan dat ouderen en huisartsen tevreden zijn over de geboden zorg en dat in een meerderheid van de gevallen een verwijzing naar de tweede lijn is voorkomen.⁶⁹ Ook MESO-zorg stelt op basis van een uitgebreide, onafhankelijke evaluatie dat ouderen, hun naasten en huisartsen tevreden zijn over de zorg en dat inzet van de specialist ouderengeneeskunde zorgt voor een betere kwaliteit van leven en van zorg.⁷⁰ Daarnaast wordt zorg in de tweede lijn voorkomen en wordt opname in een verpleeghuis substantieel uitgesteld. Het VU medisch centrum, nu Amsterdam UMC, (locatie VUmc) heeft in 2015 de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO) opgezet, waar nauwe en laagdrempelige samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en huisartsenpraktijk wordt georganiseerd. Middels onderzoek is aangetoond dat de praktijk voorziet in de ondersteuningsvraag van huisartsen bij de zorg voor kwetsbare ouderen en bijdraagt aan een besparing van zorgkosten. Ook laat het onderzoek zien dat de geboden zorg door de meeste betrokkenen wordt gewaardeerd.⁷¹ De UPO heeft de basis gevormd voor de huidige, uitgebreidere inzet van specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn, bijvoorbeeld binnen het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam (NOA) eerste lijn, waarin specialisten ouderengeneeskunde en VS'en van zeven verschillende organisaties ondersteuning bieden.⁷² Ook resultaten in de regio Gelderland-Zuid, op basis van het project 'Extramurale Praktijk Ontwikkeling specialist ouderengeneeskunde' (EPOS), laten zien dat met de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn verwijzingen naar de tweede lijn voorkomen worden.⁷³

Binnen het project 'Beter Thuis met Huisarts en Specialist Ouderengeneeskunde' dat momenteel loopt, werken zeven regionale initiatieven, waarin de specialist ouderengeneeskunde (of een team gespecialiseerd in ouderengeneeskunde) in de eerste lijn wordt ingezet, samen met onderzoekers van Amsterdam UMC, Leiden UMC en Maastricht University. Het project maakt onderdeel uit van het Leernetwerk Acute Ouderenzorg. Binnen het project wordt onder andere de inzet binnen de initiatieven geëvalueerd en wordt gewerkt aan een generieke beschrijving van de geneeskundige zorg voor 'thuiswonende ouderen met complexe multiproblematiek' en het realiseren van passende bekostiging. De meeste initiatieven bekostigen momenteel de inzet van de specialist ouderengeneeskunde vanuit de consultfunctie, deze is echter ontoereikend. Ook omdat, zo blijkt uit inventarisatie onder de aangesloten initiatieven, er in de meeste gevallen sprake is van een vorm van een 'zorgtraject' en de specialist ouderengeneeskunde - al dan niet tijdelijk - een rol als medebehandelaar vervult.

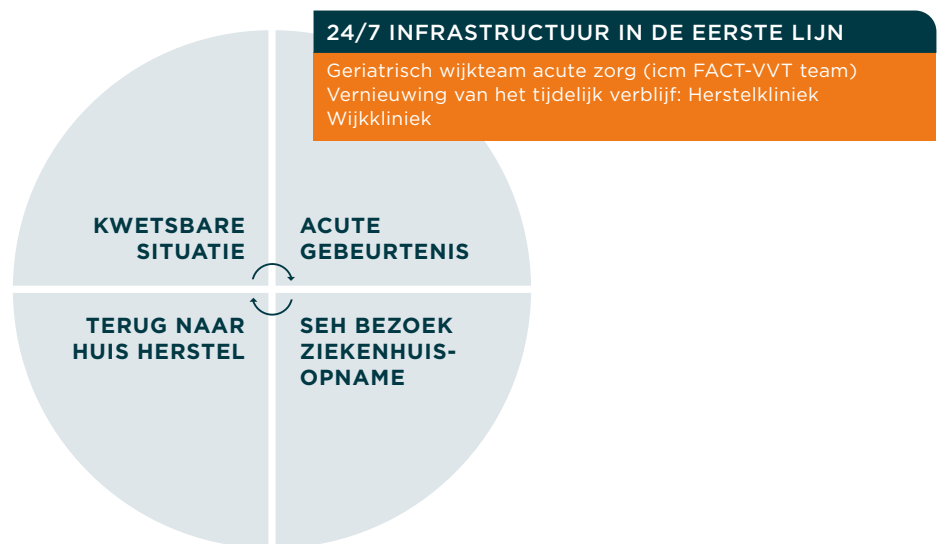


Aandachtspunten preventieve en proactieve zorg thuis

In het kader van duurzame en effectieve acute ouderenzorg, is speciale aandacht nodig voor de verdere ontwikkeling van preventieve en proactieve zorg voor ouderen. Vaak wordt onvoldoende geanticipeerd op de continuïteit van zorg tijdens de avond, nacht en weekenden (ANW). Juist daar waar (het organiseren van passende) zorg complex is, is het belangrijk dat de oudere, diens mantelzorger(s) en de HAP worden geïnformeerd over het gewenste, afgesproken beleid tijdens de ANW. Ook dienen afspraken gemaakt te worden over hoe informatie optimaal en zorgvuldig kan worden gedeeld met andere zorgverleners en is een structurele, passende financiering voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn van belang. Passende financiering geeft ruimte voor 1) de inzet van de juiste professional(s), 2) de ondersteuning van die professional(s) en 3) de nodige afstemming, coördinatie en (door)ontwikkeling.

Ook zou de inzet van de juiste financiële prikkels (domeinoverstijgende) samenwerking kunnen stimuleren en vanzelfsprekend kunnen maken. In 2021 is een bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde (en vergelijkbare bekostiging binnen de Wet langdurige zorg) ingevoerd vanuit de 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen' (GZSP). Deze bekostiging bleek onvoldoende adequaat. De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) heeft inmiddels een kostenonderzoek uitgezet dat meer helderheid moet geven over de op te lossen knelpunten. Daarnaast is er een nieuwe betaaltitel in voorbereiding, namelijk 'trajectfinanciering kwetsbare ouderen', die per 1 januari 2025 moet voorzien in financiering van '(tijdelijke) multidisciplinaire medebehandeling door de SO'. De precieze invulling van deze bekostiging is momenteel onderwerp van gesprek. Vanuit het Beter Thuis-project en de innovatieve praktijk, onder andere vanuit het MESO-project, wordt input geleverd. De huidige financiering voorziet niet in een adequaat budget voor een meer langdurige betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde en eventuele andere betrokken professionals. De experimentele GZSP-bekostiging van MESO-zorg vormt daarop een uitzondering. De eerste analyse van de bij het Beter Thuis-project aangesloten initiatieven laat zien dat de vraag naar een vorm van trajectfinanciering groot is.

FASE 2. Vierentwintig uren infrastructuur in de eerste lijn bij een acute gebeurtenis



Figuur 8. Vernieuwingen acute ouderenzorg in fase 2 van de patiëntreis

Preventieve en proactieve ouderenzorg in de eerste lijn vormen de basis voor acute ouderenzorg in de regio, maar kunnen uiteraard niet alle spoedvragen en crisissituaties bij thuiswonende, kwetsbare ouderen voorkomen. Zoals beschreven kan een kleine ontregeling bij kwetsbare ouderen een cascade aan problemen in gang zetten. Een oudere kan bijvoorbeeld vallen, benauwd worden of plotseling verward raken. In een dergelijke situatie moet worden beoordeeld wat er aan de hand is, wat de (onderliggende) zorgvraag is en door wie en waar de zorgvraag beantwoord kan worden. In de huidige praktijk hebben huisartsen niet altijd voldoende tijd, en vaak ook onvoldoende diagnostische middelen om de patiënt thuis te diagnosticeren en te behandelen. Ook vanuit de wijkzorg zijn doorgaans onvoldoende mogelijkheden aanwezig om in deze situaties de zorg thuis te intensiveren. Insturen naar de SEH is dan de enige mogelijkheid.

Om ook bij acute gebeurtenissen passende en integrale zorg te kunnen bieden, is het van belang dat er in de regio een 24-uurs infrastructuur in de eerste lijn ontwikkeld wordt, die bijdraagt aan het voorkómen van SEH-bezoek en/of onverwachte ziekenhuisopnamen. Een dergelijke infrastructuur moet het bieden van acute zorg thuis of dichtbij huis stimuleren en dient aan te sluiten bij de wensen, behoeften, verwachtingen en mogelijkheden van de oudere. In veel regio's is deze fase of kwadrant in het model nog onvoldoende ontwikkeld. Het ontwikkelen van een dergelijke 24-uurs infrastructuur is complex, omdat dit vraagt om een andere inzet en integrale samenwerking van zorgprofessionals en een nieuwe, bredere rol van ouderenzorgorganisaties in de acute zorg, in samenwerking met huisartsen en de HAP, ambulancezorg, SEH en het ziekenhuis. Ook moet aan een aantal noodzakelijke randvoorwaarden worden voldaan, zoals toereikende en sectoroverstijgende bekostiging.

Verschillende vernieuwingen, zoals (geriatrische) wijkteams acute zorg, vernieuwingen in het tijdelijk verblijf en een regionale wijkkliniek kunnen bijdragen aan de 24-uurs infrastructuur; in onderstaande paragrafen zoomen we in op deze vernieuwingen.

Wijkteam acute zorg

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 regio'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. Door capaciteitsproblemen gaat de inzet van deze acute wijkzorg echter soms ten koste van reguliere ADL-zorg voor andere cliënten.⁷⁴

In enkele proeftuinen wijkkliniek (Pantein⁷⁵, Zuyderland⁷⁶) en in een aantal andere regio's (onder andere Thuiszorg West-Brabant⁷⁷, Spoedzorg Rotterdam⁷⁸ en Spoedzorg Haaglanden⁷⁹) 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.⁸⁰

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 specialist ouderengeneeskunde 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, wat aan de reguliere thuiszorg wordt overgedragen zodra deze weer planbaar is. In een aantal regio's, bijvoorbeeld in het Gooi, biedt het wijkteam acute zorg ook (eenvoudige) ziekenhuiszorg in de thuissituatie.⁸¹ Het gaat dan veelal om ziekenhuiszorg met infuustherapie (bijvoorbeeld met intraveneuze antibiotica, immunoglobulinen of morfine) die de patiënt thuis kan krijgen, zoals ook wordt beschreven in de meeste studies op het gebied van 'hospital at home care' (zie de wetenschappelijke onderbouwing). 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. Voor meer informatie kan [het webinar Acute Wijkteams](#) (mei 2022) van het Leernetwerk Acute Ouderenzorg worden geraadpleegd.

FACT VVT-team

In één van de proeftuinen in het Leernetwerk Acute Ouderenzorg, namelijk de Zorgcirkel in Purmerend, bestaat een zogenaamd FACT-VVT-team.⁸² Dit team kan worden gezien als variant op een wijkteam acute zorg, en richt zich op (het voorkómen 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 crisis of als een crisis wordt verwacht, 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”*. 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 ambulantly 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.^{83,84} 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.⁸⁵

Verpleegkundig specialist en physician assistant ambulance

Ook binnen de ambulancezorg is een ontwikkeling gaande om meer thuis te kunnen behandelen. Zo zet ambulancezorg Brabant Midden-West-Noord sinds 2019 VS'en in die patiënten thuis kunnen behandelen, in plaats van dat ze patiënten vervoeren naar de SEH.⁸⁶ Deze VS'en werken op het snijvlak van de huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Ze zien patiënten bij wie meer expertise nodig is dan de reguliere ambulancezorg kan leveren, bijvoorbeeld op het gebied van echografie of aanvullende pijnbestrijding. De VS'en verplaatsen zich met zogeheten rapid responder-voertuigen. Deze solo-ambulances kunnen geen patiënten vervoeren, maar beschikken wel over alle apparatuur van een ambulance, plus extra apparatuur en medicatie. Als vervoer naar het ziekenhuis toch nodig blijkt, wordt alsnog een (zorg)ambulance ingezet. Inmiddels hebben zowel VS'en als PA's in de ambulancezorg ook in andere regio's een cruciale rol in het zoveel mogelijk thuis behandelen van de (oudere) patiënt, in plaats van op de SEH.⁸⁷

Wetenschappelijke onderbouwing

De inzet van VS'en in de ambulancezorg is geëvalueerd door de HAN University of Applied Sciences, gevestigd in Arnhem en Nijmegen.⁸⁷ De zorg die VS'en biedt kenmerkt zich veelal door pijnvrije behandeling en leidt tot tevreden patiënten en betere overlevingskansen bij bepaalde zorgpaden. Ook laat het onderzoek zien dat de kwaliteit van de zorg gelijk is aan dat van de eerste en tweede lijn, echter tegen lagere kosten.

Er bestaan geen Nederlandse studies waarin de effectiviteit van wijkteams acute zorg is onderzocht. Wel is in diverse buitenlandse studies gekeken naar acute ziekenhuisbehandeling bij patiënten thuis, als alternatief voor een ziekenhuisopname (de zogeheten hospital avoidance, hospital at home care).⁸⁸ Veel van deze studies richten zich op thuisbehandeling van patiënten met ACSCs na een SEH-bezoek⁸⁹, en dus niet op eerder ingrijpen bij ACSCs, opdat een SEH-bezoek mogelijk voorkomen kan worden. De resultaten laten zien dat ziekenhuisbehandeling thuis een veilig alternatief kan zijn voor opname in het ziekenhuis. Een recente nationale audit van Engelse ziekenhuizen laat zien dat dergelijke hospital at home-interventies nog wel beperkt zijn tot eenvoudige ziekenhuisbehandelingen, zoals het toedienen van intraveneuze antibiotica.⁹⁰ Het is in Engeland (net als in Nederland) nog niet gebruikelijk om ziekenhuisbehandelingen die complexer zijn en/of waarvoor monitoring vereist is, zoals intraveneuze diuretica bij gedecompenseerd hartfalen, thuis uit te voeren.

In een recente, gerandomiseerde, Engelse multi centre-studie is onderzocht of thuiswonende, kwetsbare ouderen met geriatrische problematiek thuis kunnen worden behandeld voor een acute aandoening, in plaats van dat ze worden opgenomen in het ziekenhuis.⁹¹ In deze studie werden meer dan 1000 kwetsbare ouderen geïncludeerd, in de periode van 2015 tot 2019. De ziekenhuisbehandeling thuis werd uitgevoerd door een multidisciplinair team, bestaande uit praktijkondersteuners, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en een klinisch geriater (regiebehandelaar). De behandeling was multidomeingericht, gebaseerd op de principes van een CGA. Indien nodig kon het behandelend team een psychiatrieverpleegkundige, een ouderenpsychiater en professionals uit het sociale domein consulteren. Dagelijks waren er 'virtual rounds'; met behulp van videotecnologie werd dagelijks contact opgenomen met de patiënt en eventuele mantelzorger.⁹² Het grootste deel van de behandeling thuis bestond uit zuurstoftherapie en intraveneuze, medicamenteuze behandeling. De controlegroep werd opgenomen in het ziekenhuis en kreeg ziekenhuisbehandeling 'as usual' (vaak met betrokkenheid van de klinische geriatrie). De ziekenhuisbehandeling thuis leidde in deze studie tot vergelijkbare resultaten als de ziekenhuisopname. Patiënten die de ziekenhuisbehandeling thuis kregen, hadden na 1 maand een iets lagere incidentie delier, en na 6 en 12 maanden follow-up bleken minder van deze patiënten te zijn opgenomen binnen de langdurige, intramurale verpleeghuiszorg. Ziekenhuiszorg thuis werd door de ouderen positief gewaardeerd.

Eerstelijnsverblijf en tijdelijke opname Wet langdurige zorg

Het kortdurend ELV bestaat in Nederland sinds 2017 en richt zich op de zorg voor en opvang van mensen die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen.⁹³ Het ELV kent drie bekostigingsvormen: het hoogcomplex bed (HC), het laagcomplex bed (LC) en de bedden voor palliatief-terminale patiënten. Mensen met een WLZ-indicatie die thuis wonen, kunnen niet worden opgenomen op een ELV; zij kunnen, als zorg thuis tijdelijk niet mogelijk is, tijdelijk worden opgenomen in een WLZ-instelling. Het goed vormgeven van het ELV (en de tijdelijke WLZ) draagt bij aan de doelmatigheid van zorg. Kortdurende opnamen kunnen mensen in staat stellen langer thuis te blijven wonen, dragen bij aan het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnamen en helpen de doorstroom uit het ziekenhuis te bevorderen.

In 2019 ontvingen ongeveer 35.000 mensen ELV.^{94,95} De gemiddelde ligduur op een ELV HC daalt sinds 2017 en bedroeg in 2019 33 dagen. Ongeveer 28% van alle ELV-cliënten wordt vanuit huis opgenomen, 32% stroomt in vanuit het ziekenhuis en 22% vanaf de SEH. Minder dan de helft van de ELV-cliënten werd in 2019 naar huis ontslagen. Ongeveer 20% van de cliënten overlijdt tijdens opname in het ELV. De uitstroom naar de WLZ bedroeg in 2019 landelijk gemiddeld 15%, maar met grote regionale verschillen, variërend van 8% tot 27%. Ook bestaan er grote verschillen tussen regio's in de manier waarop het ELV georganiseerd is. In sommige regio's bestaan aparte ELV-voorzieningen, terwijl andere regio's ELV aanbieden op eenzelfde locatie of afdeling als waar GR wordt geboden. Weer andere regio's maken onderscheid tussen mensen die wegens een herstellvraag of een observatie- en diagnostiekvraag op het ELV moeten worden opgenomen. Ook verschillen regio's in het aanbod ELV HC en ELV LC.

Omdat de tarieven voor het ELV onvoldoende toereikend zijn, is de NZa in samenwerking met ActiZ in 2022 gestart met een registratieonderzoek, zorginhoudelijk traject en een kostenonderzoek naar het ELV.⁹⁶ Het doel hiervan is om de prestaties en tarieven voor het ELV (en een deel van de GZSP) per januari 2025 te herijken. ActiZ heeft beschreven welke zorg en randvoorwaarden beschikbaar zouden moeten zijn voor patiënten in het ELV als de bekostiging geen belemmering zou zijn.⁹⁷ Verder heeft Verenso, samen met de Patiëntenfederatie Nederland, een kwaliteitsbeschrijving ELV uitgewerkt waarin beschreven wordt wat specialisten ouderengeneeskunde onder goede herstellzorg verstaan en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn.⁹⁸ Hierin staat onder andere dat de huidige bekostiging de inbreng van expertises belemmert. Met name observatie en diagnostiek, noodzakelijk om complexe problematiek in kaart te brengen (vooral als sprake lijkt te zijn van cognitieve stoornissen of valproblematiek), kan onvoldoende worden uitgevoerd. Daarnaast kunnen met de huidige tarieven onvoldoende behandeluren worden ingezet. In een eerdere ELV-evaluatie hebben we uitgebreid beschreven welke problemen zorgverleners die werkzaam zijn binnen het ELV zien; hierbij werd eenzelfde beeld geschetst.^{99,100}

Mede door de ontoereikende tarieven zijn ELV-plekken in de huidige praktijk niet overal 24 uur per dag toegankelijk. In diverse regio's wordt daarom geprobeerd de 24-uurs toegankelijkheid te verbeteren, door tussen VVT-organisaties afspraken te maken over 'wie ELV-dienst heeft', of regionaal te zorgen voor spoedbedden ELV of zogenaamde flexibele bedden. In sommige regio's bestaan ondanks ontoereikende tarieven veelbelovende praktijkvernieuwingen, waarbij acute opname op het ELV (of andere vormen van tijdelijk verblijf) 24 uur per dag mogelijk is. Hieronder wordt een aantal van deze vernieuwingen beschreven.



Herstelkliniek MooiMaasvallei

De Herstelkliniek van Pantein (onderdeel van regio MooiMaasvallei) telt 68 bedden 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.¹⁰¹ De ondersteuningsbehoefte staat centraal in het aanbod, niet de financieringsstroom. 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. Door nauwe samenwerking met het ziekenhuis en het regionale wijkteam acute zorg zijn in principe alle verpleegtechnische handelingen in de herstelkliniek mogelijk. Deze verschillende vormen van tijdelijk verblijf worden 'aan de achterkant' gefinancierd via de reguliere financieringsstromen, op basis van de werkelijke bezetting (zoals DBC GR, ELV HC, (sub)acute interventie PG-plus, ZZP 7, ZZP8 en ZZP9B). Transferverpleegkundigen van zorgcoördinatie MooiMaasvallei regelen de nazorg thuis of andere vervolgzorg voor cliënten die opgenomen zijn in de Herstelkliniek. In de bijlage van dit rapport, [voorbeeld MooiMaasvallei](#), staat een uitgebreidere beschrijving van de Herstelkliniek MooiMaasvallei.

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 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.¹⁰²

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 specialist ouderengeneeskunde, 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.¹⁰³

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn geen Nederlandse studies die de effectiviteit van het ELV hebben onderzocht. Voorzieningen zoals het ELV worden in de internationale, wetenschappelijke literatuur aangeduid als 'intermediate care'.¹⁰⁴ Vanuit internationale studies bestaat beperkt en wisselend bewijs dat intermediate care-voorzieningen bijdragen aan een kortere opnameduur in het ziekenhuis, een sneller herstel van functioneren, en een reductie van ziekenhuisheropnamen, verpleeghuisopnamen en ander zorggebruik.¹⁰⁵⁻¹⁰⁷

Momenteel werken we vanuit het Leernetwerk Acute Ouderenzorg, samen met Pantein, IJsselheem, Zoetermeer2025 en een aantal andere proeftuinen, aan de vernieuwing van het ELV, met als doel om duidelijke zorgtrajecten te ontwikkelen die leiden tot de verbetering van cliëntrelevante uitkomsten en tot minder inzet van professionals. Op verschillende manieren worden praktijkvernieuwingen geëvalueerd met wetenschappelijk onderzoek. Ook wordt aan de hand van het zogenaamde Dolce Vita-model¹⁰⁸ gekeken hoe de capaciteit van het ELV regionaal optimaal benut kan worden. Met dit model kan regionaal een ketenimpactanalyse worden uitgevoerd met zogeheten wat-als-scenario's. Vaak wordt aangegeven dat er een tekort is aan ELV-bedden in een regio.⁷⁴ Aan de hand van het Dolce Vita-model hebben we in de regio Amsterdam laten zien dat de capaciteit van het ELV niet hoeft te worden uitgebreid met meer bedden, maar dat ruimere opnamemogelijkheden binnen het ELV nodig zijn (ook in de ANW-uren). Hierdoor zouden zelfs minder ELV-bedden nodig zijn in de regio.¹⁰⁹ In combinatie met de mogelijkheid de behandeling te intensiveren en daarmee de ELV-opnameduur te verkorten, kan meer capaciteit worden vrijgemaakt. We werken binnen dit traject samen met NZa, ActiZ, betrokken beroepsverenigingen en ouderenorganisaties, zodat we de NZa inhoudelijk van input kunnen voorzien bij de nieuwe bekostiging van het ELV. Het onderzoeksproject ontvangt subsidie vanuit het ZonMw-programma Beter Thuis.

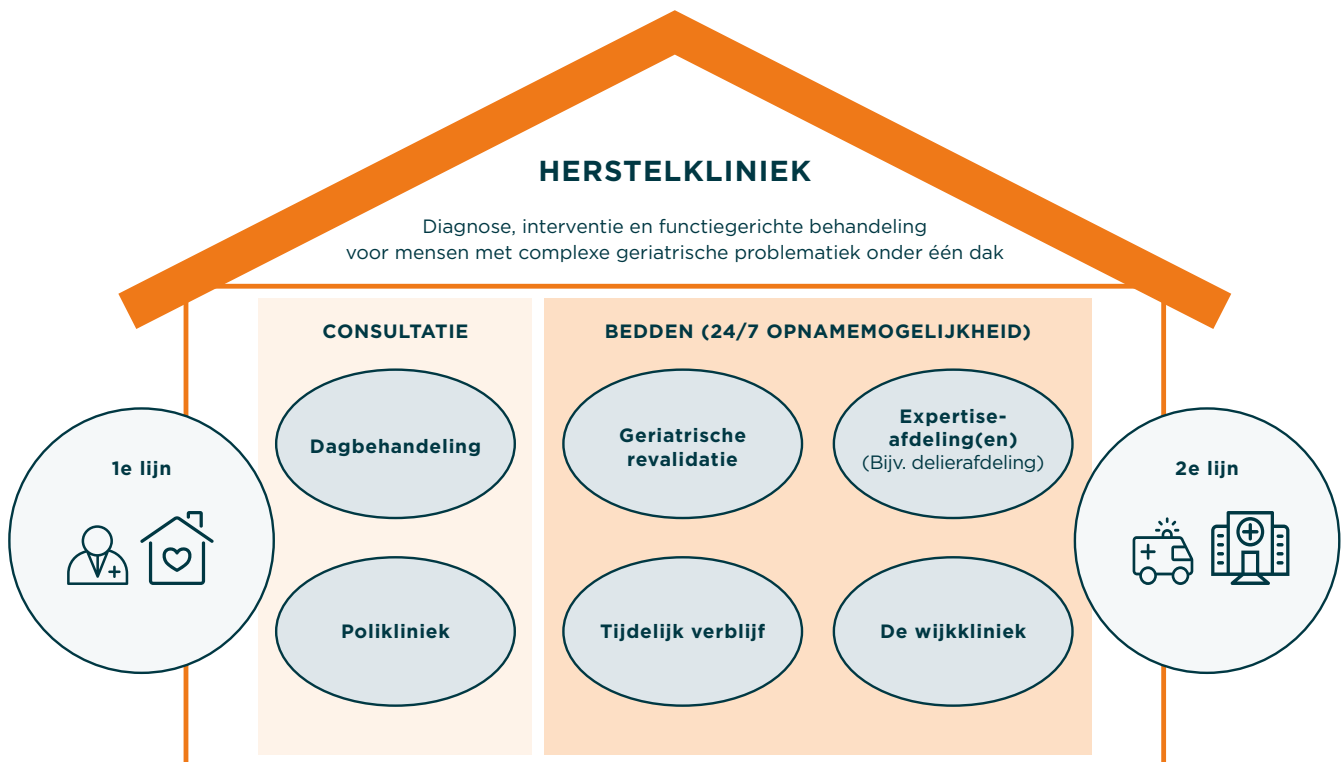


De WijkKliniek

De WijkKliniek, gevestigd in een zorgcentrum van Cordaan in Amsterdam-Zuidoost, is een nieuw zorgconcept voor kwetsbare ouderen met geriatrische problematiek, die normaal gesproken in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege acute, medische problemen.¹¹⁰ 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 intensief afstemming plaats met de mantelzorgers en eigen zorgverleners (zoals de huisarts).

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.¹¹¹ Acht regionale proeftuinen, die al veel initiatieven in de acute ouderenzorg hebben ontplooid, werken in dit leernetwerk samen aan de ontwikkeling van een wijkkliniek in de regio, naar voorbeeld van de WijkKliniek in Amsterdam. Een proeftuin bestaat uit een regionaal samenwerkingsverband van tenminste één ouderenzorgaanbieder, ziekenhuis en huisartsenorganisatie, en de preferente zorgverzekeraar(s) van de betreffende regio. Het primaire doel van het leernetwerk met de proeftuinen is te verkennen hoe een wijkkliniek in regio's met verschillende context kan worden geïmplementeerd, zodat landelijke opschaling mogelijk wordt. Het leernetwerk krijgt subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Vier proeftuinen hebben de projectplannen inmiddels uitgewerkt en hebben onlangs een aansluitersovereenkomst afgesloten met de (preferente) zorgverzekeraar(s), of zijn hiermee bezig. Deze proeftuinen zetten een regionale wijkkliniek op vanuit een GR-afdeling of vanuit een bredere [herstelkliniek](#) (Figuur 9).



Figuur 9. 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 en ZZG-zorggroep in Nijmegen.

In deze proeftuinen wordt niet de klinisch geriater, maar de specialist ouderengeneeskunde (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.¹¹² 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 en voldoen aan de kerncomponenten zoals geformuleerd voor een wijkkliniek (Figuur 10). Op deze wijze kan een wijkkliniek worden opgezet in regio's met een uiteenlopende context: zowel in landelijke als in stedelijke regio's, met zowel topklinische als (kleine) algemene ziekenhuizen, met of zonder geriatrische afdeling. Met dit model lijkt de wijkkliniek goed schaalbaar; de '[Toolkit proeftuinen wijkkliniek](#)' kan geraadpleegd worden door andere regio's die een wijkkliniek willen opzetten.¹¹¹

KERNCOMPONENTEN WIJKKLINIEK



Figuur 10. Een wijkkliniek moet voldoen aan vier kerncomponenten: 1) de juiste zorg op de juiste plek, 2) persoonsgerichte zorg gericht op functioneren, 3) integrale zorg en 4) een passende omgeving dichtbij huis.

Wetenschappelijke onderbouwing

De veiligheid, (kosten)effectiviteit en patiëntervaringen van de WijkKliniek in Amsterdam zijn onderzocht. De resultaten zijn in diverse wetenschappelijke artikelen en onlangs ook in een proefschrift gepubliceerd.¹¹³ De WijkKliniek in Amsterdam leidt onder andere tot een ombuiging van het aantal ziekenhuisopnamen van ouderen die op de SEH van Amsterdam UMC, locatie AMC worden gezien (25% minder ziekenhuisopnamen), een reductie van 30% van het aantal ziekenhuisheropnamen (vergeleken met een vergelijkbare, historische controlegroep van kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis werden opgenomen voor hun acute aandoening), tot een lagere incidentie delier in vergelijking met deze kwetsbare doelgroep in het ziekenhuis, en tot positieve patiëntervaringen.¹¹³⁻¹¹⁵

Aandachtspunten 24-uurs infrastructuur in de eerste lijn

Er zijn veelbelovende vernieuwingen die kunnen bijdragen aan een 24-uurs infrastructuur in de eerste lijn, zoals de ontwikkeling van wijkteams acute zorg en FACT-VVT-teams, en thuisbehandeling door de VS of PA van de ambulance. Deze vernieuwingen staan nu nog los van elkaar; het zou meerwaarde hebben als ze worden gecombineerd:

Zoals beschreven, bestaan wijkteams acute zorg op dit moment uit gespecialiseerde verpleegkundigen 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 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 met 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 en het thuis bieden van ziekenhuiszorg aan de oudere, als deze niet meer opgenomen wil worden in het ziekenhuis. Verder kan het team ingezet worden om escalatie van de veelvoorkomende ASCSs te voorkomen door deze zo vroeg mogelijk thuis te behandelen. Op basis van nauwe samenwerking met de (dienstdoende) huisarts en de eventueel betrokken specialist ouderengeneeskunde, en de mogelijkheid tot consultatie of medebehandeling van een klinisch geriater of internist-ouderengeneeskunde, kan het team steeds meer ziekenhuiszorg thuis bieden. Zoals de eerder aangehaalde, recent uitgevoerde Engelse studie⁹¹ laat zien, kan dit een veilig en goed alternatief zijn voor ziekenhuisopname bij kwetsbare ouderen. Deze potentiële ontwikkeling biedt ook loopbaanperspectief, zowel voor verpleegkundigen en VS'en en/of PA's werkzaam in de wijk, als voor verpleegkundigen en VS'en en/of PA's werkzaam in de acute zorg. In interviews die wij hielden, gaven zorgprofessionals aan dat de toevoeging van een VS of PA met kennis van acute, geriatrische zorg wenselijk is, omdat de kennis en expertise over de wijkzorg, de geriatrische patiënt en de acute zorg hierdoor gebundeld wordt middels een 'cure en care-insteek'.²⁸ De meerwaarde van de integratie van cure en care hebben we ook gezien bij de opstart van de WijkKliniek in Amsterdam, toen verpleegkundigen vanuit de wijk en intramurale ouderenzorg gingen samenwerken met verpleegkundigen die eerder in het ziekenhuis werkzaam waren.

De samenwerking tussen een dergelijk geriatrisch wijkteam acute zorg en een wijkkliniek is dan een volgende logische ontwikkeling. Een wijkkliniek kan immers gezien worden als een variant op een 'hospital at home', waarbij de ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen niet thuis, maar in een passende, herstelgerichte omgeving dichtbij huis wordt geboden. In beide varianten (zorg thuis of in de wijkkliniek) is het gehele zorgproces afgestemd op de behandelwensen en zorgbehoeften van de oudere en gericht op functiebehoud en kwaliteit van leven. In een ideale situatie wordt de ziekenhuiszorg aan deze kwetsbare doelgroep thuis geboden en als dit niet mogelijk is, in een wijkkliniek. Door de wijkkliniek vanuit een bredere herstellkliniek te ontwikkelen, zoals in enkele proeftuinen gebeurt, ontstaan mogelijkheden om aan deze ouderen naast (laagcomplexe) ziekenhuiszorg, ook 'tussenvarianten' op dezelfde locatie te bieden (d.w.z. varianten tussen het ELV, de GR en de ziekenhuiszorg), waardoor veel ziekenhuisopnamedagen kunnen worden voorkomen (zie voorbeeld [Mooi Maasvallei](#)).

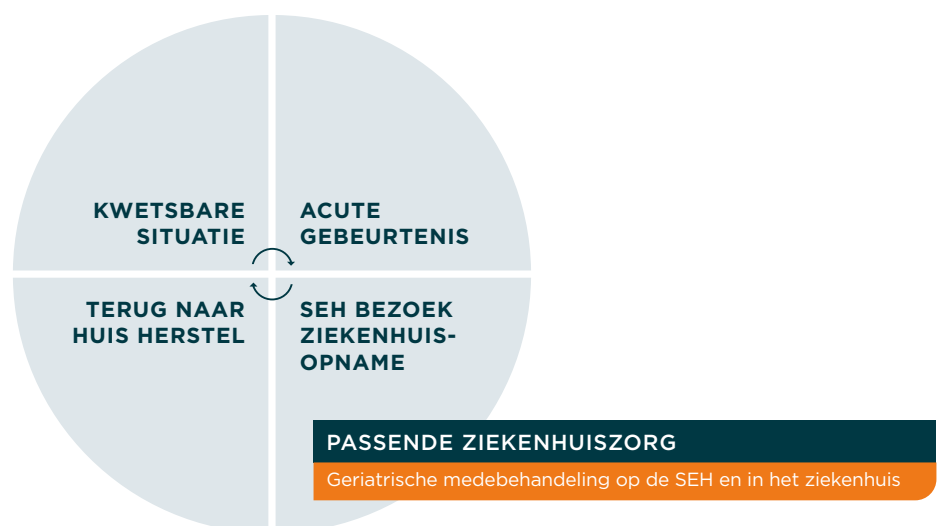
Ook de doorontwikkeling van zorgcentrales biedt hierbij veel potentieel. Zo biedt zorgcentrale NAAST-ZCN - oorspronkelijk opgezet voor opvolging van persoonsalarmering -, ondersteuning aan ouderen en wijkzorg door middel van zorg op afstand.¹¹⁶ Op die manier kunnen ouderen met chronische ziekte(n) worden gemonitord en waar nodig met beeldzorg worden ondersteund. In combinatie met gerichte inzet van (gespecialiseerde) verpleegkundigen die werkzaam zijn in de wijk of het ziekenhuis, wordt zorg op maat geboden, wat ziekenhuisopnamen en polibezoeken voorkomt.¹¹⁷ Ook biedt de zorgcentrale 24 uur per dag verpleegkundige assistentie op afstand. Een verzorgende op een zorglocatie kan telefonisch of via beeldbellen overleggen met een speciaal getrainde verpleegkundige, die adviezen kan geven over de te volgen (op de organisatie afgestemde) protocollen. Zo is op iedere locatie direct verpleegkundige deskundigheid beschikbaar, zonder dat een verpleegkundige altijd fysiek aanwezig moet zijn. De zorgcentrale biedt inmiddels ook andere services, zoals video-monitoring en dubbele controle van medicatie op afstand.



Met een combinatie van een geriatrisch wijkteam acute zorg, een wijkkliniek, een herstelkliniek met 24-uurs opnamemogelijkheid, en een zorgcentrale die monitoring en ondersteuning op afstand biedt, kan de benodigde 24-uurs infrastructuur in de eerste lijn worden gecreëerd, waarmee acute zorgvragen van ouderen zoveel mogelijk thuis of dichtbij huis worden opgevangen en opgelost. Uiteraard bestaan er over deze ontwikkeling nog voldoende vraagstukken. Zo moet worden afgestemd welke oudere acute (ziekenhuis)zorg thuis kan krijgen en wanneer beoordeling in het ziekenhuis noodzakelijk is. Daarnaast bestaan vragen over hoe samengewerkt kan worden in de spoedzorgketen om acute zorg thuis of dichtbij huis te kunnen bieden, vragen over hoe communicatie vorm moet krijgen, en wat dit vraagt van scholing en financiering.

Ook zijn aanpassingen in de randvoorwaarden nodig.¹¹⁸ De strikte scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg blijkt niet meer passend bij deze integrale zorgvormen. Zo zijn de huidige kwaliteits-, toetsings- en toezichtkaders ontwikkeld vanuit en gericht op de afzonderlijke sectoren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gebruikte bijvoorbeeld het Toetsingskader Particuliere Klinieken bij gebrek aan een beter passend toetsingskader, toen het in 2022 de WijkKliniek in Amsterdam bezocht in het kader van haar toezichthoudende taak.¹¹⁹ Ook rijst vanuit zorgverzekeraars de vraag vanuit welk macrokader de zorg in de wijkkliniek moet worden belast en hoe en met wie het inkoopcontract afgesloten moet worden; is dat met het ziekenhuis en/of de ouderenzorgorganisatie? Het gaat immers om een combinatie, of liever gezegd integratie van (laagcomplex) medisch-specialistische zorg en (tijdelijke, herstelgerichte) ouderenzorg, die vanuit een ouderenzorglocatie wordt geboden. De vernieuwingen vragen daarom om meer fluïde regelgeving en sectoroverstijgende bekostiging. In het verlengde hiervan zou het helpen als er ruimte wordt gecreëerd in de grenzen tussen de budgettaire macrokaders binnen de Zorgverzekeringswet (ZvW), bijvoorbeeld door een klein deel van de budgetten voor medisch-specialistische zorg, VVT en eerstelijnszorg te alloceren voor sectoroverstijgende initiatieven.

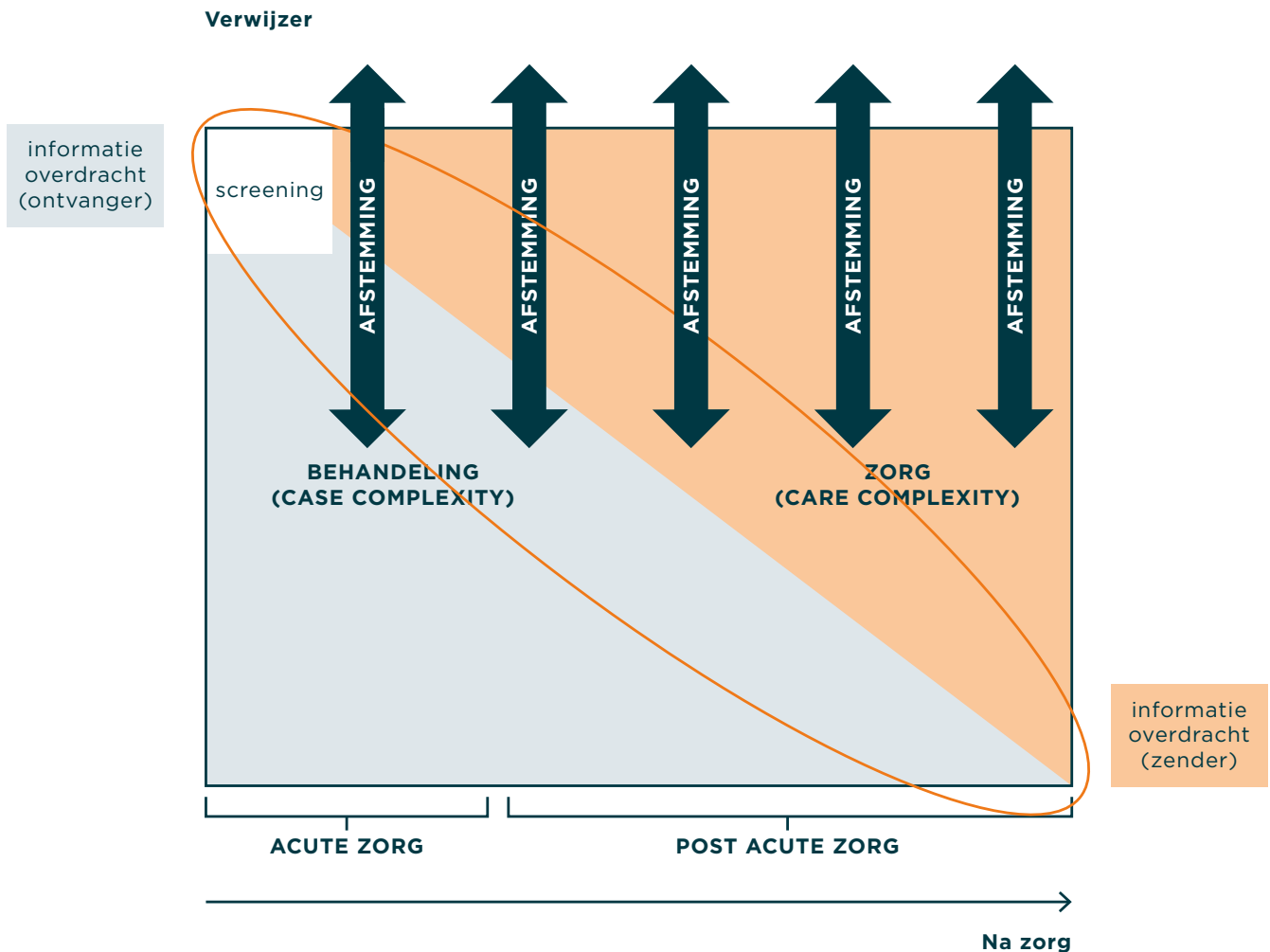
FASE 3. SEH-BEZOEK EN ZIEKENHUISOPNAME - PASSENDE ZIEKENHUISZORG



Figuur 11. Vernieuwingen acute ouderenzorg in fase 3 van de patiëntreis

In de vorige paragrafen bespraken we hoe acute zorgvragen bij ouderen zo veel mogelijk kunnen worden voorkómen of thuis of dichtbij huis kunnen worden opgelost. Als SEH-bezoek of ziekenhuisopname toch nodig is, is het uiteraard van belang dat óók in deze fase het zorgproces zoveel mogelijk wordt georganiseerd vanuit het perspectief van de oudere patiënt, volgens de principes van passende zorg. Van belang is ook dat de ziekenhuiszorg aansluit op de andere fasen in het zorgproces en dat er afstemming is in de gehele zorgketen.

In 2010 bracht de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een rapport uit met voorstellen voor versterking van de medische zorg voor kwetsbare ouderen.¹²⁰ De auteurs geven aan dat een substantieel deel van de problemen van kwetsbare ouderen in de eerstelijnszorg zijn oorsprong vindt in de versnippering van de medisch-specialistische zorg aan kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en een onvoldoende voorbereid ontslag van deze ouderen uit het ziekenhuis. Een snelle detectie in het ziekenhuis van kwetsbare ouderen en een multidisciplinaire samenwerking tussen verwijzer en ziekenhuis zouden de complicaties voor een groot deel kunnen voorkómen. In het rapport bespreken de auteurs een zorgpad voor kwetsbare ouderen in ziekenhuizen, waarin domeinoverstijgende samenwerking, en behandeling gericht op functiebehoud, in plaats van aandoeningsgerichte behandeling, centraal staan.



Figuur 12. Kenmerken van het zorgpad zijn een snelle detectie van kwetsbare ouderen, gevolgd door integrale diagnostiek, consultatieve dienstverlening, multidisciplinaire samenwerking en een duidelijke ontslagplanning. Met de verwijzer moeten afspraken worden gemaakt over de afstemming en samenhang van geleverde zorg. In het ziekenhuis is vastgesteld wie op welk moment de zorg coördineert en daarmee het aanspreekpunt is voor de kwetsbare oudere. Het doel van de integrale zorgverlening is de kwaliteit van leven van de kwetsbare oudere te handhaven of te verbeteren (KNMG, 2010).¹²⁰

Dit zorgpad is in essentie nog steeds de basis van passende ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen. Hoewel sinds 2010 veel vernieuwingen zijn geïmplementeerd om de SEH- en ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren en screening op kwetsbaarheid plaatsvindt in vrijwel alle ziekenhuizen, wordt de ziekenhuiszorg nog niet overal volgens de principes van dit zorgpad uitgevoerd. Een verdere ontwikkeling is nodig, waarbij de zorgbehoeften en het functioneren (kwaliteit van leven) meer centraal worden gesteld, in plaats van aandoeningsgericht handelen.

Binnen het programma Tijd voor Verbinding, dat zich richt op de verbetering van de patiëntveiligheid in Nederland, zijn veel praktijkvoorbeelden geïnventariseerd die bijdragen aan het optimaliseren van de SEH- en ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen.¹²¹ Ook is vanuit dit programma een inspiratie-instrument ontwikkeld waarmee ziekenhuizen kunnen bekijken waar ze staan op het gebied van patiëntveiligheid voor kwetsbare ouderen. Een overzicht van deze praktijkvoorbeelden en het inspiratie-instrument zijn te vinden op de website van het programma [[Tijd voor verbinding-kwetsbare ouderen](#)]. Bij de meeste praktijkvoorbeelden gaat het om een vorm van multidisciplinaire samenwerking en geriatrische medebehandeling op de SEH of in het ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld het geval is binnen het GEM-team in TergooiMC¹²² (zie ook [het handboek GEM](#)) of de pilot orthogeriatrisch co-management in Maastricht UMC¹²³. Ook worden voorbeelden beschreven die gericht zijn op het verhogen van geriatrische kennis, attitude en vaardigheden van zorgprofessionals en op het samen kiezen met de oudere patiënt, op basis van waarden, doelen en kwetsbaarheid. Voor meer informatie kan ook het [webinar over passende zorg voor oudere patiënten met kwetsbaarheid op de SEH](#) (november 2022) van het Leernetwerk Acute Ouderenzorg worden geraadpleegd.

Semi-acute unit Geriatrie Zuyderland

Er zijn ook ziekenhuizen die ouderen, indien de situatie niet levensbedreigend is, niet op de SEH zien, maar op een semi-acute unit Geriatrie (SAUG). Een van die ziekenhuizen is Zuyderland Medisch Centrum. Daar wordt op de SAUG tijdens vier sessies van elk 45 minuten onderzoek gedaan.¹²⁴ De patiënt blijft zitten, terwijl de specialisten en verpleegkundigen zich rondom de patiënt verplaatsen. Zo ontstaat een carouselmodel waarbij de patiënt door verschillende hulpverleners wordt gezien. Daarna vindt overleg plaats tussen de specialisten, de verpleegkundigen, de huisarts en het Service Center Ketenzorg, dat de thuiszorg regelt voor ontslagen ziekenhuispatiënten. In 95% van de gevallen wordt een behandelplan vastgesteld en gaat de patiënt terug naar huis, eventueel met intensivering van thuiszorg. De kleine groep overige patiënten wordt alsnog opgenomen of overgeplaatst naar een zorgcentrum. Patiënten krijgen een zo volledig mogelijke beoordeling, met een behandelplan. Daarnaast is er persoonlijke aandacht voor de patiënt, die samen met de mantelzorger in een comfortabele omgeving kan verblijven. De semi-acute unit Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum wordt ondersteund door de medewerkers van de Acute Opname Afdeling (AOA), waardoor de juiste ervaring wordt ingezet en goed kan worden geanticipeerd als blijkt dat de patiënt te ziek is om terug te keren naar huis en opgenomen moet worden.

Subacute Zorgstraat Maasstad Ziekenhuis

In Rotterdam kunnen huisartsen kwetsbare oudere patiënten die in een crisissituatie dreigen te komen, verwijzen naar de Subacute Zorgstraat in het Maasstad Ziekenhuis, in plaats van naar de SEH.¹²⁵ Patiënten die bij de Subacute Zorgstraat komen, krijgen een geriatrische beoordeling door een multidisciplinair team. Dit team bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde van Aafje, een klinisch geriater, een geriatrieverpleegkundige, een medisch-maatschappelijk werker van het Maasstad Ziekenhuis en een sociaal werker van welzijnsorganisatie PIT 010. Het team stelt aan de hand van de wensen en behoeften van de patiënt en medische uitkomsten een behandelplan op. In de Subacute Zorgstraat zijn ziekenfaciliteiten beschikbaar, waarmee beeldvorming, bloedonderzoek en uitgebreid psychologisch onderzoek kan plaatsvinden. Door de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater in het multidisciplinair team, ontstaat een breder beeld van wat speelt bij de patiënt.



Wetenschappelijke onderbouwing

In 2016 publiceerden we een rapport met een overzicht van interventies die de (transmurale) ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen kunnen verbeteren.¹²⁶ Vanuit het programma Tijd voor Verbinding, dat opgezet is om onder andere de patiëntveiligheid van kwetsbare ouderen te verbeteren, is onlangs een nieuwe kennissynthese opgesteld.¹²⁷ In deze kennissynthese is de wetenschappelijke kennis samengevat van interventies die bijdragen aan het verbeteren van de patiëntveiligheid van de SEH- en ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen. De focus ligt hierbij op de volgende thema's: 1) samen kiezen op basis van waarden, doelen en kwetsbaarheden, 2) multidisciplinaire samenwerking, 3) keten- en netwerkzorg en 4) het verhogen van kennis, attitude en vaardigheden van zorgprofessionals.

De rode draad in deze studies is dat welbevinden, kwaliteit van leven en functiebehoud centraal moeten worden gesteld bij kwetsbare ouderen die worden gezien op de SEH of worden opgenomen in het ziekenhuis, en dat de oudere en zorgverlener samen beslissen over de behandeling, zoals ook is beschreven bij de generieke uitgangspunten voor acute ouderenzorg in dit rapport. Ook hebben de studies aangetoond dat geriatrische medebehandeling, zowel op de SEH als in het ziekenhuis, bijdraagt aan de patiëntveiligheid en kwaliteit van de spoed- en ziekenhuiszorg voor deze ouderen.

Deze geriatrische medebehandeling kent vele vormen, zoals [geriatrische emergency medicine teams](#) (GEM-teams¹²²), geriatrische trauma-units, et cetera.

FASE 4. HERSTEL EN NAZORG: BEGELEIDE OVERGANG NAAR HUIS



Figuur 13. Vernieuwingen acute ouderenzorg in fase 3 van de patiëntreis

Zoals besproken in Hoofdstuk 1, is de terugkeer naar huis na een ziekenhuisopname of SEH-bezoek een risicovolle fase voor kwetsbare ouderen. De nazorg na een SEH-bezoek of ziekenhuisopname is voor deze ouderen op dit moment suboptimaal. Hierdoor kan verder functieverlies ontstaan en een toename in de zorgbehoefte, leidend tot SEH- en ziekenhuisopnamen. Een goede, transmurale en herstelgerichte begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis kan verdere achteruitgang in het functioneren van ouderen beperken en een deel van de heropnamen voorkomen, en draagt bij aan doelmatige zorg.

Een deel van de oudere zorgvragers kan niet direct zelfstandig naar huis terugkeren na opname in het ziekenhuis en heeft nog behoefte aan herstel- of revalidatiezorg. Ook als ouderen nog herstellen op een GR-afdeling of ELV-plek draagt transmurale begeleiding naar huis bij aan een beter herstel. In een aantal regio's krijgt dit vorm door de ontwikkeling van ambulante GR.

Transmurale Zorgbrug

In enkele regio's, zoals in de regio Eindhoven, wordt de transmurale zorg voor kwetsbare ouderen vormgegeven volgens de werkwijze van de Transmurale Zorgbrug (zie de wetenschappelijke onderbouwing in de volgende paragraaf).¹²⁸ Betrokken zorgverleners ervaren de werkwijze van de Transmurale Zorgbrug als *"inspirerend en vernieuwend, omdat je het proces vanuit de eerste naar de tweede lijn, en weer terug, voortzet"*. In plaats van een wijkverpleegkundige (zoals in de studie naar de Transmurale Zorgbrug het geval is) heeft in Eindhoven de POH-Ouderen contact met het ziekenhuis voor een warme overdracht. Ook bezoekt de POH-Ouderen de oudere thuis op na een ziekenhuisopname. In de meeste regio's is de Transmurale Zorgbrug niet (of alleen deels) geïmplementeerd, maar zijn wel inhoudelijke en procesafspraken gemaakt over de medische en verpleegkundige gegevensoverdracht bij kwetsbare ouderen, zoals bijvoorbeeld in de regio Kennemerland.¹²⁹



Ook werken diverse ziekenhuizen aan de ontwikkeling van 'early discharge, hospital at home'. Hierbij wordt de ziekenhuiszorg deels thuis geboden, zodat de patiënt vroegtijdig uit het ziekenhuis kan worden ontslagen. De patiënt heeft hierdoor minder risico op ziekenhuisgerelateerde complicaties en het creëert capaciteit in ziekenhuisbedden. In de huidige praktijk gaat het (net als bij de eerder aangehaalde hospital avoidance, hospital at home-interventies) vaak om eenvoudige ziekenhuisbehandelingen, zoals infuustherapie met antibiotica of immunoglobulinen. De interventies zijn niet specifiek gericht op het herstel van functioneren of het voorkomen van heropnamen.

Wetenschappelijke onderbouwing

In 2008 hebben we een gerandomiseerde studie uitgevoerd om het effect van de Transmurale Zorgbrug te onderzoeken.¹³⁰ De Transmurale Zorgbrug is een Nederlandse versie van een transmurale zorginterventie en bestaat uit de volgende stappen: 1) het uitvoeren van een geriatrische assessmet en opstellen van een zorgbehandelplan voor kwetsbare ouderen, 2) het verzorgen van een warme overdracht voor ontslag (door het bezoek van een wijkverpleegkundige aan het ziekenhuis) en 3) het afleggen van huisbezoeken door de wijkverpleegkundige (de eerste binnen 48 uur) na ontslag, voor medicatieverificatie en om eventuele (geriatrische) problemen te behandelen. In de interventiegroep daalde het sterftcijfer 30 dagen na opname met 36%. Er werden geen verschillen gevonden tussen de interventie- en controlegroep in functieverlies, ongeplande heropname en tijd tot opname in een verpleeghuis in de eerste zes maanden na ziekenhuisopname. Wijkverpleegkundigen waren positief over de proactieve werkwijze; zij vonden het prettig om de kwetsbare ouderen eerder en beter in beeld te hebben. Ouderen vonden het prettig dat de wijkverpleegkundige hen begeleidde na een ziekenhuisopname en in het bijzonder vonden ze het waardevol dat de wijkverpleegkundige hen wegwijs maakte bij de verschillende instanties.

In 2018 werd vanuit onze onderzoekslijn de Cardiologische Zorgbrug geïntroduceerd; een door verpleegkundigen gecoördineerd transmuraal zorgprogramma, bestaande uit casemanagement, diseasemanagement of ziektegerichte zorg, en hartrevalidatie thuis van kwetsbare, oudere patiënten, die in het ziekenhuis waren opgenomen voor een hartaandoening.¹³¹ De Cardiologische Zorgbrug bleek niet effectief in het verminderen van heropname en overlijden bij deze (zeer) kwetsbare, oudere patiënten.¹³² De onderzoekers gaven als mogelijke verklaring dat de doelgroep te kwetsbaar was voor deze interventie en mogelijk meer baat heeft bij palliatieve zorginterventies. Ook werd gezien dat de verschillende interventiecomponenten bij twee derde van de patiënten minder goed werden uitgevoerd. Het lukte de wijkverpleegkundige in de ontslagfase om logistieke redenen vaak niet om voor een warme overdracht naar het ziekenhuis te komen en patiënten voelden zich te moe voor het revalidatieprogramma van de fysiotherapeut.

Internationale studies laten zien dat transmurale zorginterventies sterfte en ziekenhuisheropnamen van ouderen en chronisch zieke patiënten verminderen.¹³³ Vooral transmurale zorginterventies met een hoge intensiteit verminderen het aantal korte termijn-heropnamen in het ziekenhuis (<30 dagen).¹³⁴ Een meer recente systematische review (uit 2019) laat zien dat vooral de volgende (transmurale) zorginterventies vroegtijdig ontslag kunnen bevorderen en vertraagd ontslag ('verkeerde bedden') of onverwachte heropnamen kunnen voorkomen: interventies 1) waarbij sprake is van integrale zorg tussen ziekenhuis en eerste lijn, 2) waarbij de interventies vanuit een multidisciplinair team worden geboden, 3) die afgestemd zijn op de individuele zorgbehoefte van de patiënt, 4) waarbij de ontslagplanning actief geïnitieerd wordt vanuit het ziekenhuis en 5) waarbij follow-up plaatsvindt door een medisch specialist.¹³⁵

Ambulante GR

Geriatrische revalidatie (GR) bestaat uit geïntegreerde, multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang. Hierbij wordt gestreefd naar een dusdanig herstel op het gebied van activiteiten en participatie dat terugkeer naar de oude woonsituatie bij voorkeur mogelijk is.

In de praktijk zien we dat de doelgroep voor GR steeds complexer wordt. De ouderen hebben meer (complexe) problemen, ook omdat zij steeds sneller worden doorgeplaatst vanuit het ziekenhuis. GR wordt op dit moment nog weinig in de thuissituatie aangeboden. Organisaties noemen diverse factoren die het bieden van ambulante GR belemmeren, zoals logistieke beperkingen (planning, afstand en kosten), de belasting voor de revalidant om naar de instelling te reizen, de reistijd van professionals en (de tot voor kort) beperkte aanspraak op ambulante GR. Er zijn echter voorbeelden van organisaties waar ambulante GR al verder ontwikkeld is. Deze zorgorganisaties gebruiken sensortechnologie om ambulante GR te bevorderen.¹³⁶ Door deze sensortechnologie kunnen op afstand de beweegactiviteiten van revalidanten worden gemeten, waardoor revalidanten en zorgprofessionals objectief inzicht krijgen in de voortgang van de revalidatie. Een ergotherapeut of fysiotherapeut van het GR-team coacht hierbij de revalidant; dit gebeurt deels via beeldcontact en deels met fysieke afspraken. In een eerdere publicatie hebben we de ervaringen van deze zorgorganisaties met deze wijze van ambulante GR beschreven.¹³⁶

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend is dat de eigen woonomgeving voor ouderen de beste plek is om te revalideren.¹³⁷⁻¹³⁹ In de eigen woonomgeving worden participatiedoelen duidelijk.¹⁴⁰ Ouderen geven zelf ook de voorkeur aan revalidatie in de eigen woonomgeving.¹⁴¹ Door de genoemde barrières in tijd en ruimte en de tot voor kort beperkte aanspraak, is GR in de eigen woonomgeving, al dan niet na een periode van klinische GR, nog niet gangbaar. Telerevalidatie, met monitoring en begeleiding op afstand door de inzet van e-health toepassingen, kan de genoemde barrières in tijd en ruimte van ambulante GR wegnemen, maar wordt nog maar beperkt in de GR ingezet.¹⁴²

Begin 2023 is vanuit het ‘Samenwerkingsverband ambulante GR’, dat bestaat uit GR-organisaties, zorgverzekeraars, mantelzorgers en kennisorganisaties en vertegenwoordigers van revalidanten, een ontwikkel- en onderzoeksproject gestart, gericht op het uitbreiden van ambulante GR (thuis en poliklinisch), waarbij GR zoveel mogelijk vanuit huis wordt aangeboden. Zodoende kunnen ouderen revalideren in een natuurlijk, therapeutisch klimaat en tegelijkertijd participeren in het dagelijks leven. Hierbij wordt ingezet op het versterken van zelfmanagement en het netwerk, en worden sensormonitoring, andere vormen van e-health en blended zorgvormen toegepast.

Het project wordt uitgevoerd in acht proeftuinen in de regio’s Limburg, Noord-Holland en Zuid-Holland, waarbij de proeftuin ambulante GR van Vivium-Zilveren Kruis het uitgangspunt vormt. De proeftuinen werken samen met onderzoekers van Maastricht University, Leiden UMC en Amsterdam UMC, die de haalbaarheid en (kosten)effectiviteit van deze vormen van ambulante GR evalueren. Het samenwerkingsverband maakt inmiddels onderdeel uit van het Leernetwerk Acute Ouderenzorg.

AANDACHTSPUNTEN TRANSMURALE ZIEKENHUISZORG EN AMBULANTE GR

Hoewel in de meeste regio’s wordt gewerkt aan verbetering van het ontslagproces en de gegevensoverdracht, is transmurale nazorg na een ziekenhuisopname bij kwetsbare ouderen nog niet vanzelfsprekend. Het ziekenhuis en de huisarts, in samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde en wijkzorg, hebben hierbij een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Door deze gezamenlijke verantwoordelijkheid is het in de dagelijkse praktijk moeilijk om deze transmurale zorg op een goede manier verder vorm te geven. Echter, als transmurale zorg goed wordt afgestemd op de individuele zorgbehoefte en meer gericht is op het herstel van functioneren en participatiedoelen van oudere patiënten, kan deze zorg in belangrijke mate bijdragen aan de verbetering van de acute ouderenzorg en een substantieel deel van de heropnamen van oudere patiënten voorkomen. Hetzelfde geldt voor nazorg na SEH-bezoek van een oudere. Zoals eerder in dit rapport is beschreven, komt immers meer dan tien procent van de ouderen binnen een maand na een eerder SEH-bezoek terug op de SEH. Dit komt niet alleen door de kwetsbare gezondheidssituatie van de oudere, maar ook doordat in de huidige praktijk na een SEH-bezoek geen of insufficiënte nazorg wordt geboden.



De wijkverpleegkundige of POH-Ouderen kan een belangrijke rol vervullen in de nazorg na SEH-bezoek en in de transmurale nazorg na ziekenhuisopname bij ouderen met complexe kwetsbaarheid, zoals het voorbeeld in Eindhoven laat zien. In deze risicovolle periode kan ook medebehandeling door de specialist ouderengeneeskunde van meerwaarde zijn, waarmee verbinding wordt gelegd met de eerste fase en kwadrant van het model. Uiteraard zijn ook andere vormen van samenwerking mogelijk. Zo kan een combinatie gemaakt worden van transmurale nazorg en ambulante GR.

REGIONALE ZORGCOÖRDINATIE



Figuur 14. Regionale zorgcoördinatie

Een belangrijke randvoorwaarde voor de ontwikkeling van acute ouderenzorg is regionale zorgcoördinatie. In het IZA hebben de partijen afgesproken om te komen tot landelijk dekkende zorgcoördinatie. Deze afspraken zijn uitgewerkt in het rapport *Advies Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie*.¹⁴³ Zorgcoördinatie gaat over het proces waarin de burger of zorgverlener wordt begeleid vanaf het moment dat er een acute zorgvraag is tot aan het vinden van een beschikbare plek waar passende zorg wordt verleend. Het gaat hierbij om domeinoverstijgende samenwerking, zodat de burger met een acute zorgvraag de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste zorgverlener en op het juiste moment ontvangt, opdat de schaarse capaciteit effectief en efficiënt wordt ingezet.

Binnen een zorgcoördinatievoorziening werken ketenpartners vanuit de acute huisartsenzorg, ambulancezorg en acute wijkzorg samen in nauwe afstemming met ziekenhuizen (poortspecialisten en SEH-artsen) en de geestelijke gezondheidszorg. Op basis van de klachten van de burger en relevante patiëntinformatie, bepalen zij wanneer zorg nodig is (urgentie van een zorgvraag), welke zorg nodig is (best passende zorginzet) en waar deze zorg geleverd kan worden (coördinatie van de zorginzet). Daarnaast is de zorgcoördinatievoorziening 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar voor zorgverleners die (acuut) noodzakelijke vervolgzorg zoeken voor hun patiënt. De voorziening neemt dan ook het zoeken en vinden van een juiste vervolgzorgplek uit handen.



Uit de Pilots Zorgcoördinatie blijkt dat zorgcoördinatiecentra meerwaarde hebben voor de toegankelijkheid van acute zorg.¹⁴⁴ De Pilots Zorgcoördinatie onderstrepen hierbij het belang van samenwerking met VVT. In reactie op het rapport Advies Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie, dat op basis van de ervaringen vanuit de Pilots Zorgcoördinatie is opgesteld, heeft (demissionair) minister Kuipers besloten dat zorgcoördinatiecentra een vorm van budgetfinanciering krijgen, die de beschikbaarheid van specifieke zorgfuncties per regio garandeert.¹⁴⁵ Per ROAZ-regio wordt één bestuurlijke organisatie voor dit zorgcoördinatiecentrum verantwoordelijk (dit kunnen ook enkele zorgcoördinatiecentra zijn, wel onder verantwoordelijkheid van één organisatie).

Op dit moment is in alle regio's in Nederland al een vorm van regionale zorgcoördinatie voor de VVT georganiseerd¹⁴⁶, ontstaan vanuit regionale coördinatiepunten ELV (ook wel aanmeldportalen genoemd) en vooral 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 van het Landelijk Leernetwerk Acute Ouderenzorg, 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). Door deze actieve sturing draagt zorgcoördinatie ook bij aan het verbeteren van acute ouderenzorg in de regio. In het [voorbeeld MooiMaasvallei](#) in de bijlage, beschrijven we uitgebreider hoe zorgcoördinatie in deze regio vorm heeft gekregen. Ook in het online webinar van het Leernetwerk Acute Ouderenzorg, over [regionale inrichting van de acute ouderenzorg](#) (mei 2023), zoomen we hierop in.



Figuur 14. Overzicht van de belangrijkste vernieuwingen voor de regionale ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg, samengevat in het model met de patiëntreis en de vier bouwstenen.

4. BESCHOUWING

In de afgelopen jaren is veel energie gestoken in de ontwikkeling van regionale samenwerking, als oplossing voor de fragmentatie en de arbeidsmarktproblematiek en om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden. In de meeste regio's bestaan inmiddels regionale samenwerkingsverbanden, die op basis van regiobeelden en regioplannen initiatieven ontplooien om gezamenlijk het welzijn van, en de zorg voor, (vooral kwetsbare) burgers te verbeteren. Zoals we hebben laten zien in dit rapport, betreft het overgrote deel van deze initiatieven tot nu toe vernieuwingen in het eerste en het derde kwadrant van het model met de vier bouwstenen acute ouderenzorg. Het zijn doorgaans vernieuwingen binnen één sector, de eerste- óf de tweedelijnszorg, of verbeteringen van de ketensamenwerking. Het tweede en vierde kwadrant van het model, die zich op het snijvlak tussen de eerste- en tweedelijnszorg bevinden, zijn minder ontwikkeld. Er zijn nog weinig initiatieven waarbij 'de cure en de care' echt worden geïntegreerd en sprake is van een vernieuwing van de derde orde (fundamentele transformatie), terwijl juist hier de meeste winst te behalen valt in de maatschappelijke transformatieopgave en het toekomstbestendig maken van de acute ouderenzorg.

Het unieke aan vernieuwingen waarbij de zorgprocessen van de eerste- en tweede lijn worden geïntegreerd, is dat zorgprofessionals uit de eerste lijn, ouderenzorg en de (acute) ziekenhuiszorg één team vormen. Dit gaat verder dan 'samenwerken in de keten'. Doordat zorgprofessionals - met diverse achtergronden en perspectieven - samenwerken in één team, leren zij veel van elkaar. Hierdoor ontwikkelen zij gezamenlijk de benodigde expertise om geriatrische acute zorg (zoveel als mogelijk) thuis of dichtbij huis te kunnen bieden. Deze zorg sluit daardoor beter aan bij de verwachtingen en zorgbehoeften van kwetsbare ouderen in acute situaties; juist omdat de kwaliteit van leven en het (behoud of herstel van) functioneren centraal worden gesteld. Hierdoor wordt de druk op de acute zorg (en ook op de reguliere wijkzorg) verminderd. Bovendien leidt deze integrale zorg tot nieuwe ontwikkelingsmogelijkheden in de loopbaan van zorgprofessionals; zoals duale banen en regiovoering in het netwerk, waardoor meer zorgprofessionals kunnen worden behouden voor zowel de acute als de ouderenzorg.

Het implementeren van vernieuwingen waarbij 'de cure en de care' worden geïntegreerd is echter een complexe opgave, en lukt alleen als de samenwerkende partners de urgentie onderschrijven, vertrouwen in elkaar hebben en een gezamenlijke populatieverantwoordelijkheid dragen. Om deze mechanismes te laten werken, kunnen regio's verschillende strategieën toepassen; deze hebben we in een recent onderzoeksrapport verder toegelicht en onderbouwd.¹¹⁸ Ook beschreven we in het onderzoeksrapport welke aanpassingen in randvoorwaarden nodig zijn om de transformatieopgave te stimuleren. De strikte scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg, en de sectoraal-gerichte kwaliteits-, toetsings- en toezichtkaders zijn bijvoorbeeld niet meer passend. Bovendien belemmert de huidige, gefragmenteerde, productbekostiging de verdere ontwikkeling van en samenhang tussen deze nieuwe zorgmodaliteiten. Ook tijdelijke experimentbesteding, zoals met de beleidsregel innovatie, is gericht op een individuele zorgprestatie en biedt daarmee onvoldoende ruimte om innovaties in samenhang verder te brengen. De transformatie richting integrale zorg vraagt daarom om meer fluïde, sectoroverstijgende

regelgeving en om een bredere, coherente en structurele vorm van sector- en domeinoverstijgende bekostiging. In het verlengde hiervan zou het helpen als er ruimte wordt gecreëerd in de grenzen tussen de budgettaire macrokaders binnen de ZvW, bijvoorbeeld door een klein deel van de budgetten voor medisch-specialistische zorg, ouderenzorgorganisaties en eerstelijnszorg te alloceren voor dergelijke sectoroverstijgende initiatieven. Verder is het van groot belang dat systeempartijen congruent beleid uitvoeren en dat er op systeemniveau gewerkt (blijft) worden aan het faciliteren van de uitwisseling van patiëntgegevens en het verkrijgen van (continu) inzicht in de regionale zorgcapaciteit en vrije bedden.¹¹⁸

Wellicht zijn er ook verdergaande stelselwijzigingen nodig om de complexiteit van de (ook acute) zorg aan kwetsbare ouderen te vereenvoudigen. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) beschreef in het rapport 'Grenzeloos samenwerken?' al dat zorgorganisaties die zorg uit verschillende sectoren en wetten willen combineren, dit vanwege de verdeelde verantwoordelijkheden niet goed gefinancierd en georganiseerd krijgen.¹⁴⁷ Bij domein- en sectoroverstijgende samenwerking zouden de geldstromen de verschuivingen van zorg permanent moeten volgen om het 'wrong-pocket'-probleem te verminderen. Ook in het recente rapport 'Met de stroom mee' beschrijft de RVS dat de toegankelijkheid van de zorg onder druk staat; juist ook voor kwetsbare doelgroepen die veel zorg nodig hebben. Dit komt door de gefragmenteerde wijze waarop we op dit moment zorg en ondersteuning organiseren, financieren en aansturen, en de wijze waarop concurrentie in bepaalde delen van de zorg uitwerkt.¹⁴⁸ De RVS pleit daarom voor het minderen van de concurrentie in de ZvW op gebieden waar goede samenwerking belangrijk is, zoals de eerstelijnszorg en de acute zorg. Ook adviseert de RVS de inzet van sectorale, budgettaire kaders – en het daarbij behorende sectoraal macrobeheersinstrument – aan te passen, in lijn met de nieuwe, meer regionaal georiënteerde inkoop van verschillende delen van de zorg. Zodoende maakt sectorale, landelijke macrobeheersing plaats voor regionale financiële kaders over sectoren en domeinen heen, en komen zorgverzekeraars en gemeenten in de positie om daadkrachtig afspraken te maken over substitutie en verschuiving van zorg. Wij onderschrijven deze adviezen van de RVS. Toch kunnen en moeten zorgaanbieders niet wachten op deze aanpassingen in randvoorwaarden met het ondernemen van integrale samenwerkingsinitiatieven. Dergelijke veranderingen in regelgeving en bekostiging nemen namelijk veel tijd in beslag en vragen niet alleen om een gezamenlijk en adaptief proces tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers, maar ook om een politiek en maatschappelijk proces. De urgentie is te hoog om hierop te wachten.

Wat ons ook is opgevallen bij het schrijven van dit rapport, is de enorme hoeveelheid vernieuwingsprojecten die er bestaan. Niet alleen de zorg, maar ook het zorginnovatielandschap is sterk gefragmenteerd, waardoor je door de bomen het bos niet meer ziet. Dikwijls lijken de projecten op elkaar, maar worden ze net wat anders gepresenteerd. Ook worden voor soortgelijke projecten vaak aparte beleidsregels innovatie of andere vormen van experimentbekostiging aangevraagd vanuit verschillende regio's. Dit is bijvoorbeeld gebeurd bij pilots 'observatiebedden' binnen het ELV en dreigde ook te gebeuren bij de doorontwikkeling van het concept van de wijkkliniek in de proeftuinen, omdat de proeftuinen het op enkele (maar niet fundamentele) onderdelen wilden aanpassen aan de regionale context. Door het denken in en werken met 'projecten' en 'pilots' bij zorginnovatie is het moeilijk om het verband tussen de diverse innovatieprojecten in een regio te zien, terwijl juist de samenhang tussen de vernieuwingen belangrijk is om tot transformatie van de (acute ouderen)zorg te komen.

Bovendien belemmert het denken in producten, pilots en projecten de opschaling van veelbelovende vernieuwingen in de zorg. We ondervinden dit bij de opschaling van de wijkkliniek en MESO is een ander voorbeeld waarbij dit probleem duidelijk zichtbaar is. Bij beide zorginnovaties wordt vanuit de projectcoördinatie wel degelijk geprobeerd om de nodige ruimte te geven aan proeftuinregio's, om de innovatie aan te passen aan de regionale context. Hierdoor ontstaan echter uitdagingen, bijvoorbeeld in het gelijkgericht handelen van de verschillende zorgverzekeraars bij de contractering met experimentele financiering en in de evaluatie van de doelmatigheid van deze vernieuwingen. Wij zijn van mening dat bij de opschaling en borging van deze (complexe) zorgvernieuwingen te rigide wordt vastgehouden aan één uitvoeringsvorm van de innovatie. Specifiek voor dat zorgproduct (in die uitvoeringsvorm) moet dan eerst de effectiviteit, doelmatigheid en schaalbaarheid worden aangetoond, voordat de vernieuwing als regulier zorgproduct wordt beschouwd en structurele bekostiging wordt ingevoerd. Hierdoor duurt het aanzienlijk lang (vele jaren) voordat dergelijke innovaties haar weg vinden in de dagelijkse praktijk. Wij raden dan ook aan om bij de opschaling en borging van dergelijke vernieuwingen meer rekening te houden met de context waarin deze zijn ontstaan. Zowel de regionale context als de tijd waarin de vernieuwing ontwikkeld wordt, hebben immers invloed op de uitkomsten die met de innovatie worden beoogd. Door hier rekening mee te houden, kunnen de werkende principes en achterliggende mechanismen van de zorgvernieuwing beter worden ontrafeld; hiervoor bestaan valide methoden vanuit wetenschappelijk onderzoek.^{149,150} Via deze strategie ontstaat meer ruimte voor (continue) aanpassing van de vernieuwing, op basis van (eveneens continue) evaluatie, en de geleidelijke toepassing ervan in (steeds meer) verschillende regionale contexten. Bovendien kan een regio op deze wijze de vernieuwing beter in samenhang met andere vernieuwingen opzetten en (door)ontwikkelen, zonder dat de essentie ervan verloren gaat. Het vraagstuk is dan niet meer óf een vernieuwing zoals MESO of de wijkkliniek doelmatig is in een proeftuinregio, maar hóe dergelijke innovaties op een doelmatige manier vorm kunnen krijgen in het (snel veranderende) zorglandschap en in verschillende regionale contexten.

5. CONCLUSIES

Alles overziend komen we tot de volgende conclusies:

- De groep kwetsbare, oudere patiënten met acute zorgvragen groeit sterk. Deze ouderen hebben vaak al langer bestaande klachten voordat zij met spoedzorg te maken krijgen. Door een kleine ontregeling escaleert de problematiek en ontstaat een crisissituatie.
- Omdat acute zorgvragen vaak een cascade aan zorg in gang zetten, is van belang dat acute zorgvragen bij ouderen zo veel mogelijk worden voorkómen, of thuis of dichtbij huis worden opgelost. Ons huidige zorgsysteem is hierop nog niet goed ingericht. Preventieve en proactieve zorg wordt nog niet overal ingezet, zorgprofessionals hebben onvoldoende kennis van het ontstaan van acute zorgvragen bij deze doelgroep en het functioneren van de oudere staat nog onvoldoende centraal in de acute zorg. Bovendien is er nog geen 24-uurs infrastructuur in de eerste lijn om acute zorgvragen goed op te vangen, waardoor de weg via het ziekenhuis vaak de enige optie is.
- Er zijn vele innovatieve voorbeelden voorhanden om de acute zorg voor ouderen passend in te richten, maar deze bieden slechts voor een deel van de transformatieopgave een oplossing. Om integrale acute zorg voor ouderen in de regio te kunnen garanderen, is het van belang dat deze vernieuwingen in samenhang worden ontwikkeld, en niet als losstaande projecten. Het model met de vier bouwstenen bij de verschillende fasen in de patiëntreis van de oudere in de acute zorg kan hierbij helpend zijn.
- De kracht van deze regionale, samenhangende zorgvernieuwing zit in de integratie tussen cure en care. Zodoende kan een regionale 24-uurs infrastructuur worden gerealiseerd, waarmee acute zorgvragen van ouderen zoveel mogelijk worden voorkomen, en thuis of dichtbij huis worden opgelost. Deze benadering vraagt om een expliciete en brede rol van ouderenzorgorganisaties en -professionals in de acute zorg. En, vice versa; om een expliciete en brede rol van acute zorgprofessionals in de ouderenzorg en wijkzorg.
- Een vernieuwing waarbij integrale samenwerking tussen cure en care noodzakelijk is, zoals de wijkkliniek, kan een katalysator zijn voor verdergaande sectoroverstijgende samenwerking in de regio; als een pars pro toto. Vanuit deze beweging kunnen de lijnen beter worden losgelaten en kunnen de regiopartners, vanuit gezamenlijke populatieverantwoordelijkheid, verder werken aan de benodigde 24-uurs infrastructuur.

- Er bestaat echter geen 'one size fits all'-principe. Zorginnovaties zoals de wijkkliniek of MESO kunnen niet landelijk worden 'uitgerold'. Zorgvernieuwing, ook in de acute zorg, is een continu, adaptief en responsief proces, waarbij samenwerkingspartners vanuit de lokale en regionale context handelen en voortbouwen op wat al goed gaat. Bij opschaling en borging van dergelijke vernieuwingen zou meer rekening moeten worden gehouden met de context waarin de vernieuwingen zijn ontstaan.
- Het loslaten van het oude denken in zorgproducten, pilots en projecten biedt bovendien ruimte - ook financieel - aan continue (door)ontwikkeling en (ook continue) evaluatie van duurzame en samenhangende regionale zorgvernieuwing.
- Integrale acute ouderenzorg vraagt op alle niveaus om vergaande samenwerking tussen partners in de zorg. Dit is een complexe opgave en lukt alleen als de samenwerkende partners de urgentie onderschrijven, vertrouwen in elkaar hebben en een gezamenlijke populatieverantwoordelijkheid dragen. Daarbij is het van belang dat steunpartijen veranderingen doorvoeren zodat de benodigde randvoorwaarden worden gerealiseerd. Want alleen met aandacht voor een congruente visie, cultuur en structuur, op zowel regionaal als landelijk niveau, kan de meervoudige transformatieopgave naar integrale acute ouderenzorg worden gerealiseerd.

REFERENTIES

1. Bijleveld CCJH et al. Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. WRR. Rapport nr. 104, 2021 Sept 10. [\[link\]](#)
2. Gaffke P. Verpleeghuizen overspoeld met crisisgevallen, waardoor anderen nog langer moeten wachten. EenVandaag. 2023 Jul 21. [\[link\]](#)
3. Groen J et al. Wachten op wijkverpleging. Onderzoek naar de beschikbaarheid van wijkverpleging. SiRM. 2023 Feb 21. [\[link\]](#)
4. ActiZ. De vraag naar wijkverpleging veel groter dan het aanbod. 2023 Mrt 23. [\[link\]](#)
5. Baltesen F. SEH's gemiddeld 38 minuten per dag dicht. Skipr. 2023 Mrt 23. [\[link\]](#)
6. 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. [\[link\]](#)
7. Integraal Zorgakkoord (IZA). Samen werken aan gezonde zorg. VWS. 2022 Sept 16. [\[link\]](#)
8. Gaakeer M, Kruizinga S. Concentratie is geen panacee voor kwaliteit of doelmatigheid van SEH-zorg. Zorgvisie. 2020 Jun 8. [\[link\]](#)
9. Baltesen F. Voorbode IZA? 'Kwaliteit lager na concentratie acute zorg Noord-Nederland'. Zorgvisie. 2023 Jul 19. [\[link\]](#)
10. Kiers B, Mark Kramer. 'Verdere concentratie van complexe acute zorg is onvermijdelijk'. Zorgvisie 2023 Feb 17. [\[link\]](#)
11. Schoon Y. Meer ouderenzorgkennis nodig op de spoedeisende hulp. TvO 2020, Apr 2. [\[link\]](#)
12. Buurman BM. Van symptoombestrijding naar duurzame acute ouderenzorg. Universiteit van Amsterdam. Oratie, 2018 Jun 22. [\[link\]](#)
13. Van Haarlem N. Betere zorg voor kwetsbare ouderen. Begin met herkenbare knelpunten. Magazine De Eerstelijns. 2016 Dec 19. [\[link\]](#)
14. CBS. Ouderen 2023. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
15. SCP. Trends in de ouderenzorg 2018-2030. Het aantal ouderen neemt toe. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
16. Vektis. 4% van alle 40-plussers heeft dementie in 2030. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
17. RIVM. Cijfers en feiten ouderen in Nederland. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
18. RIVM. Ouderdomsziekten zorgen voor grote druk op de zorg [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
19. RIVM. De impact van de vergrijzing. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
20. NZA. Patiëntstromen acute zorg 2019-2020. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
21. Vektis. 1 op de 11 65-plussers heeft een ongeplande ziekenhuisopname. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
22. VZinfo. Acute zorg, gebruik SEH. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
23. Schouten B et al. Emergency department crowding and older patients: a nationwide retrospective cohort study. Acute Med. 2023 Jan 1;22(2):72-82. DOI:10.52964/amja.0938
24. NZA. Marktscan acute zorg 2017. 2017 Sep 11. [\[link\]](#)
25. RIVM. Kwetsbare ouderen. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]

26. Vektis. Factsheet kwetsbare ouderen. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
27. CBS. Langdurige zorg vaker thuis. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
28. Hoitinga G. et al. Nursing staff perceptions on required competences within nurse-led ambulatory care for geriatric patients; a qualitative brief report. Submitted.
29. van Seben R et al. The course of geriatric syndromes in acutely hospitalized older adults: The Hospital-ADL Study. JAMDA 2019 Feb 1;20(2):152-8. DOI:10.1016/j.jamda.2018.08.003
30. Theou O et al. Older adults in the emergency department with frailty. Clin Geriatr Med. 2018 Aug 1;34(3):369-86. DOI:10.1016/j.cger.2018.04.003
31. Blomaard L t al. De oudere patiënt op de spoedeisende hulp. Ervaringen met het APOP-screeningsprogramma. TvO 2020 Apr 2. [[link](#)]
32. Berben SAA et al. Zorgcontacten van ouderen in de acute-zorgketen. Een retrospectieve cohortstudie vanuit de Monitor Acute Zorgketen. NTVG 2019, 163 Aug 14. [[link](#)]
33. Sir Ö et al. Risk factors for prolonged length of stay of older patients in an academic emergency department: a retrospective cohort study. Emerg Med Int. 2019 May 2. DOI: 10.1155/2019/4937827
34. Nagurney JM et al. Emergency department visits without hospitalization are associated with functional decline in older persons. Ann Emerg Med. 2017 Apr 1;69(4):426-33. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2016.09.018.
35. Driesen BE et al. Unplanned return presentations of older patients to the emergency department: a root cause analysis. BMC Geriatr. 2020 Dec;20:1-0. DOI: 10.1186/s12877-020-01770-x
36. de Gelder J et al. Predictors and outcomes of revisits in older adults discharged from the emergency department. J Am Geriatr Soc. 2018 Apr;66(4):735-41. DOI:10.1111/jgs.15301.
37. Kolk D et al. Older patients' perspectives on factors contributing to frequent visits to the emergency department: a qualitative interview study. BMC Public Health. 2021 Dec;21:1-0. DOI:10.1186/s12889-021-11755-z.
38. Buurman BM et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. PloS one. 2011 Nov 14;6(11):e26951. DOI:10.1371/journal.pone.0026951.
39. Loyd C et al. Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: A Meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2020 Apr;21(4):455-461.e5. DOI: 10.1016/j.jamda.2019.09.015.
40. Reichardt LA et al. Unravelling the potential mechanisms behind hospitalization-associated disability in older patients; the Hospital-Associated Disability and impact on daily Life (Hospital-ADL) cohort study protocol. BMC Geriatr. 2016 Dec;16(1):1-1. DOI:10.1186/s12877-016-0232-3.
41. van Seben R et al. "I Feel Worn Out, as if I Neglected Myself": older patients' perspectives on post-hospital symptoms after acute hospitalization. Gerontologist. 2019 Mar 14;59(2):315-26. DOI:10.1093/geront/gnx192.
42. Boyd CM et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. J Am Geriatr Soc. 2008 Dec;56(12):2171-9. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02023.x.
43. Dharmarajan K et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. J. Am. Med. Assoc. 2013 Jan 23;309(4):355-63. DOI:10.1001/jama.2012.216476
44. Loyd C et al. National Norms for Hospitalizations Due to Ambulatory Care Sensitive Conditions among Adults in the US. J. Gen. Intern. Med. 2023 Mar 20;1-7. DOI: 10.1007/s11606-023-08161-z.
45. Dantas I et al. The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. BMC Health Serv. Res. 2016 Dec;16:1-8. DOI:10.1186/s12913-016-1584-2
46. Huisartsenposten Amsterdam voor Spoed. Jaarverslag 2017. [[link](#)]

47. Buurman BM et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PloS one*. 2011 Nov 14;6(11):e26951.
48. Huber M. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. 2014. [[link](#)]
49. Beter Oud. Handreiking kwetsbare ouderen thuis. 2021 Mrt 1 [[link](#)]
50. Federatie Medisch Specialisten. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). 2021 Sep 1 [[link](#)]
51. Elaa. Beter Oud in Amsterdam. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
52. Amsterdamse Huisartsenalliantie. Beter Oud in Amsterdam. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
53. Werkgroep Ouderen Beter Oud in Amsterdam. Rapport 2022 Stedelijke monitoring Beter Oud in Amsterdam. Elaa, AHA. 2022 [[link](#)]
54. Van Hout H et al. Eerstelijns- en wijkgerichte ouderenzorg: onderbouwing voor een integrale vernieuwingsstrategie in Amsterdam. Ben Sajat Centrum. 2019 Jul [[link](#)]
55. Suijker JJ et al. Effects of nurse-led multifactorial care to prevent disability in community-living older people: cluster randomized trial. *PloS one*. 2016 Jul 26;11(7):e0158714. DOI: 10.1371/journal.pone.0158714
56. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis. 2018 [[link](#)]
57. Jansen P et al. Gebruik casemanagement dementie in 2020. Bureau HHM. 2021 Jan 11. [[link](#)]
58. Huijsman R et al. Zorgstandaard Dementie 2020. Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers. Dementiezorg voor Elkaar. 2020 Apr 14. [[link](#)]
59. Huijsman R et al. Expertisegebied dementieverpleegkundige (voorheen casemanager dementie). V&VN. 2017 Sept 1. [[link](#)]
60. MacNeil Vroomen J et al. Comparing Dutch case management care models for people with dementia and their caregivers: The design of the COMPAS study. *BMC Health Serv. Res*. 2012 Dec;12(1):1-0. DOI: :10.1186/1472-6963-12-132
61. Huijsman, R. Generalistisch én specialistisch casemanagement in de dementiezorg. Duiding van een nieuw fenomeen in verschillende combinaties. *iBMG*. 2017 Jul [[link](#)]
62. Geriant. Casemanagement. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
63. Dementie Netwerk Nederland. Regionale netwerken. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
64. MacNeil Vroomen J et al. The cost-effectiveness of two forms of case management compared to a control group for persons with dementia and their informal caregivers from a societal perspective. *PloS one*. 2016 Sep 21;11(9):e0160908. DOI:10.1371/journal.pone.0160908
65. van Mierlo LD et al. Implementatie en (kosten-) effectiviteit van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: resultaten van de COMPAS-studie. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2016 Dec;47:223-33. DOI: 10.1007/s12439-016-0197-x
66. Van Mierlo LD et al. Towards personalized integrated dementia care: a qualitative study into the implementation of different models of case management. *BMC Geriatr*. 2014 Dec;14(1):1-4. DOI: 10.1186/1471-2318-14-84
67. Stichting MESO. Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
68. Blom K et al. Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO). *Tijdschr v Ouderengeneeskd*. No. 3, 2023 Jun 28. [[link](#)]

69. Van de Sandt H, den Mulder E. Ouderengeneeskundig Netwerk Utrecht eerstelijns. Waardigheid & trots en ONUe Utrecht. Presentatie, 2022 Jun 16 [\[link\]](#)
70. Van de Camp L et al. Significant Public. Rapportage haalbaarheidsonderzoek multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde. 2023 Jan 17 [\[link\]](#)
71. Ronde Br et al. Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen. Tijdschrift voor Geront en Geriatr. Volume 52, issue 2, 2021 Jun 6. [\[link\]](#)
72. NOA. Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
73. Wassenaar A et al. Medeontwikkeling voor een optimale inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de extramurale praktijk in regio Gelderland-Zuid. Ukon Bureau en Radboud UMC. 2021 Sept. [\[link\]](#)
74. Kiers B. Bas Leerink: 'Veel verborgen gedoe in acute zorg'. Zorgvisie 2023 Aug 1. [\[link\]](#)
75. Pantein. VVT Team Pantein. Video, 2019 Jan 14. [\[link\]](#)
76. Zuyderland. Wijkteam Acute Zorg op de SEH. Video, 2019 Feb 14. [\[link\]](#)
77. TWB. Poster Acuut Team. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
78. Spoedzorg Rotterdam. Aanbod. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
79. Spoedzorg Haaglanden. Spoedzorg Haaglanden biedt acute zorg in de regio Haaglanden. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
80. NZA. Advies. Bekostiging wijkverpleging 2022. Van kwantiteit naar kwaliteit. 2020 Sept 2020. [\[link\]](#)
81. Tergooi. Met vervroegd ontslag dankzij technische thuiszorg. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
82. De Zorcirkel. Fact VVT Team, thuis bij crisis. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
83. Van Aartsen, C. Langer thuis wonen door gespecialiseerd FACT-team vvt. Zorgvisie. 2019 Nov 20. [\[link\]](#)
84. Van Aartsen, C. Purmerends crisisteam voor ouderen blijkt groot succes. Zorgvisie. 2021 Mar 24. [\[link\]](#)
85. Vektis. In Purmerend minder mensen met intensieve dementiezorg opgenomen in een WLZ-instelling. 2021 Mei 4 [\[link\]](#)
86. De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Verpleegkundig Specialist Ambulancezorg behandelt patiënten thuis [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
87. Platform Zorgmasters. PA/VS in ambulancezorg voorkomt ziekenhuisopname. 2023 Mrt 15. [\[link\]](#)
88. Conley J et al. Alternative strategies to inpatient hospitalization for acute medical conditions: a systematic review. JAMA Intern. Med. 2016 Nov 1;176(11):1693-702. DOI:10.1001/jamainternmed.2016.5974
89. Arsenault-Lapierre G et al. Hospital-at-home interventions vs in-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw. Open. 2021 Jun 1;4(6):e2111568-. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2021.11568.
90. Knight T et al. The provision of hospital at home care: Results of a national survey of UK hospitals. Int. J. Clin. Pract. 2021 Dec;75(12):e14814. DOI:10.1111/ijcp.14814
91. Shepperd S et al. Is comprehensive geriatric assessment admission avoidance hospital at home an alternative to hospital admission for older persons? A randomized trial. Ann. Intern. Med. 2021 Jul;174(7):889-98. DOI:10.7326/M20-5688
92. Health Resources & Services Administration. Telehealth for emergency departments. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
93. Zorginstituut Nederland. Verblijf in de Zorgverzekeringswet (ZvW). [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
94. Vektis. Ligduur eerstelijnsverblijf loopt terug, uitstroom naar huis neemt toe. 2020 Jun 16 [\[link\]](#)

95. NZA. Monitor contractering eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg 2020. NZA-magazine-03. 2020 [\[link\]](#)
96. NZA. Kortdurende zorg: onderzoek passende tarieven en prestaties. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
97. ActiZ. Zorginhoudelijke beschrijving eerstelijnsverblijf. In het kader van het doorontwikkeltraject bekostiging eerstelijnsverblijf. 2023 Feb 23. [\[link\]](#)
98. Verenso & Patiëntfederatie Nederland. Kwaliteitsbeschrijving eerstelijnsverblijf. 2023 Jan 24. [\[link\]](#)
99. van den Besselaar JH et al. 'Patients come with two garbage bags full of problems and we have to sort them.' A qualitative study of the experiences of healthcare professionals on patients admitted to short-term residential care in the Netherlands. Age Ageing. 2021 Jul;50(4):1361-70. DOI:10.1093/ageing/afab011
100. van den Besselaar JH et al. Algemene inventarisatie van ervaringen (organisatie en inhoud) onder zorgvragers, mantelzorgers en zorgverleners binnen de GRZ, het ELV en de GZSP. In opdracht van ZonMW en VWS. 2021, Jan. [\[link\]](#)
101. Flikweert M. VGZ en Pantein innoveren met Herstelkliniek voor ouderen. Skipr. 2023 Jul 4. [\[link\]](#)
102. Redactie Weblog Zwolle. IJsselheem opent Acute Opname Herstelzorg in Isala. 1ZwolleNieuws. 2022 Jan 17. [\[link\]](#)
103. REO-bedden voor kwetsbare ouderen - Zoetermeer 2025. Zoetermeer 2025. Published 26 mei 2022. <https://www.zoetermeer2025.nl/reo/>
104. Sezgin D et al. The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs: a scoping review. Eur. Geriatr. Med. 2020 Dec;11:961-74. DOI:10.1007/s41999-020-00365-4
105. Sezgin D et al. Defining the characteristics of intermediate care models including transitional care: an international Delphi study. Aging clin. exp. res. 2020 Nov;32:2399-410. DOI:10.1007/s40520-020-01579-z.
106. Griffiths P et al. Post-acute intermediate care in nursing-led units: a systematic review of effectiveness. Int. J. Nurs. Stud. 2005 Jan 1;42(1):107-16. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2004.07.010.
107. Coffey A , et al. Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (re) admission: a systematic review. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019 Jul;16(14):2457. DOI:10.3390/ijerph16142457.
108. Sigrà. Dolce Vita. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
109. Arntzen RJ et al. Avoiding Hospital Admissions and Delayed Transfers of Care by Improved Access to Intermediate Care: A Simulation Study. J Am Med Dir Assoc. 2023 Jun 5. DOI:10.1016/j.jamda.2023.04.026
110. Cordaan. Over de WijkKliniek. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
111. Cordaan. Toolkit proeftuinen WijkKliniek. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
112. V&VN. Hoogstaande zorg in huiselijke sfeer. V&VN Magazine. 2023 Jul 6. [\[link\]](#)
113. Ribbink ME. The implementation and evaluation of an acute geriatric community hospital in the Netherlands. 2022 ISBN: 9789083252230. [\[link\]](#)
114. 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.
115. 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
116. NAAST-ZCN. Zorg op afstand. Heel dichtbij. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
117. NAAST-ZCN. Monitoring en coaching. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]

- 118.** Kroeze EW et al. Op weg naar integrale acute ouderenzorg dichtbij huis. Vernieuwingen, strategieën en noodzakelijke randvoorwaarden. Een rapport in opdracht van Zorginstituut Nederland, oktober 2023.
- 119.** Rapport van het inspectiebezoek aan WijkKliniek te Amsterdam op 22 september 2022. Utrecht, januari 2023 [[link](#)]
- 120.** Stuurgroep Toekomst Medische Ouderenzorg. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. 2010 Mrt 25. [[link](#)]
- 121.** Programma Tijd voor Verbinding. Thema kwetsbare ouderen. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
- 122.** TergooiMC. Handboek Geriatric Emergency Medicine (GEM) Team. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
- 123.** Programma Tijd voor Verbinding. Samenwerking orthopedie en afdeling interne ouderengeneeskunde leidt tot sterftedaling in Maastricht UMC+. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
- 124.** Semi-acute unit geriatrie innovatief in Nederland - Zuyderland. Zuyderland. Published 5 oktober 2016. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Okt 10].
- 125.** Subacute zorgstraat voor kwetsbare ouderen in het Maasstad Ziekenhuis. Maasstad Ziekenhuis. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd 2023 Okt 10].
- 126.** Van Seben R et al. Interventies gericht op het verbeteren van de (transmurale) ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen. Ben Sajet Centrum. 2016 Feb. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Okt 10]
- 127.** Strating MMH, Van Wijngaarden J. Kennissynthese kwetsbare ouderen. Erasmus Health Policy & Management. 2023 Mrt. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd 2023 Okt 10].
- 128.** Programma Tijd voor Verbinding. Transmurale zorgbrug voor kwetsbare, oudere patiënt - Catherina Ziekenhuis e.a. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd 2023 Okt 10].
- 129.** Programma Tijd voor Verbinding. Regionaal Transmurale Afspraken overdracht kwetsbare ouderen – Spaarne Gasthuis. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
- 130.** Hartel L, Buurman BM. Transmurale Zorgbrug. Handleiding proactieve ziekenhuiszorg en structurele nazorg. AMC, UMCG, ZonMW. 2018 Feb. [[link](#)]
- 131.** Verweij L et al. The cardiac care bridge program: design of a randomized trial of nurse-coordinated transitional care in older hospitalized cardiac patients at high risk of readmission and mortality. BMC Health Serv. Res. 2018 Dec;18(1):1-3. DOI:10.1186/s12913-018-3301-9.
- 132.** Jepma P et al. The nurse-coordinated cardiac care bridge transitional care programme: a randomised clinical trial. Age ageing. 2021 Nov;50(6):2105-15. DOI:10.1093/ageing/afab146.
- 133.** Naylor MD et al. Components of comprehensive and effective transitional care. J Am Geriatr Soc. 2017 Jun;65(6):1119-25. DOI:10.1111/jgs.14782
- 134.** Verhaegh KJ et al. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. Health Aff. 2014 Sep 1;33(9):1531-9. DOI:10.1377/hlthaff.2014.0160.
- 135.** Coffey A et al. Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (re) admission: a systematic review. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019 Jul;16(14):2457. DOI:10.3390/ijerph16142457
- 136.** Smorenburg SM et al. Hipper. Een maatschappelijke business case. 2021 Sept 6 [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9].
- 137.** van Balen R et al. What is geriatric rehabilitation and how should it be organized? A Delphi study aimed at reaching European consensus. Eur. Geriatr. Med. 2019 Dec;10:977-87. DOI:10.1007/s41999-019-00244-7

- 138.** Turunen K et al. Physical activity after a hip fracture: effect of a multicomponent home-based rehabilitation program—a secondary analysis of a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017 May 1;98(5): 981-8. DOI:10.1016/j.apmr.2017.01.004
- 139.** Hillier S et al. Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review. *Int J Stroke.* 2010 Jun;5(3):178-86. DOI:10.1111/j.1747-4949.2010.00427.x.
- 140.** van Seben R, et al. A qualitative study of patient-centered goal-setting in geriatric rehabilitation: patient and professional perspectives. *Clin. rehabil.* 2019 Jan;33(1):128-40. DOI:10.1177/0269215518791663
- 141.** Pol M et al. Everyday life after a hip fracture: what community-living older adults perceive as most beneficial for their recovery. *Age ageing.* 2019 May 1;48(3):440-7. DOI:10.1093/ageing/afz012
- 142.** Gamble C et al. De waarde van telerevalidatie voor de toekomst van de ambulante geriatrische revalidatie. *Tijdschr v Ouderengeneeskd.* No. 2, 2020 Aug. [\[link\]](#)
- 143.** Advies landelijke inrichting zorgcoördinatie. Het perspectief voor toekomstbestendige acute zorg. 2023 April. [\[link\]](#)
- 144.** Stuurgroep pilots zorgcoördinatie. Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie. Ambulancezorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland & InEen. 2022 Sept. [\[link\]](#)
- 145.** Kuipers, EJ. Kamerbrief Inrichting van zorgcoördinatie. Kenmerk 3574133-1046336-CZ. VWS. 2023 mei 12 [\[link\]](#)
- 146.** ActiZ. Regionale coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf in kaart gebracht. [Beschikbaar via [link](#), geraadpleegd op 2023 Aug 9]
- 147.** Bussemaker J et al. Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking. RVS 04-03-2022. ISBN: 978-90-5732-313-3 [\[link\]](#)
- 148.** Bussemaker J et al. Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning. RVS. 27-06-2023. ISBN: 78-90-5732-330. [\[link\]](#)
- 149.** Pawson R, Tilley N. An introduction to scientific realist evaluation. *Evaluation for the 21st century: A handbook.* 1997 Jan 28;1997:405-18. ISBN: 10.4135/9780761906117.
- 150.** Skivington K et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *bmj.* 2021 Sep 30;374. DOI:10.1136/bmj.n2061

BIJLAGE

BESCHRIJVING VAN DE ONTWIKKELING VAN INTEGRALE ACUTE OUDERENZORG 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 vergrijsst 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 op de rol van de inwoner, preventie, het verbeteren van (de samenwerking in) zorg en het gebruik van data.



Figuur 15. 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 specialist ouderengeneeskunde werkt zowel in de zorgcentra als in de eerste lijn voor de huisartsen in die dorpen, samen met het regionaal behandelteam. De specialist ouderengeneeskunde 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, specialist ouderengeneeskunde 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, specialisten ouderengeneeskunde 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 specialisten ouderengeneeskunde 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 triert het TTV-team namens ‘Zorgcoördinatie MooiMaasvallei’ (zie verder). Vierentwintig uur per dag is een specialist ouderengeneeskunde 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 specialisten ouderengeneeskunde, 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 specialist ouderengeneeskunde 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.

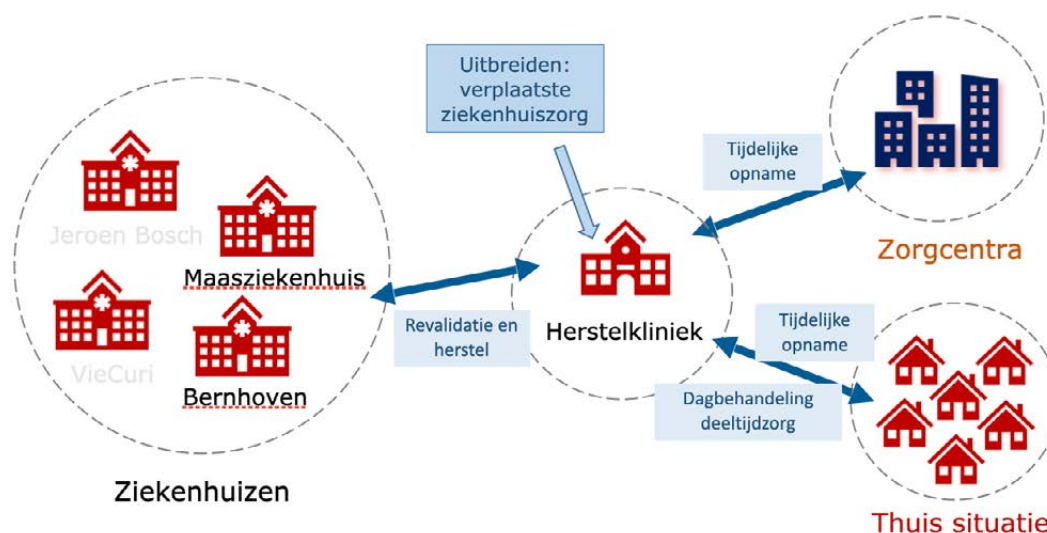
Naast onafhankelijke expertise, triage en zorgbemiddeling stimuleert het zorgcoördinatiecentrum regionale samenwerking: het signaleert, adviseert en geeft sturing aan zorgprofessionals in de regio. De regiomanager zorglogistiek heeft hierin een belangrijke rol. Zij zit wekelijks aan tafel met de (medisch) 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 specialist ouderengeneeskunde 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 16. 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.

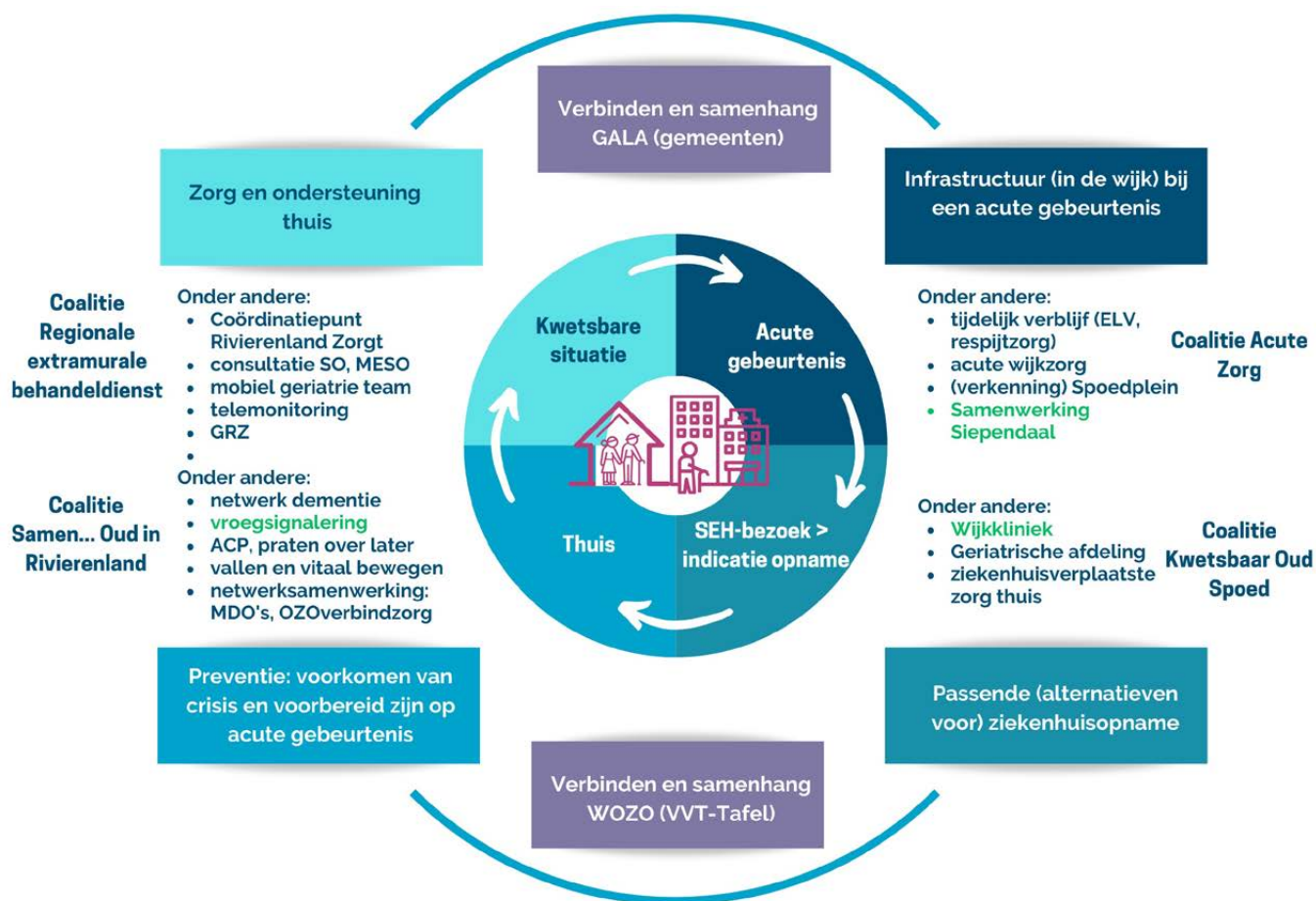
Regionale samenwerking: Rivierenland Samen Beter

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 transitie 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 linkende rol spelen 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 17. Overzicht van de ontwikkelingen (met in groen de besproken voorbeelden), per fase in de cliëntreis van de oudere in de acute zorg, in regio Rivierland

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

In de regio zijn er al diverse ontwikkelingen op gebied van preventie en proactieve ouderenzorg, bijvoorbeeld vanuit de coalitie 'Samen... Oud in Rivierland'. 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 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 10 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 Extramurale 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 specialist ouderengeneeskunde, 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 (specialist ouderengeneeskunde), Santé Partners (geriatrie verpleegkundigen) en het ECT (secretaresse). De samenwerking tussen huisartsen en specialist ouderengeneeskunde 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.

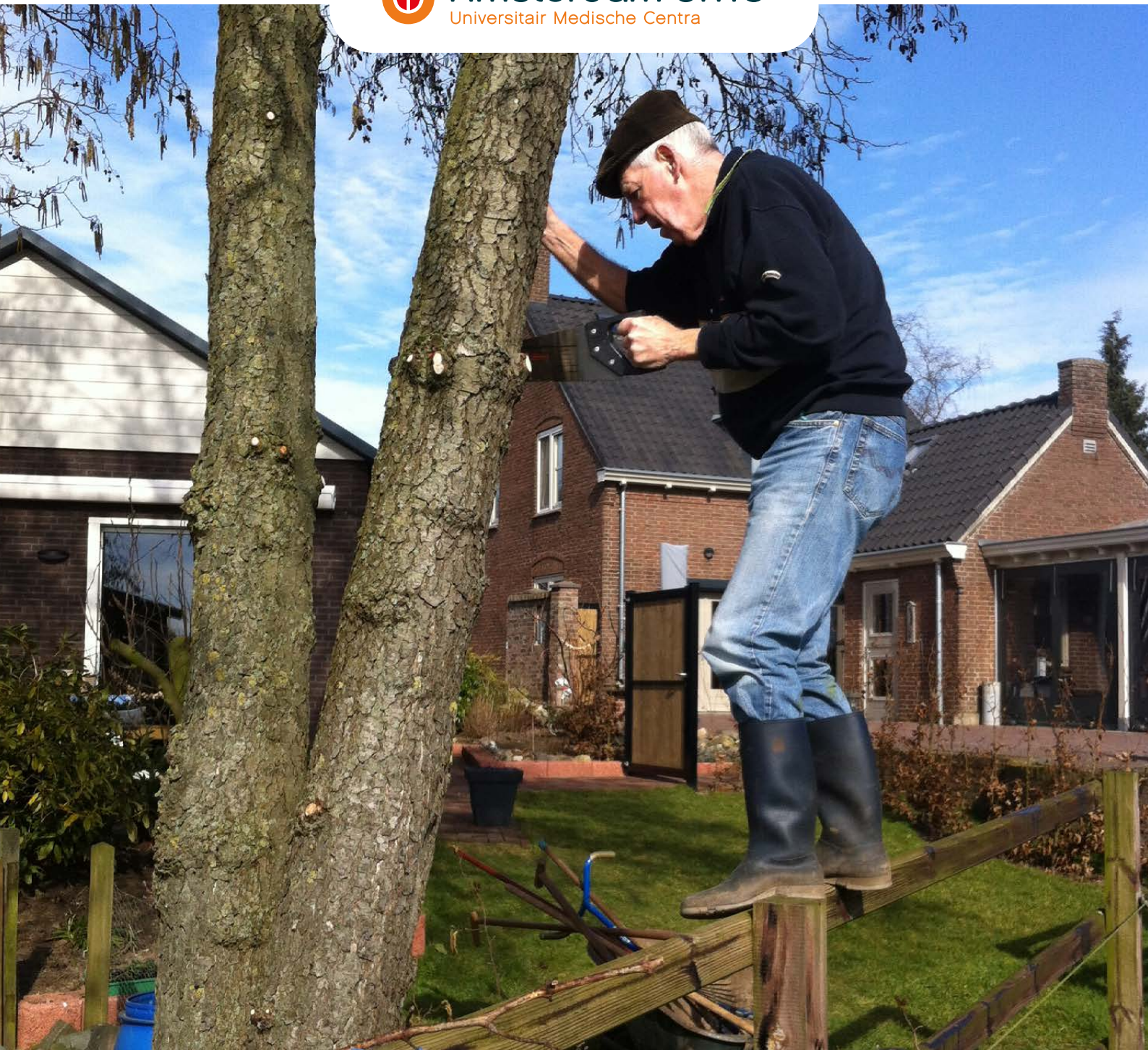
Verbinden en samenhang: GALA en WOZO

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 (specialist ouderengeneeskunde 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 specialist ouderengeneeskunde voor een concept als MESO, de continuïteit in de spoedzorgzorg en de mogelijkheden voor de nieuwe kliniek met als werktitel 'Kliniek Gezondheidszorg voor Ouderen', maar bijvoorbeeld ook voor de GGZ. De klinisch geriateren in ziekenhuis Rivierenland hebben onlangs samenwerkingsafspraken gemaakt met de klinisch geriateren 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 specialist ouderengeneeskunde 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 specialist ouderengeneeskunde (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

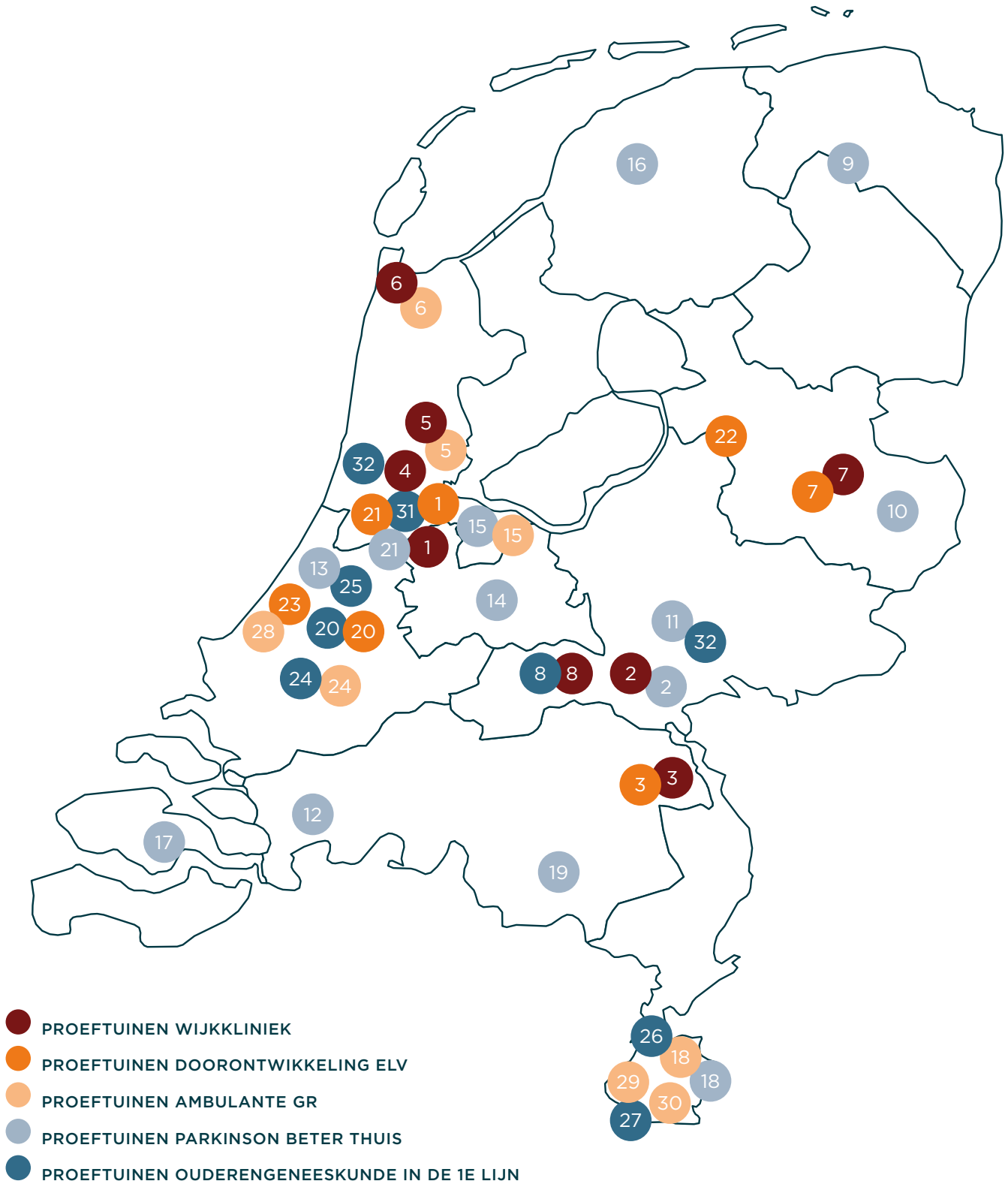
In Twente heeft Ziekenhuis ZGT heeft een geriatrische verpleegafdeling en in 2009 is het Centrum voor Geriatrische Traumatologie (als eerste in Europa) geopend. Dit centrum heeft een multidisciplinair zorgpad voor oudere patiënten met een heupfractuur ontwikkeld en geïmplementeerd. Voor de traumachirurgische 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 geriatrie 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.

Overzicht van alle proeftuinen die participeren in het Leernetwerk Acute Ouderenzorg



	Plaats en omgeving	VVT	Wijkkliniek	ELV	Parkinson BT
1	Amsterdam	Cordaan	x (+ Amsterdam UMC)	x	
2	Nijmegen	ZZG Zorggroep	x (+ CWZ)		x (+ Radboud UMC)
3	Boxmeer	Pantein Zorggroep	x (+ Maasziekenhuis)	x	
4	Zaandam	Evean	x (+ ZMC)		
5	Purmerend	de Zorgcirkel	x (+ Dijklander zkh)		
6	Den Helder	Omring	x (+ NW zkhgroep)		
7	Twente	Zorg voor Morgen: Zorgaccent, Trivium-MeulenbeltZorg, Carintreggeland	x (+ ZGT)	x	
8	Tiel	Santé Partners, SZR, Zorgcentra de Betuwe	x (+ Zkh Rivierenland)		
9	Groningen	Zorggroep Groningen			x (+ Martini zkh + UMCG)
10	Twente	Trivium Meulenbelt zorg			x (+ ZGT + MST)
11	Arnhem, Zevenaar	Liemerije			x (+ Rijnstate)
12	Roosendaal	Groenhuysen			x (+ Bravis)
13	Leiden	Marente			x (+ LUMC + Alrijne)
14	Utrecht	Zorgspectrum, Careyn			x (+ Antonius, Diak)
15	Naarden en Bussum	Vivium, IMOZ			x (+ Tergooi MC)
16	Leeuwarden	Noorderbreedte			x (+ MCL)
17	Goes	Ter Weel			x (+ Adrz)
18	Kerkrade, Sittard Geleen	Zuyderland Care, Meandergroep			x (+ Zuyderland)
19	Eindhoven	Vitalis			x (+ Catherina, MMC)
20	Zoetermeer (2025)	WoonZorgcentra Haaglanden, Goudenhart, Fundis zorgpension		x	
21	Amsterdam	Amstelring		x	
22	Zwolle	Ijsselheem		x	
23	Den Haag	Florence		x	
24	Rotterdam	St Laurens			
25	Leiden	Topaz			
26	Sittard Geleen	Cicero			
27	Maastricht	Envida			
28	Den Haag	Pieter van Foreest			
29	Maastricht	Sevagram			
30	Maastricht	Vitala+			
31	Noord-Holland	NOA: Amsta, Amstelring, Cordaan, Evean, Family Supporters, Vivium, ZGAO			
32	Velp, Arnhem	(Praktijk Ouderengeneeskunde)			
33	Haarlem	Zorgbalans			

	Plaats en omgeving	VVT	amb. GR	SO 1e lijn	Huisartsen
1	Amsterdam	Cordaan		x (zie 31.)	GAZA, AHa
2	Nijmegen	ZZG Zorggroep			NEO Huisartsenzorg
3	Boxmeer	Pantein Zorggroep			Syntein huisartsen
4	Zaandam	Evean		x (zie 31.)	HZW-SEZ
5	Purmerend	de Zorgcirkel	x		Huisartsenzorg Zaanstreek
6	Den Helder	Omring	x		HKN Huisartsen
7	Twente	Zorg voor Morgen: Zorgaccent, Trivium-MeulenbeltZorg, Carintreggeland			Huisartsenzorg Twente
8	Tiel	Santé Partners, SZR, Zorgcentra de Betuwe		x	St Multidisciplinair Eerstelijns Zorgcentrum Tiel (MESO)
9	Groningen	Zorggroep Groningen			
10	Twente	Trivium Meulenbelt zorg			
11	Arnhem, Zevenaar	Liemerije			
12	Roosendaal	Groenhuysen			
13	Leiden	Marente			
14	Utrecht	Zorgspectrum, Careyn			
15	Naarden en Bussum	Vivium, IMOZ	x	x (zie 31.)	
16	Leeuwarden	Noorderbreedte			
17	Goes	Ter Weel			
18	Kerkrade, Sittard Geleen	Zuyderland Care, Meandergroep	x		
19	Eindhoven	Vitalis			
20	Zoetermeer (2025)	WoonZorgcentra Haaglanden, Goudenhart, Fundis zorgpension		x	EerstelijnsZorg Zoetermeer (MESO)
21	Amsterdam	Amstelring		x (zie 31.)	
22	Zwolle	Ijsselheem			
23	Den Haag	Florence			
24	Rotterdam	St Laurens	x	x	St. Zonboog (MESO)
25	Leiden	Topaz		x	
26	Sittard Geleen	Cicero		x	
27	Maastricht	Envida		x	
28	Den Haag	Pieter van Foreest	x		
29	Maastricht	Sevagram	x		
30	Maastricht	Vitala+	x		
31	Noord-Holland	NOA: Amsta, Amstelring, Cordaan, Evean, Family Supporters, Vivium, ZGAO		x	x
32	Velp, Arnhem	(Praktijk Ouderengeneeskunde)		x	Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (MESO)
33	Haarlem	Zorgbalans		x	x

