

Zorgprogramma's kwetsbare ouderen thuis

Marktanalyse

Auteurs

dr. Patrick Jansen
drs. Louise Pansier
Anouk van der Veen MSc.
Vera van der Zee MSc.

Opdrachtgever

NZa

Kenmerk

AV/22/0717/zmkwoud

Publicatiedatum

31 mei 2022

© Bureau HHM



Inhoud

Samenvatting.....	3	4. Functioneren van de markt voor zorgprogramma's.....	21
1. Aanleiding.....	5	4.1 Bekostiging van zorgprogramma's.....	21
1.1 De onderzoeksvragen.....	5	4.2 Contractering van zorgprogramma's.....	24
1.2 Afbakening.....	6	4.3 Inkoop type zorgprogramma's.....	25
1.3 Omschrijving term zorgprogramma.....	7	4.4 Ervaring met het functioneren van de markt.....	25
2. Uitvoering.....	8	4.4.1 Succesfactoren voor functioneren van zorgprogramma.....	26
2.1 Vooronderzoek en bureauonderzoek.....	8	4.4.2 Knelpunten voor functioneren van zorgprogramma.....	26
2.2 Landelijke uitvraag.....	9	4.5 Regio's met geen/weinig zorgprogramma's.....	27
2.3 Groepssessies.....	10	4.6 Opschaling.....	28
2.4 Cliëntreizen.....	10	4.7 Succesfactoren voor financiering.....	28
2.5 Klankbordgroep.....	10	4.8 Knelpunten en verbeterpunten voor financiering.....	29
2.6 Leeswijzer.....	10	5. Reflectie en aanbevelingen.....	31
3. Inhoud zorgprogramma's.....	11	5.1 Reflectie op invloed van succesfactoren en knelpunten.....	31
3.1 Aanbod zorgprogramma's.....	11	5.2 Aanbevelingen voor bekostiging, contractering en zorg organisatie.....	33
3.2 Inhoud zorgprogramma's.....	13	5.3 Beschouwing onderzoeksmethode.....	34
3.3 Betrokkenen.....	14	Bijlage 1. Documentenlijst.....	35
3.4 Kostenopbouw.....	16	Bijlage 2. Vragenlijst marktanalyse zorgprogramma's.....	36
3.5 Financiële impact.....	16	Bijlage 3. Procentuele verdeling financieringsvormen.....	45
3.6 Cliëntreizen.....	17	Bijlage 4. Aanwezige partijen bij de groepssessies.....	46

Samenvatting

Het ministerie van VWS heeft naar aanleiding van de 'Handreiking kwetsbare ouderen thuis' (2019, Zorginstituut Nederland), het Zorginstituut gevraagd om te verduidelijken welke interventies tot de Zwv-verzekerde zorg behoren. In aansluiting daarop is aan de NZa gevraagd om te beoordelen in hoeverre het leveren van integrale zorg aan kwetsbare ouderen thuis wordt ondersteund door de huidige regelgeving en bekostiging. Een onderdeel hiervan is voorliggende analyse naar het functioneren van de markt voor zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen thuis.

Onderzoeksvragen en onderzoeksaanpak

Bureau HHM heeft in opdracht van de NZa deze analyse uitgevoerd. Hierbij hebben we gekeken naar:

- De inhoudelijke beschrijving en kostenopbouw van de zorgprogramma's.
- Het functioneren van de markt voor zorgprogramma's.

We zijn gestart met een vooronderzoek waarbij we diverse bestaande bronnen hebben doorgenomen en twee online groepsinterviews hebben gehouden met het Zorginstituut en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Daarna hebben we een online vragenlijst uitgezet onder vier verschillende netwerken van samenwerkingsverbanden in de ouderenzorg. Hierop kregen we een respons vanuit 112 verschillende zorgprogramma's verdeeld over Nederland. Aansluitend hielden we vier groepsessies om de bevindingen te toetsen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Ook hebben we enkele interviews gehouden met professionals uit de praktijk om drie illustratieve cliëntreizen in kaart te brengen.

Tot slot hebben we gebruikgemaakt van een klankbordgroep, bestaande uit de partijen die betrokken waren bij het opstellen van de Handreiking kwetsbare ouderen thuis. De groep is twee keer bij elkaar geweest om te reflecteren op de resultaten.

Inhoudelijke beschrijving en kostenopbouw

Vanuit diverse samenwerkingsverbanden is aangegeven dat ze integrale zorg bieden aan kwetsbare ouderen thuis. Hiervoor wordt niet altijd de term Zorgprogramma gebruikt. Dit voelt soms te afgebakend, terwijl het gaat om een flexibele invulling die past bij de behoefte in een regio. Veel samenwerkingsverbanden herkennen zich in de definitie van kwetsbare ouderen zoals deze is opgesteld door het Zorginstituut. Deze definitie wordt echter niet altijd strikt gehanteerd. De meeste zorgprogramma's richten zich ook op de doelen die in de notitie 'Kwetsbare ouderen thuis' door het Zorginstituut zijn geformuleerd. In bijna alle zorgprogramma is sprake van een grote diversiteit aan professionals die betrokken zijn bij het verlenen van integrale zorg. Gekeken naar alle stappen zijn de huisarts, wijkverpleegkundige, Praktijkondersteuner Huisarts (POH) en/of Praktijkverpleegkundige Huisarts (PVH) de meest voorkomende professionals.

Wat betreft de kostenopbouw en financiële impact kunnen de respondenten van de zorgprogramma's beperkt informatie aanleveren. Hierbij wordt aangegeven dat binnen de zorgprogramma's onderscheid is tussen coördinatie en afstemming op het niveau van de patiënt (micro), het niveau van de huisartsenpraktijk (meso) en regionaal of lokaal niveau (macro).

Functioneren van de markt

In vrijwel heel Nederland wordt gewerkt aan integrale zorg voor kwetsbare ouderen. Veel zorgprogramma's zijn bezig met opschalen, zowel binnen als buiten het netwerkverband. We zien een grote mate van diversiteit in de wijze waarop zorgprogramma's worden gefinancierd.

Met betrekking tot het functioneren en de financiering zijn diverse positieve ervaringen met zorgprogramma's, maar er zijn ook diverse knelpunten. Met name de volgende punten zijn van belang voor succesvolle zorgprogramma's:

- goede samenwerking tussen partijen binnen het zorgprogramma;
- aansluiting van het Sociaal Domein bij het zorgprogramma;
- goede balans tussen een vaste structuur en een flexibele invulling;
- ondersteunende rol van een communicatieplatform;
- goede samenwerking met de zorgverzekeraar;
- een adequate financiering van de coördinerende werkzaamheden op micro, meso en macro niveau.

Aanbevelingen

Door de grote diversiteit aan samenwerkings- en financieringsvormen ervaren samenwerkingsverbanden bij het uitvoeren van de zorgprogramma's verschillende problemen. Er is niet één duidelijke oplossingsrichting. Wel is duidelijk geworden dat er behoefte is aan een heldere, structurele en duurzame financiering. De volgende aanbevelingen dragen bij aan het realiseren hiervan.

We bevelen aan om bij de verdere uitwerking van de (randvoorwaarden voor de) zorg voor kwetsbare ouderen de term 'zorgprogramma' niet te hanteren om te voorkomen dat bepaalde goede initiatieven voor het realiseren van integrale zorg niet als zodanig worden herkend en erkend. Tegelijkertijd is het voor het realiseren van een passende bekostiging wel noodzakelijk om een goede beschrijving te ontwikkelen met een verduidelijking van waar integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis om gaat.

Daarnaast bevelen wij aan dat de partijen die betrokken waren bij het opstellen van de Handreiking kwetsbare ouderen thuis een nadere omschrijving en duiding te geven van de afstemming en coördinatie binnen deze zorg inclusief tijdsbesteding per type werkzaamheid.

Hierbij is het van belang om ruimte te laten voor regionale en lokale eigen invulling van 'het hoe' en dat bestaande en nieuwe initiatieven ruimte krijgen om hier naartoe te groeien.

Wij bevelen aan om een meer eenduidige en continue financiering voor integrale ouderenzorg te organiseren. Onderdeel hiervan is financiering van coördinatie op zowel macroniveau (samenwerking tussen regio-organisaties), mesoniveau (samenwerking tussen praktijkorganisaties) en microniveau (samenwerking tussen professionals rondom de cliënt). Daarbij bevelen wij aan om financiering van de afstemming en coördinatie op microniveau mono-disciplinair op te lossen door deze te verwerken in de reguliere bekostiging van de professionals. En om de financiering op meso- en macroniveau afzonderlijk te financieren. We stellen voor om hierbij aan te sluiten op het bekostigingsadvies van de NZa waarin een volledig overzicht wordt gegeven van alle vormen van bekostiging van alle in de Handreiking genoemde professionals.

Tot slot bevelen wij aan om in de financiering van integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis ruimte te creëren voor tijdelijke projecten die zich kunnen richten op kwaliteitsverbetering, preventie en de borging van projecten op de lange termijn.

Beschouwing onderzoeksmethode

De gehanteerde onderzoeksmethode met vragenlijsten en groepsgesprekken heeft geleid tot een diffuus beeld van de inhoud en organisatie van de zorgprogramma's. Om concreter inzicht te krijgen in de tijdbesteding en kosten van de zorgprogramma's bevelen we aan om de methode van casusonderzoek te hanteren bij een beperkt aantal zorgprogramma's die verschillen in de wijze waarop de stappen in de Handreiking kwetsbare ouderen thuis worden uitgevoerd.

1. Aanleiding

Naar aanleiding van de in 2019 gepubliceerde 'Handreiking kwetsbare ouderen thuis' heeft het Zorginstituut Nederland (ZIN) op verzoek van het ministerie van VWS een verduidelijking gegeven over de interventies die tot de Zvw-verzekerde zorg behoren, zie kader 1.

In aansluiting hierop heeft het ministerie van VWS aan de NZa gevraagd te beoordelen in hoeverre het leveren van integrale zorg aan kwetsbare ouderen thuis wordt ondersteund door de huidige regelgeving en bekostiging. Onderdeel van deze vraag is een analyse naar het functioneren van de markt voor zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen thuis.

- Kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie zijn in redelijkheid aangewezen op multidisciplinaire zorg die proactief, persoonsgericht en in samenhang wordt geleverd conform de zorg uit de Handreiking uit 2019.
- Bij dit indicatiegebied is aanspraak op de benoemde (zorginhoudelijke) activiteiten op het gebied van individuele preventie, diagnostiek en behandeling.
- Deze proactieve persoonsgerichte samenhangende zorg voor het indicatiegebied ketenzorg en de functionaliteiten afstemming en coördinatie en de organisatie hiervan, behoren tot de te verzekeren prestaties in de Zorgverzekeringswet.
- De afzonderlijke zorgactiviteiten binnen het sociale domein en de participatie van professionals uit het sociale domein in een gestructureerd periodiek overleg, behoren niet tot de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet.

Het Zorginstituut meent met deze notitie en de daarin opgenomen analyse en verduidelijking van elementen van de zorg en ondersteuning, bij te dragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie in de eigen omgeving.

In verband met het landelijk toegankelijk maken van deze zorg en ondersteuning voor het beschreven indicatiegebied, vindt het Zorginstituut dat:

- het van belang is dat de bekostiging van de genoemde functionaliteiten en de inzet van alle benodigde competenties en deskundigheden rondom deze integrale zorg en ondersteuning, vorm krijgt in overleg van partijen met de NZa,
- het van belang is het gesprek te blijven voeren over de implementatie van de integrale zorg en ondersteuning zoals beschreven in de handreiking; het Zorginstituut is gaarne bereid en indien gewenst, daar behulpzaam bij te zijn.

Kader 1. Conclusies 'Notitie kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie', Zorginstituut, 30 juni 2021

1.1 De onderzoeksvragen

Om een beeld te krijgen van het functioneren van de markt voor zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen thuis heeft de NZa de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

Inhoudelijke beschrijving van de zorgprogramma's

- Welke zorgprogramma's worden aangeboden? En wat houden deze programma's op hoofdlijnen in?
- Welke beroepsgroepen zijn op welke manier bij het zorgprogramma betrokken?
- Hoe zien de patiëntreizen van kwetsbare ouderen die gebruikmaken van een zorgprogramma eruit?
- Hoe verhoudt de zorg vanuit de zorgprogramma's zich tot de zorg voorafgaand en aansluitend op het zorgprogramma?

Kostenopbouw en omvang zorgprogramma's

- Hoe ziet de kostenopbouw van de zorgprogramma's eruit? Denk hierbij ook aan de verhouding tussen kosten voor directe zorgverlening en overige zorgactiviteiten (indirecte en niet-patiëntgebonden activiteiten).
- Wat is de financiële impact van deze zorgprogramma's? Denk aan: aantal patiënten, gemiddelde kosten per patiënt, ten laste van welk kader.

Functioneren van de markt voor zorgprogramma's

- Hoe ziet de bekostiging en contractering van deze zorgprogramma's eruit?
- Welke zorgprogramma's worden door zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten ingekocht?
- Hoe verloopt opschaling van succesvolle zorgprogramma's binnen regio's en over regio's heen?
- Waarom komen in bepaalde regio's geen/weinig zorgprogramma's van de grond?
- Hoe wordt het functioneren van deze markt ervaren door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en andere betrokken veldpartijen?
- Welke succesfactoren ervaren partijen bij het financieren van deze zorgprogramma's ?

- Welke knelpunten ervaren partijen bij het financieren van deze zorgprogramma's? Hoe verhouden deze zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen tot zorgprogramma's voor andere kwetsbare groepen of chronisch zieke mensen?

Aanbevelingen

- Hoe dragen de genoemde succesfactoren en knelpunten bij aan het tot stand komen van de zorg uit de Handreiking en wat zijn de meest kansrijke aanbevelingen op het gebied van bekostiging, contractering en organisatie om deze zorg te verbeteren en verder op te schalen?

1.2 Afbakening

In afstemming met de NZa hebben we in dit onderzoek een aantal afbakeningen gehanteerd.

- We hebben aangesloten bij de afbakening van de doelgroep kwetsbare ouderen zoals het Zorginstituut deze heeft geïntroduceerd in [het rapport van juni 2021](#) (zie kader 2). Het onderzoek is echter niet beperkt gebleven tot zorgprogramma's die deze doelgroep-afbakening heel strikt hanteren, maar heeft ook informatie opgeleverd van andere initiatieven die zich op kwetsbare ouderen richten.
- We hebben ons primair gericht op kwetsbare ouderen thuis binnen de kaders van de Zvw, maar het is mogelijk dat binnen de zorgprogramma's of andere initiatieven ook kwetsbare ouderen vanuit de Wlz of Wmo onderdeel uitmaken van een programma of initiatief.
- De focus van het onderzoek ligt op wat er op regionaal niveau gebeurt, met daarbij aandacht voor de vraag of op landelijk niveau een rode draad te destilleren is.
- Tot slot ligt de focus op de bekostiging van deze zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen thuis. De mogelijkheden rondom bekostiging moeten zowel financieel als praktisch haalbaar en passend zijn voor de betrokken

partijen. Hierbij worden administratieve lasten en passende zorg meegenomen in de overweging. Vanzelfsprekend past dit binnen de huidige wet- en regelgeving.

75-plussers¹ met:

Eén of meer van de volgende problemen:

- Problemen met de cognitie
- Eén of meer geriatric giants: vallen, ondergewicht, incontinentie, decubitus, depressie, communicatiestoornis
- Multimorbiditeit
- Polyfarmacie
- Problemen met de uitvoer van algemene dagelijkse levensverrichtingen

Plus

- Verminderd functioneren op meerdere gebieden of ernstig verminderd functioneren op één gebied, plus
- Zorg van andere zorgverlener(s) naast zorg van de huisarts en wijkverpleegkundige, plus
- Verminderd in staat (oudere zelf of mantelzorger) om regie te voeren op zorg en ondersteuning, plus

Door betrokken zorgverleners vastgestelde noodzaak tot

- Betere afstemming en coördinatie van zorg en ondersteuning, óf
- Meer expertise op het gebied van diagnostiek, behandeling of begeleiding, óf
- Casemanagement

¹ Op basis van gesprekken met experts gaat het Zorginstituut ervan uit dat het hierbij vooral, maar niet uitsluitend om 75-plussers gaat.

Kader 2. Het indicatiegebied kwetsbare ouderen thuis, Zorginstituut Nederland 2021

1.3 Omschrijving term zorgprogramma

Omdat de term zorgprogramma niet overal bekend is hebben we de volgende omschrijving opgesteld, gebaseerd op de Notitie van het Zorginstituut (2021):

Met de term (zorg)programma bedoelen wij een samenhangend geheel waarbinnen verschillende professionals gezamenlijk integrale zorg bieden aan thuiswonende kwetsbare ouderen. Het betreft zorg aan ouderen met een complexe zorgvraag als gevolg van cognitieve en/of fysieke problemen waardoor de oudere verminderd functioneert en verminderd in staat is om regie te voeren. Hierdoor heeft de kwetsbare oudere - naast de zorg van de huisarts en wijkverpleegkundige - zorg nodig van andere zorgverleners.

Deze omschrijving hebben wij gebruikt om voor respondenten duidelijk te maken of hun programma of initiatief hieraan voldoet. De omschrijving is dus niet gebruikt om initiatieven tijdens het onderzoek uit te sluiten.

Respondenten hebben zelf op basis van deze omschrijving besloten of zij informatie aanleveren over hun initiatief. Dit heeft geleid tot informatie van een diversiteit aan zorgprogramma's en initiatieven die (op onderdelen) erg van elkaar kunnen verschillen.

2. Uitvoering

In dit hoofdstuk beschrijven wij de uitvoering van het onderzoek. Deze bestaat uit een vooronderzoek, bureauonderzoek, landelijke uitvraag en groepsessies. Tijdens het onderzoek is tweemaal een klankbordgroep geraadpleegd. We hebben voor deze opzet gekozen vanwege het inventariserende karakter van het onderzoek. Op deze manier krijgen we zicht op zoveel mogelijk ervaringen en feiten over diverse aspecten van de markt van de zorgprogramma's en ook zicht op aspecten waar men (vooralsnog) weinig informatie over kan aanleveren.

2.1 Vooronderzoek en bureauonderzoek

Voor het bureauonderzoek hebben we gebruikgemaakt van beschikbare documenten over zorgprogramma's en integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis, zoals de Handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis' (Handreikingspartijen, 2021); 'Notitie kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie' (ZIN, 2021), 'Grote verschillen in samenwerking huisarts en wijkverpleging; kwetsbare ouderen krijgen niet overal goede zorg thuis' (IGJ, 2020) en inkoopbeleidsstukken van verschillende verzekeraars (o.a. VGZ en Zilveren Kruis). De lijst van documenten die we hebben geraadpleegd hebben, is opgenomen in bijlage 1.

Het vooronderzoek bestond uit twee online groepsinterviews met het Zorginstituut en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In deze bijeenkomsten bespraken we de inzichten die deze partijen hebben opgedaan met zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen thuis en vroegen we naar relevante (aanvullende) bronnen voor het bureauonderzoek.

Het bureauonderzoek en het vooronderzoek hebben geresulteerd in meer inzicht in de complexiteit van integrale zorg voor kwetsbare ouderen. Bijvoorbeeld op het gebied van de afbakening van de doelgroep, samenwerking en organisatie, coördinatie en afstemming, financiering en contractering. Daarnaast werd duidelijk dat er geen eenduidige definitie is voor de term 'zorgprogramma'. Dit heeft er mede toe geleid dat we, in afstemming met de NZa en een aantal professionals uit het veld, een omschrijving voor een zorgprogramma hebben geformuleerd:

Met de term (zorg)programma bedoelen wij een samenhangend geheel waarbinnen verschillende professionals gezamenlijk integrale zorg bieden aan thuiswonende kwetsbare ouderen. Het betreft zorg aan ouderen met een complexe zorgvraag als gevolg van cognitieve

en/of fysieke problemen waardoor de oudere verminderd functioneert en verminderd in staat is om regie te voeren. Hierdoor heeft de kwetsbare oudere - naast de zorg van de huisarts en wijkverpleegkundige - zorg nodig van andere zorgverleners.

Deze omschrijving hebben we opgenomen in de landelijke uitvraag.

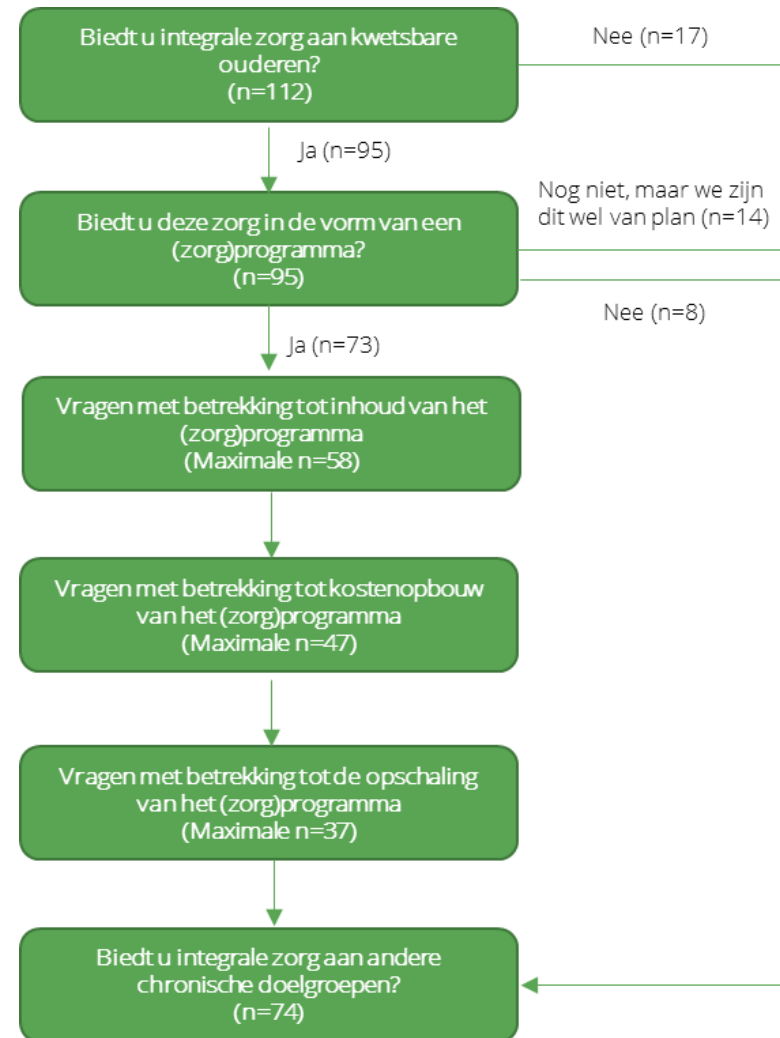
2.2 Landelijke uitvraag

Om een breed landelijk beeld te krijgen van de inhoud, de kostenopbouw en omvang van de zorgprogramma's evenals het functioneren van de markt voor zorgprogramma's hebben we een digitale landelijke uitvraag ontwikkeld. Een groot deel van de onderzoeksvragen in de uitvraag had vaste antwoordmogelijkheden. Daarnaast was er ruimte voor het plaatsen van aanvullingen of opmerkingen. De volledige vragenlijst is opgenomen in bijlage 2.

De vragenlijst is onder diverse samenwerkingsverbanden verspreid door Netwerkbureau Langer Thuis, Hechte Huisartsenzorg en ZonMw. Daarnaast hebben wij vanuit Bureau HHM de vragenlijst uitgezet onder de RIVM-netwerken, een aantal dementienetwerken en de zorgprogramma's die in de notitie van het Zorginstituut zijn beschreven.

De landelijke uitvraag heeft geresulteerd in 112 ingevulde vragenlijsten verspreid over heel Nederland. Figuur 2.1 geeft een overzicht van de respons per onderdeel. Binnen een onderdeel kan de respons per vraag verschillen. In de figuur zijn we uitgegaan van de maximale respons op dat onderdeel (dit betekent dat bij een specifieke vraag binnen dat onderdeel de respons lager kan zijn). Passend binnen de beschikbare doorlooptijd van het onderzoek hebben de respondenten drie weken de tijd gehad om de vragenlijst in te vullen. Een langere responstijd had mogelijk een hogere respons opgeleverd, maar gezien de diversiteit in programma's en initiatieven en spreiding over

het land verwachten we niet dat een hogere respons tot een ander totaalbeeld zou hebben geleid.



Figuur 2.1 Overzicht respons per onderdeel

2.3 Groepssessies

In aansluiting op de landelijke uitvraag hebben we vier digitale groepssessies georganiseerd waarvoor zorgaanbieders, verzekeraars/zorgkantoren en gemeenten zijn uitgenodigd. Het doel van deze sessies was een toets en nadere duiding van de resultaten van de landelijke uitvraag (die grotendeels bestaan uit ervaringen en meningen van de respondenten en niet bestaan uit harde kwantitatieve feiten). Deelnemers voor deze sessies hebben we geworven via de landelijke uitvraag (met name zorgprofessionals en zorgaanbieders) en via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De VNG is niet ingegaan op de uitnodiging voor de groepssessies. We hebben er vervolgens voor gekozen om per sessie zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars/zorgkantoren uit te nodigen. Deze samenstelling resulteerde in een mooie interactie tussen de deelnemers en verdieping van de verschillende perspectieven. Bij de vier groepssessies waren in totaal 20 zorgaanbieders en vijf (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en zorgkantoren aanwezig. Zie bijlage 4 voor een overzicht van betrokken partijen.

2.4 Cliëntreizen

Met cliëntreizen illustreren we hoe de kwetsbare oudere het zorgprogramma doorloopt en wat de meerwaarde is van de integrale zorg die vanuit het zorgprogramma geboden wordt. We hebben via interviews met zorgprofessionals uit de huisartsenpraktijk (POH en VS) ter illustratie drie verschillende cliëntreizen in beeld gebracht. De cliëntreis start met de situatie voorafgaand aan deelname aan het zorgprogramma. Daarna hebben we aan de hand van de zes stappen uit de Handreiking de cliëntreis van de kwetsbare ouderen binnen het zorgprogramma in beeld gebracht.

2.5 Klankbordgroep

Er is een klankbordgroep samengesteld met de partijen die betrokken zijn geweest bij het opstellen van de Handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis': LHV, InEen, NHG, KNGF, KNMP, Laego, ZN, Sociaal Werk NL, VNG, ActiZ en PFN. Daarnaast heeft Verenso zich aangesloten bij de klankbordgroep. De klankbordgroep is gedurende het onderzoek op twee momenten bij elkaar gekomen. In de eerste bijeenkomst is gezamenlijk gereflecteerd op de resultaten van de landelijke uitvraag. Op basis van deze resultaten heeft de klankbordgroep aandachtspunten en vragen meegegeven voor de groepssessies:

- Maak onderscheid in de verschillende lagen van afstemming en coördinatie: op welk niveau vindt welke vorm van afstemming en coördinatie plaats, welke professionals hebben daar een rol in en hoe wordt dit gefinancierd?
- Welke vormen van contractering zijn er met de zorgverzekeraars?
- Hoe wordt de financiering van het zorgprogramma vormgegeven?
- Wat hebben de bij het zorgprogramma betrokken partijen nodig om goede zorg voor kwetsbare ouderen mogelijk te maken?

In de tweede bijeenkomst met de klankbordgroep bespraken we de conceptversie van het eindrapport.

2.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 gaan we in op de inhoud van de zorgprogramma's en in hoofdstuk 4 op het functioneren van de markt voor zorgprogramma's. We hebben veel informatie opgehaald in de landelijke uitvraag. Dit hebben we ter reflectie voorgelegd aan de klankbordgroep. De meegegeven aandachtspunten van de klankbordgroep en de resultaten van de uitvraag bespraken we met de deelnemers aan de groepssessies. Om al deze informatie gestructureerd en integraal weer te geven presenteren we in de volgende twee hoofdstukken per onderwerp eerst de resultaten van de uitvraag gevolgd door de aanvullingen en reacties vanuit de groepssessies en de klankbordgroep. Als laatste volgt in hoofdstuk 5 een reflectie met aanbevelingen.

3. Inhoud zorgprogramma's

In dit hoofdstuk beschrijven we welke zorgprogramma's worden aangeboden, wat deze programma's op hoofdlijnen inhouden, op welke wijze afstemming en coördinatie binnen het zorgprogramma plaatsvindt en welke beroepsgroepen bij het programma zijn betrokken. Ook beschrijven we cliëntreizen van kwetsbare ouderen die gebruikmaken van een zorgprogramma.

Samenvatting:

- *Verskillende samenwerkingsverbanden bieden integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis.*
- *Hiervoor gebruiken zij niet altijd de term Zorgprogramma, omdat dit het ongewenste effect van een blauwdruk kan hebben terwijl het gaat om een flexibele invulling die past bij de behoefte en aangesloten professionals in een regio.*
- *Veel samenwerkingsverbanden herkennen zich in de definitie van kwetsbare ouderen zoals opgesteld door het Zorginstituut, maar beperken zich tot enkele essentiële kenmerken.*
- *Het merendeel van de zorgprogramma's richt zich op doelen die overeenkomen met de doelen uit de notitie Kwetsbare ouderen thuis van het Zorginstituut.*
- *Er is een grote diversiteit van professionals betrokken bij het verlenen van integrale zorg. In de meeste stappen zijn de huisarts, wijkverpleegkundige, Praktijkondersteuner Huisarts (POH) en/of Praktijkverpleegkundige Huisarts (PVH) de meest voorkomende professionals. Vanaf stap 3 komt de specialist ouderengeneeskunde erbij.*
- *Over de kostenopbouw en financiële impact kunnen de respondenten van de zorgprogramma's maar beperkt informatie aanleveren. Hierbij wordt wel aangegeven dat binnen de zorgprogramma's onderscheid is tussen coördinatie en afstemming op micro-, meso- en macroniveau.*

3.1 Aanbod zorgprogramma's

95 van de 112 samenwerkingsverbanden (85%) geven aan dat zij integrale zorg bieden aan kwetsbare ouderen. Van deze 95 samenwerkingsverbanden doen 73 samenwerkingsverbanden (77%) dit in de vorm van een zorgprogramma. 14 samenwerkingsverbanden (15%) geven aan dat ze dit nu nog niet doen, maar dit wel van plan zijn. Terwijl 8 samenwerkingsverbanden (8%)

aangeven dat ze niet van plan zijn om deze zorg vorm te geven in een zorgprogramma¹.

De samenwerkingsverbanden die nog geen zorgprogramma hebben, werken met elkaar samen rond een doelgroep (zoals mensen met dementie of oudere migranten) of een thema. Zij verkennen of zij dit kunnen uitwerken tot een programma, waarbij sommigen wel de vraag hebben wat de meerwaarde is van een programma boven de lopende samenwerkingsafspraken.

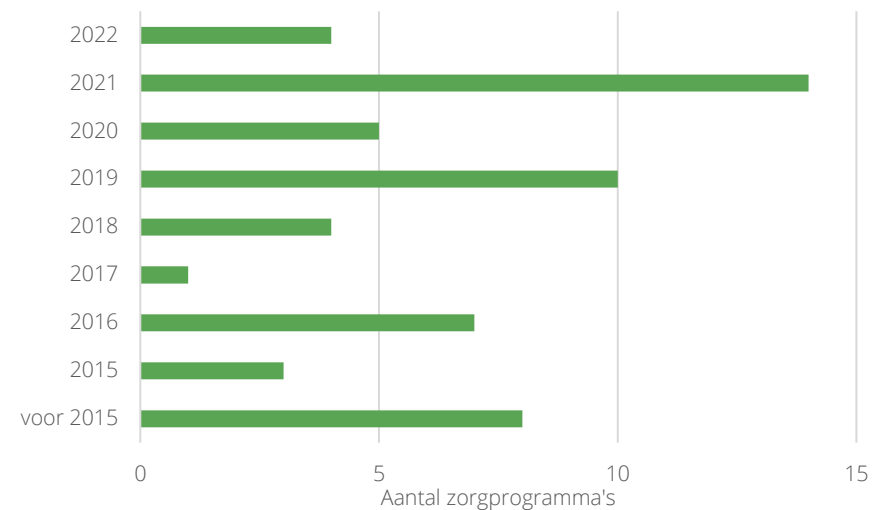
De samenwerkingsverbanden die niet van plan zijn een zorgprogramma op te zetten, hebben een voorkeur voor individuele invulling van integrale zorg of vinden het voldoende om de samenwerking op te zoeken in projecten. Ook zijn er partijen die een zorgprogramma teveel een 'geinstitutioniseerd' concept vinden; zij willen vraaggericht werken met ouderen in plaats van hen als een doelgroep van zorg te zien. Ook gaf een aantal respondenten aan niet goed te weten wat de term zorgprogramma inhoudt.

Deze reacties van respondenten over het concept van zorgprogramma's wordt herkend door de klankbordgroep. Men benoemt dat de samenwerking in de zorg voor kwetsbare ouderen thuis op diverse manieren wordt vormgegeven. Een zorgprogramma is hier een voorbeeld van. Het is goed mogelijk dat de opzet van diverse manieren van samenwerking en de geboden zorg in grote lijnen vergelijkbaar zijn, maar dat het niet altijd een zorgprogramma wordt genoemd. In de klankbordgroep wordt tevens benoemd dat een vastomlijnde omschrijving van de term zorgprogramma zou kunnen resulteren in een blauwdruk en dat is niet gewenst. Het is volgens de klankbordgroep belangrijk dat professionals in gezamenlijkheid de samenwerking en de uitvoering van de zorg voor kwetsbare ouderen thuis vorm kunnen geven op een manier die voor hen passend is.

¹ Zie § 2.2 voor het verschil in het aantal respondenten van de verschillende onderdelen.

Uit de antwoorden op de digitale vragenlijst blijkt dat de meeste zorgprogramma's zijn gestart in 2019 en 2021, zie figuur 3.1. Mogelijke verklaringen hiervoor:

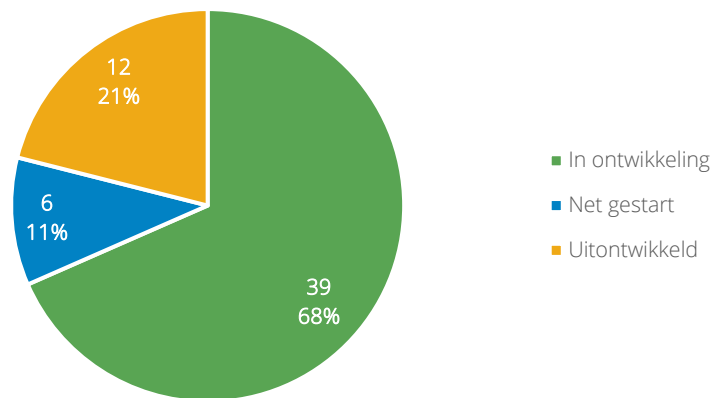
- In 2019 is de Handreiking kwetsbare ouderen uitgebracht en herzien in 2021. Hierdoor is integrale zorg voor kwetsbare ouderen mogelijk in die perioden meer onder de aandacht gekomen.
- De contracteringscyclus in de Zvw, waarbij in de jaren 2019 en 2021 nieuwe contracten zijn afgesloten.
- De dip in 2020 doordat het opstarten van een zorgprogramma door corona werd bemoeilijkt.



Figuur 3.1. Het aantal zorgprogramma's dat gestart is per jaar (n=56).

De meeste zorgprogramma's (68%) geven aan nog in ontwikkeling te zijn, terwijl 21% aangeeft uitontwikkeld te zijn en 11% net gestart is, zie figuur 3.2.

In de groepssessies werd aangegeven dat een programma nooit uitontwikkeld is omdat steeds weer gekeken wordt naar uitbereiding en verdere ontwikkeling. De groep in ontwikkeling is dus een diverse groep, waarin naar verwachting ook zorgprogramma's zitten die goed lopen, maar zich constant blijven ontwikkelen.



Figuur 3.2. Status van het zorgprogramma (n=57).

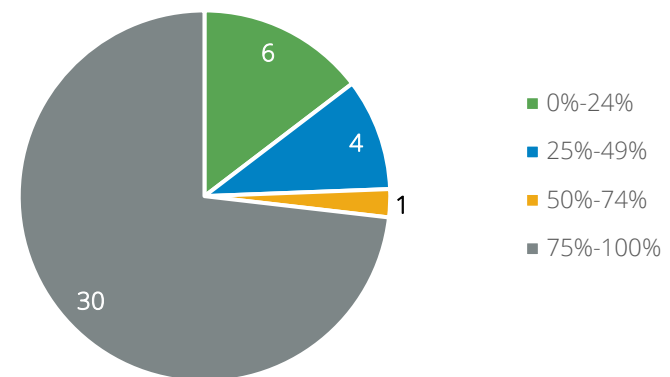
89% van de samenwerkingsverbanden geeft aan dat één partij de regie voert. Dit zijn vaak regio-organisaties, zorggroepen of samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, eventueel met aanvullende disciplines, maar soms ook zelfstandige huisartsenpraktijken of een zorgorganisatie.

3.2 Inhoud zorgprogramma's

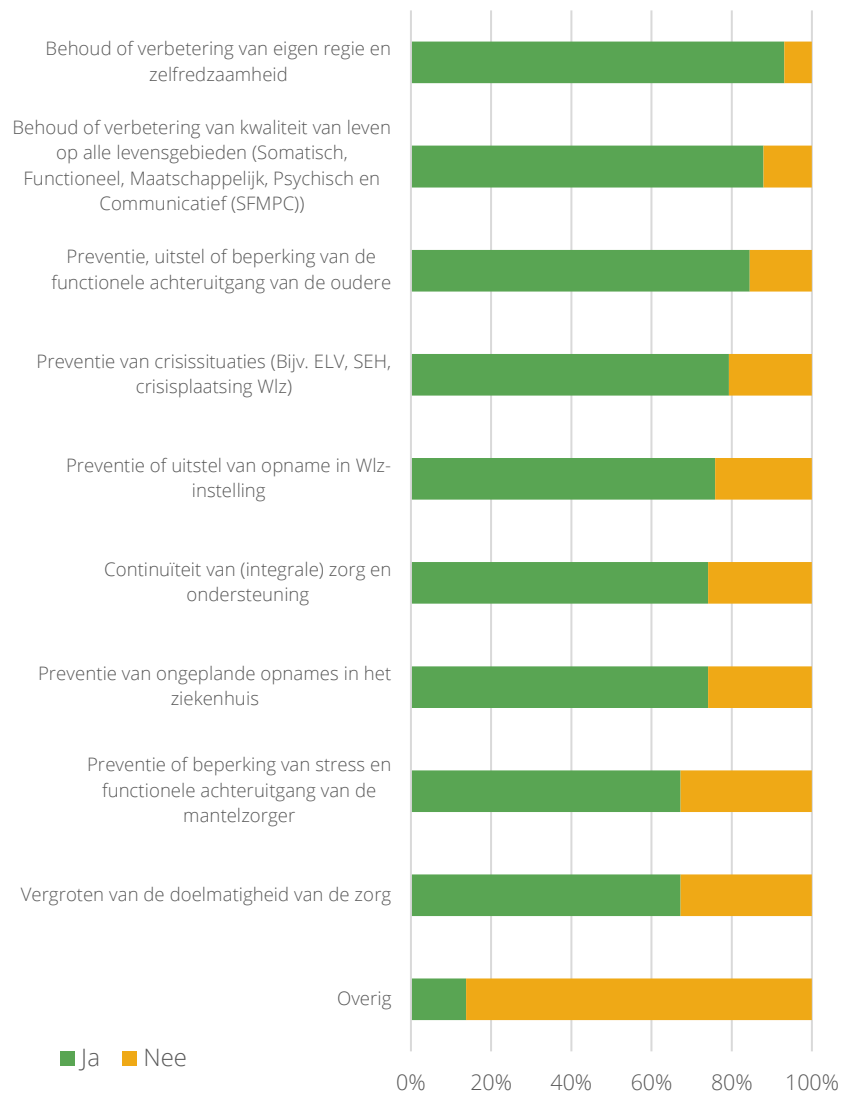
De helft van de zorgprogramma's noemt als inclusiecriteria '(zeer) kwetsbare oudere'. Ook oudere leeftijd op zich wordt vaak genoemd, waarbij vaak 75+ en soms 65+ wordt gehanteerd. Ongeveer een kwart van de zorgprogramma's legt de nadruk op de complexiteit van de problematiek.

Ook maakt ongeveer een kwart van de zorgprogramma's gebruik van een score of instrument (Trazag, Frailty index, Intermed, fitheidstesten). Daarnaast noemt een aantal zorgprogramma's specifieke aspecten, zoals verlies van eigen regie, cognitieve problematiek, polyfarmacie, geriatric event en psychische problematiek. In de groepssessies werd aangegeven dat het hanteren van een score of instrument werkbaar is zolang het niet statisch wordt gehanteerd. Daarnaast is aangegeven dat wetenschappelijk is bewezen dat een screeningsinstrument niet van meerwaarde hoeft te zijn ten opzichte van de klinische blik van een huisarts. Het includeren van ouderen is een proces dat kan veranderen als gevolg van visie, werkwijze of als de financiering verandert.

Gemiddeld voldoet 77% (n=41) van de cliënten binnen een zorgprogramma aan de definitie van de doelgroep kwetsbare ouderen zoals die gehanteerd wordt door het Zorginstituut (zie kader 1 in § 1.2). Percentages lopen uiteen van 15% tot 100%, maar figuur 3.3 laat zien dat bij bijna driekwart van de zorgprogramma's meer dan 75% van de cliënten aan de definitie van het Zorginstituut voldoet.



Figuur 3.3. Zorgprogramma's verdeeld naar het percentage cliënten dat voldoet aan de definitie van de doelgroep kwetsbare ouderen (n=41).



Figuur 3.4. Het percentage zorgprogramma's dat doelen hanteert die overeenkomen met de doelen die genoemd zijn in de Notitie kwetsbare ouderen thuis van het Zorginstituut (n=58)

Het merendeel van de zorgprogramma's heeft doelen die overeenkomen met de doelen die genoemd zijn in de Notitie kwetsbare ouderen thuis van het Zorginstituut, zie figuur 3.4. Naast deze doelen worden bij overige doelen aspecten genoemd zoals Advance Care Planning, voorbereiding op de laatste levensfase, goede overgang van transmurale zorg, het leveren van proactieve zorg en het verbeteren van samenwerking in de regio.

3.3 Betrokkenen

In figuur 3.5 geven we weer hoeveel procent van de zorgprogramma's een specifieke beroepsgroep of stakeholder betreft. Hierin valt op dat bij alle stappen de huisarts, wijkverpleegkundige, Praktijkondersteuner Huisarts (POH) en de Praktijkverpleegkundige Huisarts (PVH) de meest genoemde professionals zijn. Zij vormen vaak het kernteam, al werken niet alle zorgprogramma's met een vast kernteam. Naast deze professionals kan een waaier aan andere professionals betrokken zijn. Samenwerkingsverbanden geven aan dat het per casus verschilt wie aansluit bij een MDO. De disciplines die voor die casus relevant zijn, worden betrokken en indien gewenst ook de mantelzorger. Bij stap 1, Signalering, zien we in figuur 3.5 dat in principe iedereen betrokken kan zijn. Daarnaast laat de figuur zien dat een goede samenwerking met het Sociaal Domein belangrijk is, omdat diverse professionals met een belangrijke signaleringsfunctie uit de Wmo betaald worden, bijvoorbeeld de huishoudelijke hulp en het wijkteam.

Vanaf stap 3 (multi-domein analyse) sluit de specialist ouderengeneeskunde vaak aan. In zowel de klankbordgroep als de groepsessies is benoemd dat de specialist ouderengeneeskunde van grote meerwaarde is binnen een zorgprogramma. Zij dragen bij aan kennisoverdracht en zijn gewend om multidisciplinair te werken. Capaciteitsproblemen en beperkingen in financiering maken aansluiting van de specialist ouderengeneeskunde echter niet altijd mogelijk.

Dit geldt overigens ook voor andere professionals, zoals de wijkverpleging en apotheker. In de groepsessies werden verschillende oplossingen aan-ge dragen voor de capaciteitsproblemen bij specialisten ouderengenees- kunde. Zo wordt gezien dat de specialisten ouderengeneeskunde zich meer verenigen, er een vaste specialist ouderengeneeskunde aan een huisartsen- praktijk wordt gekoppeld voor de MDO's, er geëxperimenteerd wordt met een ambulante team ouderen en er ingezet wordt op het opleiden van verpleeg- kundig specialisten.

Bij de categorie 'anders' noemen veel zorgprogramma's de casemanager dementie. Deze wordt vaak bij alle stappen betrokken, evenals professionals vanuit de GGZ (POH, (GZ)-psycholoog, ouderenspsychiater). Ook de geriater of geriatrisch verpleegkundige wordt genoemd, zij worden ook wel eens ingezet in plaats van een specialist ouderengeneeskunde. Veel zorgprogramma's noemen nog meer professionals zoals bijvoorbeeld een optometrist die een signalerende functie hebben, net zoals vrijwilligers, buurtbewoners en Wmo- consulenten.

	Stap 1. Signalering	Stap 2. Gesprek met oudere	Stap 3. Multi-domein analyse	Stap 4. Bespreken van bevindingen in het kernteam	Stap 5. Bespreking in MDO	Stap 6. Bespreken zorgplan met ouderen en familie, uitvoeren, en evalueren
Mantelzorger	75%	62%	38%	13%	28%	58%
Huishoudelijke hulp	57%	4%	11%	4%	4%	4%
Huisarts	96%	79%	64%	75%	85%	68%
Praktijkondersteuner Huisarts (POH)	91%	83%	74%	72%	74%	74%
Praktijkverpleegkundige Huisarts (PVH)	55%	53%	51%	47%	49%	49%
Wijkverpleegkundige	94%	79%	70%	68%	81%	68%
Specialist ouderengeneeskunde	36%	32%	64%	64%	79%	40%
Ouderen adviseur	49%	32%	15%	21%	26%	9%
Apotheker	49%	17%	28%	13%	43%	15%
Fysiotherapeut	53%	15%	28%	15%	45%	23%
Diëtist	47%	17%	25%	8%	38%	21%
Ergotherapeut	47%	11%	28%	13%	42%	25%
Tandarts	15%	6%	6%	4%	8%	6%
Professionals van het wijkteam/buurtteam	62%	36%	30%	30%	45%	28%
Sociaal Werker	49%	26%	13%	19%	30%	15%
Wijkagent	30%	2%	2%	0%	2%	2%
Medewerkers GGD	19%	2%	6%	0%	2%	2%
Medewerkers Ziekenhuis	30%	11%	15%	6%	8%	9%
Medewerkers SEH	26%	9%	6%	2%	2%	4%
Medewerkers huisartsenpost	32%	9%	4%	2%	4%	2%
Anders, namelijk	38%	21%	23%	23%	32%	23%

Figuur 3.5. Percentage zorgprogramma's dat per stap uit de Handreiking kwetsbare ouderen thuis een specifieke beroepsgroep of stakeholder betreft (n=53)

3.4 Kostenopbouw

Veel respondenten vonden het lastig om de kosten inzichtelijk te maken en te verdelen in zorgverleningskosten en overhead. De acht respondenten die de vraag hebben ingevuld laten een divers beeld zien. Het varieert van 62-96% voor zorgverleningskosten en van 4-38% voor overhead, maar doordat we niet hebben kunnen achterhalen hoe deze percentages exact zijn bepaald, zijn de verschillen moeilijk te duiden.

Ondanks dat het lastig is om zicht te krijgen op de kostenopbouw van zorgprogramma's is in de groepssessies wel duidelijk benoemd dat afstemming en coördinatie de grootste component van overhead is. Deelnemers laten zien dat er veel variatie is in de vormgeving van de afstemming en coördinatie van een zorgprogramma.

In grote lijnen vindt *coördinatie* op drie niveaus plaats (vergelijkbaar met de indeling die het Zorginstituut hanteert in de notitie 'Kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie', 2021):

- *Micro*: Op het niveau van de patiënt is coördinatie van de uitvoer van het individuele zorgplan nodig. Coördinatie op dit niveau betreft bijvoorbeeld het regelen van een aanspreekpunt in de ANW-uren voor een specifieke oudere, of het delen van een actie- of noodplan met de huisartsenpost of de zorgcentrale.
- *Meso*: Dit betreft coördinatie op het niveau van de huisartsenpraktijk voor alle patiënten die in aanmerking komen voor de proactieve persoonsgerichte samenhangende zorg. Op dit niveau betreft coördinatie bijvoorbeeld het maken van afspraken over de beschikbaarheid van benodigde expertise van de specialist ouderengeneeskunde en gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook afspraken over wie als aanspreekpunt fungeert valt hieronder evenals de beschikbaarheid van de noodplannen in de ANW-uren.

- *Macro*: Daarnaast of 'daarboven' is ook een vorm van coördinatie noodzakelijk op het adherente niveau (lokaal of regionaal) van het functionerende zorgprogramma. Deze coördinatie betreft niet de zorg voor individuele patiënten en is daarmee van een ander niveau.

Enkele samenwerkingsverbanden of zorgprogramma's geven aan dat zij voornamelijk twee niveaus hanteren. Het onderscheid tussen micro- en mesoniveau hanteren zij niet. Zij zien dit meer als een niveau van coördinatie dat aan de zorg voor individuele patiënten is gerelateerd. De verschillende niveaus van coördinatie vragen om een andere manier van bekostiging.

Afstemming daarentegen wordt door het Zorginstituut beschreven als specifiek gericht op de individuele problematiek, context, wensen en voorkeuren van de patiënt. Zorgactiviteiten die vallen onder afstemming: het opstellen van een individueel zorgplan, advance care planningsgesprekken, overleg met de betrokken zorgverleners of vertegenwoordigers van de betrokken zorg- en ondersteuningsdisciplines. Afstemming met het sociale domein en/of de informele zorg maakt ook onderdeel uit van deze functionaliteit. Afstemming vindt dus plaats op het microniveau van coördinatie.

3.5 Financiële impact

Om een beeld te krijgen van de financiële impact hebben we via de online vragenlijst per zorgprogramma gevraagd naar het aantal deelnemende cliënten, de kosten per jaar en de kosten per cliënt.

Gemiddeld nemen 1.823 cliënten deel aan een zorgprogramma (n=26). Er is veel diversiteit en het verschilt sterk per zorgprogramma: het minimum is 30 cliënten en het maximum 8.290 cliënten. Deze diversiteit is het gevolg van de mate van ontwikkeling van een zorgprogramma; draait deze al langere tijd of is deze net opgestart. Maar ook de wijze van includeren kan een rol spelen.

Veel respondenten vonden het lastig om deze vraag te beantwoorden, omdat ze niet het totale beeld hebben over de kosten van alle deelnemers van het zorgprogramma, maar ook omdat het per zorgprogramma verschilt wat er onder de kosten valt. Hierdoor kunnen we geen duidelijk beeld schetsen van de totale kosten en de kosten per cliënt.

3.6 Cliëntreizen

Aan de hand van drie cliëntreizen maken we de toepassing van het zorgprogramma in de praktijk inzichtelijk en beschrijven we de meerwaarde van het zorgprogramma ten opzichte van de reguliere ouderenzorg.

- In de eerste cliëntreis beschrijven we een cliënt met cognitieve achteruitgang die voorheen geen zorg- en ondersteuning kreeg, maar dat wel nodig had. De meerwaarde van het zorgprogramma is bij deze cliënt met name dat de POH proactief signaleert, vinger aan de pols houdt en samen met de cliënt en collega zorgverleners de mogelijkheden blijft verkennen om de noodzakelijke zorg en ondersteuning in te zetten.



- De tweede cliëntreis speelt zich af in coronatijd. De cliënt vereenzaamt en ziet het leven niet meer zitten. Naarmate de tijd verstrijkt wordt zij kwetsbaarder en ontstaan er somatische complicaties. De meerwaarde van het zorgprogramma zat hierbij initieel in het benutten van de mogelijkheden die er wel waren en later in



het anticiperen op de toekomst met behoud van eigen regie en inzet van benodigde zorg- en ondersteuning.

- In de derde cliëntreis beschrijven we een echtpaar met complexe somatische, psychische en psychosociale problematiek. Bij beiden treedt een acute knik op in het functioneren. De meerwaarde van het zorgprogramma in zo'n complexe situatie is dat de verpleegkundig specialist (VS), in afstemming met andere zorgprofessionals, snel de benodigde zorg- en ondersteuning inzet of opschaaft. Ook zorgt de VS ervoor dat alleen de noodzakelijke professionals bij het MDO betrokken worden en er een duidelijke taakverdeling is waardoor het overzicht behouden blijft.



De interviews met de zorgprofessionals bevestigen het beeld van zorgprogramma's dat gedurende dit onderzoek is ontstaan: het stappenplan uit de Handreiking is bekend en wordt grotendeels doorlopen, maar er is behoefte aan een eigen invulling van de stappen, passend bij de lokale en regionale situatie. Een voorbeeld hiervan is dat niet alleen de ouderen die voldoen aan alle 'kwetsbaarheids'-aspecten uit de definitie van het ZIN worden geïncludeerd in een zorgprogramma, maar ook ouderen die een hoog risico hebben om kwetsbaar te worden. Verder zien we dat gedurende meerdere stappen van het programma afstemming en coördinatie tussen professionals plaatsvindt, ook als niet gekozen wordt voor een MDO.

Mevrouw Strootman - Niet-pluisgevoel

Situatie voorafgaand aan het zorgprogramma

Mevrouw Strootman (80 jaar) is sinds 15 jaar weduwe en woont zelfstandig, samen met haar hondje, in een eengezinswoning met een bovenverdieping en een kleine tuin. Ze heeft goed contact met haar zoon en schoondochter die in de buurt wonen. Mevrouw had vroeger een groot sociaal netwerk, maar dat is in de loop der jaren uitgedund. Alleen de buren houden nog een oogje in het zeil. Mevrouw heeft geen zorg en ondersteuning. Dat vindt ze ook niet nodig.



STAP 1

Signalering

Enige tijd geleden kwam mevrouw Strootman met haar zoon naar het spreekuur van de huisarts. Zoon maakte zich zorgen om haar cognitie vanwege haar vergeetachtigheid en verwardheid.



Gesprek met de oudere

Na de afspraak met de huisarts kwam de praktijkverpleegkundige (PVH) op huisbezoek bij mevrouw Strootman en voerde de multi-domeinanalyse uit (zie stap 3).

STAP 2



STAP 3

Multi-domeinanalyse

Tijdens het huisbezoek is een MMSE en de TRAZAG afgenomen. Ook is de medicatie besproken met mevrouw, omdat ze verschillende dingen door elkaar gebruikte. Het huis zag er netjes uit en ook mevrouw Strootman zag er verzorgd uit. Toch maakte de PVH zich zorgen. Mevrouw was eenzaam, had weinig ziekte-inzicht en haar zoon gaf aan dat ze laatst verwaald was. Door haar hoge leeftijd en de betrokkenheid van de PVH werd mevrouw Strootman geïnccludeerd in de Module Ouderenzorg.



Het kernteam

De PVH en huisarts bespraken samen de bevindingen. De huisarts kende mevrouw Strootman al langer en stelde dat mevrouw Strootman altijd al een wat lager intelligentie-niveau had. Om de cognitieve achteruitgang goed te duiden werd ze toch doorverwezen naar de geheugenpoli.

STAP 4



STAP 5

Het MDO

Er heeft in dit traject geen MDO plaatsgevonden. Alleen afstemming met de huisarts.



Bespreking zorgplan/ terugkoppeling aan de cliënt

De PVH is de coördinator en heeft een zorgplan opgesteld met als doel de veiligheid in kaart te brengen. In overleg met mevrouw Strootman is naast de verwijzing naar de geheugenpoli een baxter voor de medicatie aangevraagd. Voor huishoudelijke hulp of een vrijwilliger stond ze niet open.

STAP 6

Meerwaarde zorgprogramma

Door instroom in de Module Ouderenzorg is geleidelijk en proactief de nodige zorg en ondersteuning ingeschakeld. Zoon heeft meer rust. Mevrouw zelf vindt nog steeds dat ze het zelf wel kan.



Mevrouw Klein - Kwetsbaar in Coronatijd



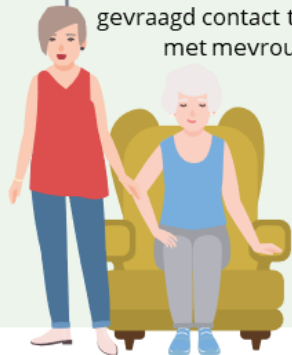
Situatie voorafgaand aan het zorgprogramma

Mevrouw Klein is een 90-jarige weduwe die zelfstandig woont in een eengezinswoning met een tuin. Ze heeft vier kinderen en een aantal kleinkinderen. Eén van haar dochters woont in de buurt. Haar familie komt regelmatig langs. Mevrouw heeft daarnaast een uitgebreid sociaal netwerk. Mevrouw is hartpatiënt, heeft maculadegeneratie en is slecht ter been. Mevrouw heeft huishoudelijke hulp. Verder is er geen zorg of ondersteuning.

STAP 1

Signalering

Dochter heeft de huisarts gebeld omdat ze zich zorgen maakte. Mevrouw raakte geïsoleerd door Corona en zag het leven niet meer zitten. Naast eenzaamheid was er valgevaar en risico op ondervoeding. De huisarts heeft de POH gevraagd contact te leggen met mevrouw.



Gesprek met de oudere

Vanwege de Coronatijd was het eerste contact tussen de POH en mevrouw telefonisch. Daarna is de POH op huisbezoek gegaan en hebben ze in de tuin met elkaar gesproken. Mevrouw vertelde dat er veel contacten en activiteiten waren weggevallen door Corona. Ze wilde vooral graag weer dingen ondernemen en gaf aan dat ze bang was voor de toekomst.

STAP 2



STAP 3

Multi-domeinanalyse

Mevrouw is tijdens meerdere gesprekken door middel van de SFMPC-methode in beeld gebracht. Er waren op dat moment nog geen andere zorgverleners betrokken. Kwetsbaarheid werd vastgesteld aan de hand van de geriatric giants en mevrouw werd geïncludeerd in het zorgprogramma.



Het kernteam

In het overleg tussen de POH en de huisarts werd besproken dat men vanwege Corona mevrouw weinig kon aanbieden naast gesprekken met de POH. Welzijn op recept is gebeld met de vraag wat men organiseerde in Coronatijd. Dit bleek beperkt.

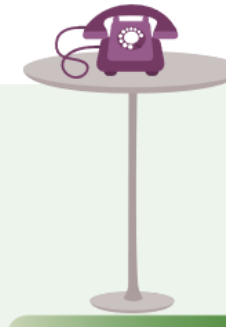
STAP 4



STAP 5

Het MDO

Er heeft voor mevrouw geen MDO plaatsgevonden. De lijnen zijn kort en even bellen is sneller en efficiënter.



Bespreking zorgplan/ terugkoppeling aan de cliënt

De POH is de coördinator binnen het zorgprogramma. Zij noteerde en besprak de afgesproken acties met mevrouw.

STAP 6



Meerwaarde zorgprogramma

De POH heeft mevrouw, ondanks de beperkingen in Coronatijd, geholpen om de mogelijkheden te benutten die er wel waren. Tevens heeft de POH een verbindende rol gespeeld, mede in het contact tussen mevrouw en kinderen. Tot slot heeft de POH mevrouw geholpen bij het anticiperen op de toekomst met behoud van eigen regie.

Het echtpaar Houtman - Crisisituatie

Situatie voorafgaand aan het zorgprogramma

Het echtpaar Houtman - mevrouw (64) en meneer (64) - woont samen in een sociale huurwoning die volledig vervuld is. Zij hebben geen kinderen en geen sociaal netwerk. Meneer is bekend met een CVA en in toenemende mate geheugenproblemen. Ook is sprake van gedragsproblemen, overgewicht en suikerziekte. Mevrouw heeft een complexe psychiatrische voorgeschiedenis met onder andere persoonlijkheidsproblematiek. Ook zij heeft overgewicht en suikerziekte. Beiden zijn bekend bij de POH GGZ en de POH somatiek. Ook zitten ze in de schuldsanering waarvoor ze een budgetcoach vanuit de Wmo hebben. Tot slot komt de thuiszorg vanwege wonden en valincidenten.



STAP 1

Signalering

De POH GGZ heeft de VS gevraagd mee te kijken vanwege de complexe multiproblematiek.



STAP 2

Gesprek met de oudere
De VS is op huisbezoek geweest. In dit gesprek vond ook de multi-domeinanalyse plaats (zie stap 3).



STAP 3

Multi-domeinanalyse

De VS heeft een SFMPC-analyse gedaan. Het echtpaar is cognitief getest waarbij beiden verlaagd scoorden. Bij meneer is de diagnose beginnende dementie gesteld. Ook kon hij nauwelijks lopen en waren de transfers niet meer veilig. Er was bij beiden sprake van slechte zelfzorg en incontinentie waarbij ze geen incontinentiemateriaal gebruikten en ze namen zonder het te weten elkaars medicatie. Het huis was vervuld en het echtpaar was erg onvriendelijk tegen de betrokken hulpverleners. Omdat het echtpaar steeds verder achteruitging werd direct een Wlz-aanvraag voor beiden gedaan. Mevrouw kreeg een VV04 en meneer een VV06. Ze wilden graag samen blijven wonen.



STAP 4

Het kernteam

Er is geen kernteam. Wel zijn er korte lijnen en is er intensief contact met de betrokkenen.



STAP 5

Het MDO

Nadat de meest urgente zaken geregeld waren, is er een MDO georganiseerd. Hierbij waren de Wmo-consulent, wijkverpleegkundige, budgetcoach en VS aanwezig. Het doel van het MDO was het echtpaar zo veilig mogelijk samen thuis te laten wonen. Tijdens het MDO werd het volgende afgesproken een casemanager en diëtiste in te zetten en voor beiden dagbesteding te starten.



STAP 6

Bespreking zorgplan/terugkoppeling aan de cliënt

Er wordt gewerkt met OZO verbindzorg. Op die manier kunnen de betrokken hulpverleners elkaar op de hoogte houden. De VS is de medisch coördinator. De verdere coördinatie lag eerst bij de Wmo-consulent en nu bij de casemanager. De VS en de casemanager hebben intensief contact met elkaar.



Meerwaarde zorgprogramma

De Wmo-consulent had voor het MDO zowel vanuit de huisartsenpraktijk als vanuit de thuiszorg alle betrokken zorgprofessionals uitgenodigd voor het MDO. De VS heeft ervoor gezorgd dat er vanuit de praktijk en de thuiszorg slecht één afgevaardigde aanwezig was bij het MDO. Hierdoor is er een duidelijke taakverdeling en vaste contactpersonen die het overzicht houden.

4. Functioneren van de markt voor zorgprogramma's

Aan de hand van de volgende aspecten geeft dit hoofdstuk een beschrijving van het functioneren van de markt voor zorgprogramma's:

- *bekostiging en contractering,*
- *inkoop van type zorgprogramma's,*
- *ervaringen met het functioneren van de markt,*
- *opscaling van succesvolle zorgprogramma's,*
- *regio's met geen/weinig zorgprogramma's,*
- *succesfactoren bij de financiering*
- *knelpunten bij de financiering*

Samenvatting:

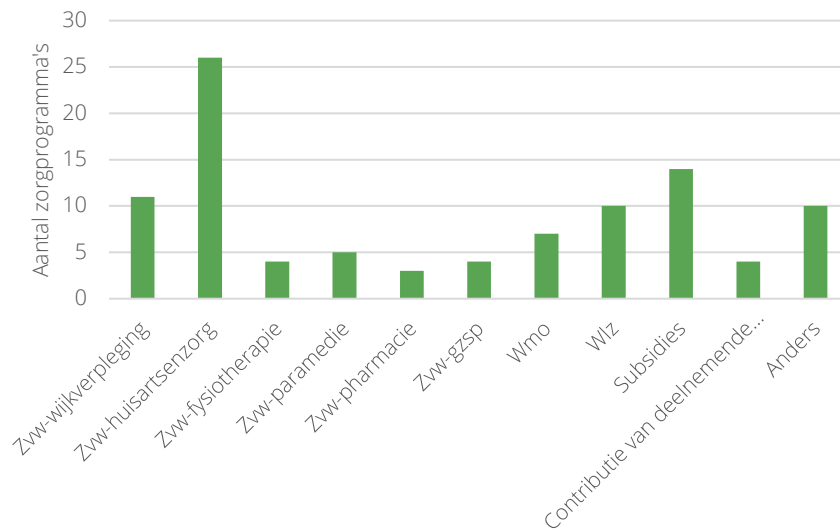
- *Er is sprake van een grote mate van diversiteit in de wijze waarop zorgprogramma's worden gefinancierd.*
- *Naast zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen worden programma's ingekocht voor doelgroepen met specifieke ziektebeelden.*
- *Er zijn diverse positieve ervaringen met de zorgprogramma's, maar er worden ook diverse knelpunten ervaren.*
- *In vrijwel heel Nederland wordt gewerkt aan (het tot stand brengen van) integrale zorg voor kwetsbare ouderen, waarbij in sommige regio's bewust niet wordt gekozen voor een zorgprogramma.*
- *Veel zorgprogramma's worden opgeschaald, met name binnen het samenwerkingsverband, maar ook doordat nieuwe partners toetreden.*
- *Met betrekking tot de financiering zijn diverse succesfactoren en knelpunten aangegeven vanuit de zorgprogramma's.*

4.1 Bekostiging van zorgprogramma's

Met betrekking tot de bekostiging van de zorgprogramma's hebben we vanuit de praktijk diverse ervaringen verzameld. Voor de inzet van verschillende professionals bestaan verschillende tarieven die op verschillende manieren zijn opgesteld. Voor bepaalde professionals is het mogelijk om overleg met andere professionals afzonderlijk te declareren, voor andere professionals is dit niet afzonderlijk mogelijk, maar (mogelijk) verdisconteerd in het tarief voor de directe tijd. In het bekostigingsadvies van de NZa wordt een volledig overzicht gegeven van alle vormen van bekostiging van alle in de Handreiking genoemde professionals. Dit overzicht kan worden gebruikt om de bevindingen uit voorliggend onderzoek nader te duiden.

Figuur 4.1 laat zien hoeveel zorgprogramma's gebruikmaken van een bepaalde financieringsvorm. Zvw-huisartsenzorg is de meest gebruikte financieringsvorm; hierbij wordt vaak aangegeven dat het gaat om de module

ouderenzorg (segment 3) of om Organisatie & Innovatie-middelen (segment 2) die ingezet kunnen worden voor multidisciplinaire zorg. Daarnaast wordt vaak genoemd dat dit gaat om reguliere prestaties voor consulten, visites en de module POH. Voor andere Zvw-disciplines wordt genoemd dat dit reguliere prestaties voor consulten en behandeling zijn. Bij Subsidies wordt meestal een ZonMw-subsidie genoemd, met name de subsidie voor lokale netwerken samenhangende ouderenzorg. Drie partijen noemen een subsidie van een zorgverzekeraar of gemeente.



Figuur 4.1. Aantal zorgprogramma's dat gebruik maakt van een bepaalde financieringsvorm (n=47).

Wat betreft contributie van deelnemende partijen is er bij één zorgprogramma sprake van een geldelijke bijdrage op basis van een verdeelsleutel. Bij twee zorgprogramma's bestaat de 'contributie' uit inzet van personeel en eigen middelen voor de samenwerking. Vermoedelijk is dit laatste bij meer samenwerkingsverbanden het geval (naast de Zvw-middelen). Onder 'anders' vallen: projectgelden, geld van universiteiten, aanvullende

afspraken met de zorgverzekeraar, experimenten of zelfstandige financiering van de betrokken partijen. Vanuit de klankbordgroep is een verklaring voor het opgehaalde beeld gegeven, namelijk of er een aparte vergoeding bestaat of niet. Dit verschilt per discipline, bijvoorbeeld voor huisartsen is deze afzonderlijke vergoeding er wel en voor wijkverpleegkundigen niet.

Voor 21 zorgprogramma's is aangegeven wat de procentuele verdeling van de financiering is, zie bijlage 3. Voor de helft van de zorgprogramma's geldt dat zij volledig gefinancierd worden door de Zvw-huisartsenzorg, dit komt mogelijk doordat deze discipline vaak de vragenlijst ingevuld heeft voor het zorgprogramma. Daarnaast worden drie zorgprogramma's volledig gefinancierd met subsidies, zes zorgprogramma's worden gefinancierd door diverse combinaties van meerdere financieringsvormen en één zorgprogramma wordt gefinancierd als experiment onder de GZSP (geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen).

In de klankbordgroep werd de variatie aan financieringsvormen ook genoemd. In de loop der jaren zijn verschillende oplossingen bedacht om (elementen van) het zorgprogramma te financieren. Financiering van afstemming en coördinatie is hier een groot onderdeel van. In de klankbordgroep wordt, aansluitend op de Notitie van het Zorginstituut (juni 2021), genoemd dat coördinatie op meerdere niveaus plaatsvindt: samenwerking van professionals rondom de zorg aan kwetsbare ouderen (micro), op het niveau van de huisartsenpraktijk (meso) en tussen organisaties die de samenwerking rondom de doelgroep kwetsbare ouderen goed willen organiseren (macro). In de klankbordgroep is ten aanzien van de financiering hiervan geopperd om de coördinatie van de samenwerking tussen organisaties afzonderlijk te bekostigen. Terwijl voor de coördinatie op het niveau van de professionals (micro) en de huisartsenpraktijk (meso) mogelijkheden moeten worden gecreëerd binnen de reguliere bekostiging van de verschillende beroepsgroepen. De klankbordgroep adviseerde om in de groepssessies een nadere

duiding te geven van de niveaus waarop afstemming en coördinatie plaatsvindt en de wijze waarop dit gefinancierd wordt. Het beeld dat hierover vanuit de groepssessies is ontstaan hebben we in § 3.5 al nader toegelicht.

Het blijkt lastig om een duidelijk onderscheid te maken in de financiering van afstemming en coördinatie en de financiering van overige elementen van het zorgprogramma. Elk zorgprogramma geeft op eigen wijze vorm aan de financiering waarbij men hiervoor mede afhankelijk is van de afspraken die met de (preferente) zorgverzekeraar gemaakt worden. We brengen hieronder de diversiteit in de financiering van de zorgprogramma's in beeld en lichten deze toe met voorbeelden die in de sessies gegeven zijn.

Als het gaat om financiering van afstemming en coördinatie wordt in de groepssessies bevestigd dat dit op meerdere niveaus plaats kan vinden. Wanneer we kijken naar de financiering van afstemming en coördinatie op regioniveau (macro) wordt hiervoor bijvoorbeeld gebruikgemaakt van O&I-gelden. De O&I-gelden zijn onder te verdelen in vier betaaltitels: praktijkmanagement, wijkmanagement, regiomanagement en ondersteuning ketenzorg. Deze bekostiging stimuleert structurele samenwerking en organisatievorming door te investeren in ondersteuning op drie niveaus: praktijk, wijk en regio. In de groepssessies geeft men inderdaad aan dat voor de financiering van het zorgprogramma naast O&I-regiomanagement ook gebruik wordt gemaakt van O&I-wijkmanagement. In één van de sessies is benoemd dat deze O&I-wijkmanagementgelden worden toegekend aan andere disciplines wanneer zij zelf geen declaratiebevoegdheid hebben.

Naast gebruik van O&I-gelden zijn er ook voorbeelden van een combinatie van de reguliere huisartsenfinanciering met een module kwetsbare ouderen (S3, afgenomen via de zorggroep) en een POH-module. In meerdere groepssessies wordt aangegeven dat hierbij de financiering van de POH niet altijd toereikend is. Een deelnemer gaf bijvoorbeeld aan dat een POH tussen de zes

en acht uur per week per normpraktijk besteedt aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen thuis, maar dat in financiering van deze uren niet altijd is voorzien (het was overigens niet mogelijk om deze tijdbesteding tijdens het onderzoek te toetsen). Daarnaast moet de zorg door andere disciplines (anders dan huisarts en POH) worden betaald uit de reguliere tarieven waarbij men moeite heeft met het financieren van de indirecte tijd. Een onderdeel van de S3-prestatie zijn de GEZ-gelden (Geïntegreerde Eerstelijns Zorg). Eén van de deelnemers van de groepssessies gebruikt deze voor de overleggen tussen bijvoorbeeld de huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige en soms de diëtist. Ook in de klankbordgroep is benoemd dat binnen de huisartsenzorg gebruik wordt gemaakt van de S3-prestatie in combinatie met de S1 prestatie.

In de groepssessies herkennen veel deelnemers voor verschillende disciplines het probleem rondom financiering van indirecte tijd. Zo blijkt bijvoorbeeld de financiering van de specialist ouderengeneeskunde en de fysiotherapeut een uitdaging. Voor de financiering van de specialist ouderengeneeskunde en andere disciplines is de GZSP-prestatie beschikbaar. Echter, door meerdere deelnemers is benoemd dat dit tarief onvoldoende toereikend is. Eén van de deelnemers heeft aanvullende afspraken met de verzekeraar gemaakt voor financiering van consultatie en deelname van de specialist ouderengeneeskunde aan het MDO. Dit wordt betaald uit O&I-gelden. In de klankbordgroep is genoemd dat deelname van de specialist ouderengeneeskunde aan het MDO ook wel eens wordt gefinancierd vanuit de Wlz. Een andere mogelijkheid is de inzet van projectgelden. De inzet van paramedici binnen het zorgprogramma wordt bekostigd vanuit hun eigen tarieven. Hierbij kan voor de fysiotherapeut gelden dat een aanvullende verzekering noodzakelijk is en/of dat het eigen risico van de patiënt wordt aangesproken. De inzet van Welzijn wordt bekostigd vanuit het Wmo-budget.

Net als in de vragenlijst is ook in de groepssessies regelmatig subsidie van ZonMw genoemd als financieringsvorm van het zorgprogramma. Een voorbeeld hiervan is dat de subsidie werd gebruikt om een eerste impuls te geven aan de samenwerking waarbij na het afronden van het project de financiering uit eigen middelen moet komen.

4.2 Contractering van zorgprogramma's

Als we kijken naar de contractering van zorgprogramma's door de zorgverzekeraar blijkt ook daarin het aanbod heel divers en per verzekeraar verschillend. In kader 4.1 beschrijven wij een voorbeeld dat tijdens de groepssessies is toegelicht door één van de verzekeraars die drie bekostigingsvormen hanteert voor de coördinatie in de huisartsenzorg.

- *Integrale ketenzorg financiering. Hierin is de volledige medische bekostiging (directe patiëntenzorg, maar ook bijvoorbeeld ACP-gesprekken) opgenomen in de vorm van een vast bedrag per patiënt per jaar. Voorwaarde daarvoor is onder andere dat er een programma is waarbij alle relevante partijen zijn aangesloten. In deze bekostiging is onder andere de inzet van de huisarts en POH-ouderenzorg opgenomen. Inzet van bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen en andere professionals die niet aan de HA-praktijk verbonden zijn, is verdisconteerd in de tarieven die voor die beroepsgroepen gelden. Het idee daarachter is dat er geen productieprikkel moet zijn in de ouderenzorg.*
- *Met VT-instellingen zijn op regionaal niveau aanvullende afspraken gemaakt inzake onplanbare zorg en coördinatie van netwerken dementie. Bekostiging vindt plaats op basis van begrote inclusie op regioniveau (rond 1,2% van totaal aantal ingeschreven patiënten). Naast deze prestatie ontvangt de huisarts alleen het inschrijftarief voor deze patiënten. Patiënten worden voor de bekostiging geëxcludeerd uit de keten zodra de*

patiënt in de terminale fase verkeert. De zorg door de huisarts wordt dan bekostigd met de (reguliere) tarieven intensieve zorg.

- *Module ouderenzorg (Prestatie Zorg voor kwetsbare ouderen). Deze wordt ingezet in regio's waar integrale ketenzorg niet haalbaar is, bijvoorbeeld omdat de andere preferente verzekeraar een ander beleid heeft. Deze module bekostigt de indirecte tijd (opstellen zorgplan en MDO) voor de huisarts en POH. De directe patiëntenzorg voor deze disciplines komt uit de reguliere tarieven. Deze module wordt voornamelijk op zorggroepniveau afgenomen om de zorggroep meer sturingsmogelijkheden te geven. Zij kunnen huisartsenpraktijken daarin extra ondersteunen. Aanvullend op de module ouderenzorg is er ook nog een mogelijkheid om de prestatie ACP te contracteren. Dit is een prestatie per verrichting. Vooraf wordt op regio-niveau het verwachte aantal ACP-gesprekken vastgelegd. In aanvulling op de module maakt de verzekeraar met zorggroepen afspraken over bekostiging van de ondersteuning door de zorggroep in verschillende vormen: bekostiging vanuit O&I-middelen (regiomanagement) of de prestatie Opstap naar ketenzorg.*

De prestaties die bij deze twee bekostigingsvormen horen binnen S3:

- *Prestatie Zorg voor kwetsbare ouderen (opslag op inschrijftarief), pc 31060*
- *Prestatie ACP – prestatie per verrichting, pc: 31244*
- *Prestatie actualisatie ACP, pc: 31342*
- *Prestatie Opstap naar ketenzorg KO – prestatie per geïnccludeerde kwetsbare oudere, pc: 31070*
- *Integrale ketenzorg Kwetsbare ouderen: prestatiecode 31070*

Kader 4.1 Illustratief voorbeeld van de werkwijze van één verzekeraars

De hiervoor beschreven wijze van contractering betreft een voorbeeld van het aanbod van één van de verzekeraars. Elke verzekeraar hanteert een eigen wijze voor contractering van integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis,

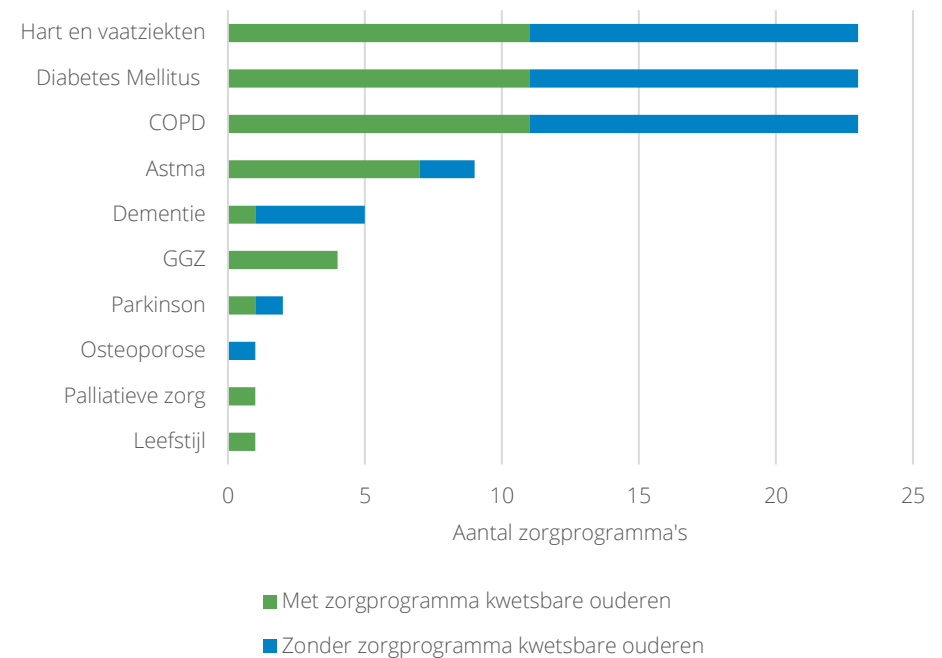
waaraan elke verzekeraar ook andere voorwaarden verbindt. Het is een wens dat op dit punt een sterker volgbeleid wordt gehanteerd door zorgverzekeraars (uiteraard binnen de regels van de ACM). Tot slot is verschillende keren opgemerkt dat voor een deel van de genoemde financieringsmogelijkheden geen langdurige zekerheid is over het tarief of zelfs de volledige financiering. Dit belemmert betrokken professionals en organisaties om zich te committeren aan een samenwerking.

4.3 Inkoop type zorgprogramma's

In § 3.2, 3.3 en 3.4 hebben we beschreven wat de aard van de zorgprogramma's is voor kwetsbare ouderen. Zorgverzekeraars kopen programma's in met het accent op zorg. Er zijn ook gemeenten die programma's inkopen, maar dan ligt het accent op welzijn of het sociaal domein. Van de samenwerkingsverbanden die hebben gereageerd op de vragenlijst biedt 35% (n=37) naast zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen ook zorgprogramma's voor andere cliëntgroepen met chronische problematiek. Van de samenwerkingsverbanden die geen zorgprogramma bieden voor kwetsbare ouderen, biedt 49% (n=37) wel zorgprogramma's aan voor andere cliëntgroepen met chronische problematiek. In figuur 4.2 is te zien dat samenwerkingsverbanden, zowel met als zonder zorgprogramma voor kwetsbare ouderen vaak (ook) zorgprogramma's aanbieden voor mensen met hart en vaatziekten, diabetes en COPD. Of er overlap tussen deze verschillende zorgprogramma's bestaat en hoe de zorg in dat geval wordt afgestemd ligt buiten de scope van dit onderzoek.

Als het gaat om de vraag hoe zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen verschillen van zorgprogramma's voor andere kwetsbare groepen of chronisch zieken lijkt er een onderscheid te zijn in de wijze waarop zorgprogramma's van oudsher zijn georganiseerd. Zorgprogramma's voor bijvoorbeeld astma, COPD en cardiovasculaire aandoeningen zijn vaak georganiseerd als ketenzorg. Ketenzorg bevat een overdrachtelijke

component, bijvoorbeeld vanuit het ziekenhuis naar de huisarts of vanuit de huisarts naar de diëtist of de fysiotherapeut. Bij ketenzorg ontvangt de huisartsenpraktijk een (integraal) tarief per patiënt. Zorg rondom kwetsbare ouderen is meer georganiseerd als netwerkzorg. Er is een gelijktijdige betrokkenheid van verschillende disciplines bij een kwetsbare oudere. Hierbij is samenwerking van essentieel belang en financiering om deze samenwerking te realiseren.



Figuur 4.2. Zorgprogramma's voor andere cliëntgroepen (n=31)

4.4 Ervaring met het functioneren van de markt

De ervaringen met het functioneren van de markt beschrijven we aan de hand van succesfactoren en knelpunten voor het functioneren van zorgprogramma's.

4.4.1 Succesfactoren voor functioneren van zorgprogramma

In de vragenlijst konden respondenten in een open vraag aangeven wat zij als positief ervaren aan het functioneren van het zorgprogramma. Hierbij is de samenwerking tussen de partijen veelvuldig genoemd (20). Respondenten beschrijven onder andere het werken vanuit een gezamenlijke visie, belang en draagvlak (zowel bij bestuurders als bij uitvoerende professionals), het investeren in elkaar leren kennen en het organiseren van korte lijnen. Ook in de groepssessies noemden veel personen de samenwerking tussen de partijen als belangrijkste succesfactor voor hun zorgprogramma.

De positieve effecten voor de cliënt, naaste en professional en op de kosten zien veel samenwerkingsverbanden als succesfactor (9). Zij noemen de meerwaarde van vroege opsporing en goede afstemming. Dit leidt tot kwalitatief goede zorg voor de oudere en zijn naaste en meer werkplezier en voldoening voor de professionals. In de groepssessies werd genoemd dat het zorgprogramma leidt tot kwalitatief goede zorg en dat huisartsen zich ontlast voelen in complexe zorgsituaties.

Een derde veelgenoemde succesfactor is de betrokkenheid en het enthousiasme van de partners en professionals (6). Continuïteit in personen (vaste aanspreekpunten) is hierbij belangrijk. Een goede kartrekker werd meerdere keren genoemd als belangrijkste factor in de groepssessies.

De werkwijze komt vanuit de vragenlijst als volgende succesfactor naar voren (6). Hierbij wordt vaak het MDO expliciet genoemd, maar ook breder de samenwerking tussen huisarts, POH, specialist ouderengeneeskunde en wijkverpleegkundige, waardoor de juiste hulp op het juiste moment door de juiste professional wordt geboden. Slechts één persoon noemt hierbij ook het sociaal team. In de groepssessies werd bijvoorbeeld het opzetten van de kernteams als succesfactor genoemd en de vaste coördinatoren voor een praktijk of wijk.

Tot slot is samen leren en ontwikkelen meerdere keren genoemd (3). Een zorgprogramma vraagt om voortdurende doorontwikkeling, zo werd ook in de groepssessies aangegeven. Dit betreft zowel de kennisontwikkeling (bijvoorbeeld scholing voor de POH's) als het creëren van een lerende omgeving, kwaliteitsverbetering en de doorontwikkeling van de activiteiten van het netwerk.

4.4.2 Knelpunten voor functioneren van zorgprogramma

De deelnemers aan het onderzoek ervaren verschillende knelpunten in het functioneren van het zorgprogramma. Bij de open vraag is vaak genoemd dat samenwerking lastig kan zijn (11), bijvoorbeeld door diversiteit van werkwijzen en een gevoel van niet gelijkwaardig zijn. Dit laatste speelt vooral bij het sociaal domein. In de groepssessies kwam ook naar voren dat het aanhaken van het sociaal domein op sommige plekken lastig is; het overleg is vaak medisch gericht waardoor welzijnsorganisaties de aansluiting missen. Ook lukt het samenwerkingsverbanden niet altijd om van intenties naar daadwerkelijk 'doen' te komen.

Administratieve last en veilige gegevensdeling (zowel vanuit oogpunt van ICT als van privacy) komen uit de vragenlijst naar voren als volgende knelpunt (10). Vaak is er geen gedeeld informatiesysteem en dossiervoering; als er wel een gezamenlijk platform is, lukt het niet om alle partijen hierop aan te sluiten of is het gebruiksgemak niet optimaal. Ook in de groepssessies werd als belangrijk knelpunt de veiligheid van data en data-uitwisseling genoemd; het zou veel tijd schelen als de registratie en het delen van gegevens goed wordt geregeld.

Een derde veelgenoemd punt is dat het zonder (toereikende en structurele) financiering moeilijk is alle relevante partners bij elkaar te brengen, terwijl je elkaar nodig hebt voor een sluitende keten van signalering/zorg/ondersteuning (9). Specifiek wordt hier de versnippering in de financiering

genoemd, door het bestaan van de verschillende domeinen en van verschillende methodes voor bekostiging aan de partijen binnen de Zvw (integraal of via afzonderlijke prestaties). Hierdoor geven partijen aan dat er behoefte is aan ontschotten, tussen domeinen, maar ook binnen de Zvw. Deelnemers in de groepssessies gaven aan dat financiering en vooral continuïteit een randvoorwaarde is voor de samenwerking. Ook is het stellen van verschillende eisen en voorwaarden door zorgverzekeraars problematisch; een nadrukkelijker volgebeleid is gewenst.

Een complicerende factor hierin is de ervaren werkdruk, personeelstekorten en ontoereikende beschikbaarheid van bepaalde professionals (9). Hierdoor vinden partijen het lastig om te investeren in de samenwerkingsrelaties en/of om mensen te leveren voor het primair proces. In het bijzonder zijn de POH's en specialisten ouderengeneeskunde genoemd als schaarse professionals. In de groepssessies is ook een tekort aan wijkverpleegkundigen genoemd. Het is een grote uitdaging om de toename van het aantal ouderen op te vangen met de (nu al) ervaren schaarste aan personeel.

Overige knelpunten voor het functioneren van de zorgprogramma's die meerdere keren zijn genoemd:

- MDO's lopen niet altijd goed (4), bijvoorbeeld doordat het niet goed wordt voorbereid (vraag en benodigde deskundigheid niet helder) of doordat niet alle mogelijkheden voor MDO's worden benut.
- Men ervaart schotten tussen de Zvw en Wlz (3). Thuiswonende Wlz-cliënten zijn de meest kwetsbare mensen qua zorgvraag, maar worden op sommige plekken uitgesloten van het zorgprogramma. Dit kwam ook in de groepssessies naar voren. Verder is de hoge eigen bijdrage (in vergelijking met het eigen risico in de Zvw) een belemmering voor mensen om akkoord te gaan met een Wlz-indicatie.

- Tot slot is COVID-19 enkele keren genoemd als vertragende factor, bijvoorbeeld doordat MDO's niet konden doorgaan of partijen andere prioriteiten moesten stellen (2).

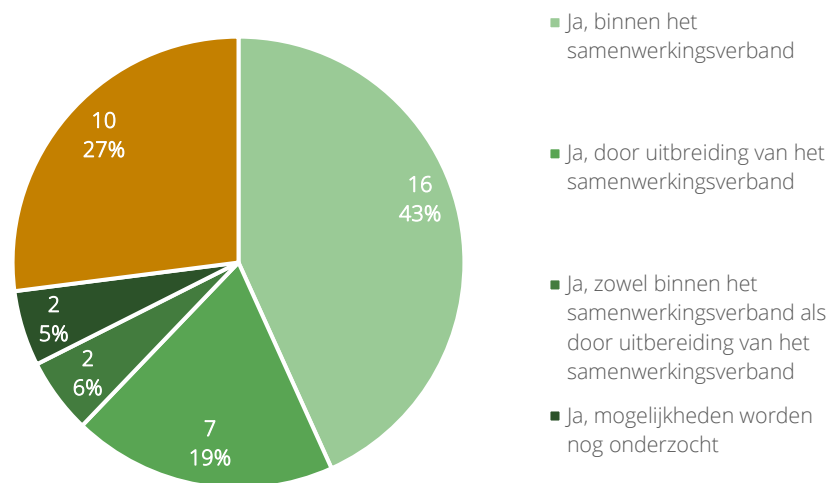
Het beeld dat we uit de groepssessies hebben gekregen is dat het tijd is voor een nieuwe fase: als het beleid is om serieus werk te maken van integrale zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen vraagt dit inzet van alle betrokken partijen. Dit betekent dat de vrijblijvendheid eraf moet: samenwerking rond kwetsbare ouderen zou de standaard moeten zijn en niet de keuze van een paar enthousiaste organisaties of professionals. Maar ook de financiering moet dan alle benodigde inzet mogelijk maken en voor de langere termijn geborgd zijn. Daarbij is de suggestie gedaan om niet meer te redeneren vanuit de verschillende wetten, maar te kijken hoe we met elke euro zoveel mogelijk gezondheidswaarde kunnen creëren.

4.5 Regio's met geen/weinig zorgprogramma's

We hebben de vragenlijst breed uitgezet en hebben respons vanuit heel Nederland ontvangen. Door het analyseren van de vragenlijst en de inbreng vanuit de klankbordgroep en de groepssessies krijgen we de indruk dat in vrijwel heel Nederland gewerkt wordt aan (het tot stand brengen van) integrale zorg voor kwetsbare ouderen. Zoals we in § 3.1 beschrijven doet een deel dat in de vorm van een zorgprogramma en een deel op een andere manier. De regio's waar niet gewerkt wordt met een zorgprogramma lijken daar een weloverwogen keuze in te hebben gemaakt. De afwegingen hiervoor zijn eveneens toegelicht in § 3.1. Het is dus goed mogelijk dat in de regio's waar geen of weinig zorgprogramma's zijn dit niet zozeer is omdat ze niet van de grond komen, maar omdat er op een andere manier wordt gewerkt aan integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis.

4.6 Opschaling

Het merendeel van de zorgprogramma's (73% (n=37)) wordt opgeschaald, dit gebeurt met name binnen het samenwerkingsverband, maar ook doordat nieuwe partners toetreden. 75% (n=24) van de samenwerkingsverbanden die opschalen geven aan dat de opschaling van het zorgprogramma goed verloopt. Voor een goed verloop hiervan worden factoren genoemd als een gezamenlijke richting en urgentiebesef, goede samenwerking, samen leren, een gezamenlijk intakeformulier, gebruik van OZO-Verbindzorg en het toepassen van positieve gezondheid. Maar ook het zien van een positief effect voor patiënten, bijvoorbeeld door minder crisissituaties. Daarnaast geven partijen aan dat, ook bij succesvolle opschaling binnen het medische domein, het lastig blijft om op te schalen naar andere domeinen; het domein Welzijn wordt niet altijd voldoende erkend door het medisch domein. Ook financiering wordt bij succesvolle opschaling een aantal keer als risico of knelpunt genoemd.



Figuur 4.3. Opschaling van zorgprogramma's (n=37).

Zes zorgprogramma geven aan dat de opschaling niet goed verloopt. Dit komt vaak door werkdruk, personeelstekorten of een te krappe financiering. Ook wordt aangegeven dat de urgentie om integraal te werken niet door alle partijen wordt gevoeld.

In de groepssessies werd aangegeven dat een structurele goede bekostiging ruimte geeft om te kunnen opschalen, dat geldt voor een startende praktijk, maar ook voor een netwerk. Er moet ruimte en vrijheid zijn om te kunnen ontwikkelen en bijvoorbeeld ook uit te breiden met andere zorgprogramma's die gericht zijn op doelgroepen met chronische aandoeningen.

4.7 Succesfactoren voor financiering

Op de open vraag naar punten die goed gaan in de vergoeding en contractering is een veelheid van aspecten genoemd. Uit de vragenlijst kwamen de volgende punten meerdere keren als positief naar voren (het aantal zorgprogramma's dat het aspect in de vragenlijst heeft genoemd, staat er tussen haakjes achter en we beschrijven de reacties uit de groepssessies):

- Een vergoeding voor de inzet van de POH (6); echter, uit de antwoorden blijkt dat deze vergoeding volgens drie respondenten onvoldoende is. Dit werd bevestigd in de groepssessies.
- Een accurate, marktconforme vergoeding voor betrokkenen (3); bij de knelpunten in de volgende paragraaf blijkt dat dit niet overal zo wordt ervaren, zowel bij de respondenten van de vragenlijst als in de groepssessies.
- Meer samenwerking, afstemming, betrokkenheid door passende financiering (3); hierdoor wordt ook doelmatiger gewerkt (2) of wordt een besparing gerealiseerd (2). In de groepssessies werd bevestigd dat het bestaan van een vergoeding stimuleert om tot afspraken te komen.
- Ruimte om een zelf-ontwikkeld programma uit te voeren in plaats van standaard DBC-structuur (2). Flexibiliteit in de financiering werd ook in één van de sessies genoemd. Andere respondenten van de vragenlijst

noemen juist de keten-DBC als succesfactor, om regionale afspraken te kunnen maken, om kwaliteitsmanagement te doen en voor continuïteit in de financiering (2).

- Steun van de preferente zorgverzekeraar voor het zorgprogramma en heldere kaders met ruimte voor invulling op maat (2). De rol van de preferente verzekeraar werd bevestigd in de groepssessies, maar daarbij werd vooral benadrukt dat verzekeraars nu ieder eigen kaders hanteren wat de contractering en declaraties tijdrovend maakt.
- Verbeterde kwaliteit en/of toegankelijkheid door extra financiering (3).

De volgende punten zijn slechts één keer genoemd (maar daardoor niet minder relevant) in de uitdraag en kwamen in de groepssessies niet nadrukkelijk aan de orde en geven een beeld van aanvullende succesfactoren:

- Financiering voor:
 - Communicatieplatform. In de groepssessies zijn verschillende communicatieplatformen genoemd (SILO app, OZO'-verbindzorg, VIP). Deze platformen worden bijvoorbeeld gefinancierd door gemeente, zorgverzekeraar of met O&I-middelen. Men ziet de meerwaarde van het werken met deze platformen, zowel voor de professionals als vanuit patiëntperspectief.
 - Verpleegkundig specialist ouderenzorg. In één van de groepssessies is genoemd dat gewerkt wordt met een verpleegkundig specialist ouderenzorg, maar dat momenteel onderzocht wordt wat een adequate financiering voor deze professionals zou zijn.
 - Specialist ouderengeneeskunde (vanuit GZSP). In één van de groepssessies is daarentegen genoemd dat de GZSP-financiering onvoldoende toereikend is voor de financiering van de specialist ouderengeneeskunde en dat men aanvullende afspraken met de verzekeraar heeft gemaakt voor deelname aan het MDO en consultatie. Dit wordt betaald uit de O&I-middelen.

– Tandarts geriatricie (via centrum bijzondere tandheelkunde). In één van de sessies is benoemd dat deze zorg vanuit de basisverzekering en indirecte kosten wordt betaald

- Goed lopende ACP. In één van de sessies is echter genoemd dat ACP-gesprekken niet gedeclareerd kunnen worden. Vanuit de verzekeraars wordt genoemd dat de bekostiging vanuit de verzekeraar voldoende toereikend zou moeten zijn om ACP-gesprekken te bekostigen.
- Afspraken over polyfarmacie. Met betrekking tot polyfarmacie is in één van de sessies genoemd dat apothekers zich hebben verenigd in een coöperatie om de afspraken over polyfarmacie uit te gaan werken.
- Integraal tarief inclusief ontwikkelingsruimte. Hierover is in één van de groepssessies genoemd dat dit voor grote organisaties makkelijker is omdat zij innovatiegelden hebben.
- Aandacht gericht op preventie in plaats van reparatiezorg.
- Eerlijke verdeling door contributie van partijen.

4.8 Knelpunten en verbeterpunten voor financiering

Op de open vraag naar knelpunten rondom de financiering zien we in de vragenlijst vier hoofdcategorieën, met daarbinnen verschillende punten die vaak meerdere keren terugkomen (het aantal respondenten staat per hoofdcategorie tussen haakjes genoemd):

- Activiteiten die niet worden vergoed (8): respondenten noemen hierbij de deelname aan MDO (dit geldt bijvoorbeeld voor de specialist ouderengeneeskunde, psycholoog en paramedici), ACP-gesprekken, inzet van de huisarts voor PGO, het begeleiden van de implementatie van een digitaal platform en het ontwikkelen van het netwerk.
- Te lage vergoeding (15): dit ervaren sommige respondenten bij de inzet van de POH, paramedici en bij tijd voor overleggen en voor zorgintensieve patiënten (NB. Dit is niet noodzakelijk een compleet beeld, alleen van de genoemde punten). Andere respondenten noemen dat de reguliere financieringsafspraken niet toereikend zijn, dat het percentage kwetsbare

ouderen hoger ligt (er wordt gerekend met een percentage per gemeente of regio terwijl dit in een afzonderlijke praktijk veel hoger kan liggen) of dat het all-in tarief niet toereikend is voor de huisarts.

- Andere factoren rondom financiering (18): respondenten noemen bijvoorbeeld late betaling, onzekerheid over het budget van volgend jaar, verschillen in tarifiering en declaratie-eisen door zorgverzekeraars, criteria voor vergoeding die niet matchen met de praktijk, administratieve rompslomp (opbrengsten wegen niet op tegen de tijdsinvestering) en afhankelijkheid van subsidie.
- Overige punten (9): Wlz-cliënten zijn uitgesloten van Zvw-prestaties, steeds weer bewijs moeten leveren voor bewezen effectieve innovatie, eigen risico voor patiënten (bij GZSP) waardoor zorgmijding dreigt, geen cofinanciering door ketenpartners (risico voor borging).

In de groepssessie hebben we gevraagd wat de aanwezigen het belangrijkste knelpunt voor de zorgprogramma's vinden. De financiering is hierbij door meerdere partijen genoemd. De samenwerkingsverbanden moeten nu nog vaak potjes bij elkaar sprokkelen om de (organisatie van) integrale zorg mogelijk te maken. Dit bevestigt het beeld uit de vragenlijst dat men een te lage of voor sommige activiteiten helemaal geen vergoeding ontvangt. Verder is in de sessies met name het ontbreken van continuïteit in de financiering genoemd en de verschillen tussen de zorgverzekeraars.

Daarnaast geven partijen aan dat het vormen van het netwerk en het opzetten van de samenwerking veel tijd vraagt die niet wordt vergoed. Hierbij is het aanhaken van het sociaal domein als specifiek knelpunt genoemd; de financiering moet dan van de gemeente komen en dit lukt niet overal, omdat gemeenten hier eigen keuzes in maken en met tekorten kampen. Het helpt daarbij niet dat de baten van de aanpak veelal in een ander domein (Zvw of Wlz) worden gevoeld. Het maken van afspraken tussen gemeenten en

zorgverzekeraars wordt bemoeilijkt doordat grote zorgverzekeraars met veel afzonderlijke gemeenten te maken hebben.

De samenwerkingsverbanden kijken verschillend aan tegen de vorm van de financiering. Sommige hebben voorkeur voor een integrale financiering voor ketenzorg waarbij één partij de hoofdaannemer is; andere willen juist graag elk hun eigen financiering houden. Een deel van de samenwerkingsverbanden pleit voor een domeinoverstijgende bekostiging (een volledig ontschot budget vanuit Zvw, Wmo en Wlz); andere voorzien hierbij ingewikkelde knelpunten.

Uit de vragenlijst en de groepssessies klonk een duidelijke wens voor de volgende verbeteringen:

- Een landelijk uniforme financiering, met binnen die landelijke kaders ruimte voor flexibiliteit en maatwerk in de afspraken tussen zorgverzekeraars en partijen.
- Structurele financiering voor activiteiten die nu niet of onvoldoende vergoed worden (hier worden vooral de inzet van de specialist ouderengeneeskunde, POH en praktijkverpleegkundige en ACP-gesprekken genoemd), met tevens aandacht voor preventie.
- Structurele financiering voor het onderhouden van het netwerk (niet-cliëntgebonden tijd voor de coördinatiefunctie op wijk-, stad- of regio-niveau) en voor kwaliteitsverbetering.
- Laagdrempelige financiering van tijdelijke projecten (bijvoorbeeld lagere administratieve last voor subsidies) en daarbij stimuleren van borging van afspraken voor de lange termijn zodat projectresultaten behouden blijven (bijvoorbeeld door cofinanciering te vragen van betrokken partijen).

5. Reflectie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de laatste onderzoeksvraag:

- *Hoe dragen de genoemde succesfactoren en knelpunten bij aan het tot stand komen van de zorg uit de Handreiking kwetsbare ouderen thuis (§ 5.1) en*
- *Wat zijn de meest kansrijke aanbevelingen op het gebied van bekostiging, contractering en organisatie om deze integrale zorg te verbeteren en verder op te schalen (§ 5.2)?*

5.1 Reflectie op invloed van succesfactoren en knelpunten

Op basis van alle bevindingen beschrijven we in deze paragraaf de meest essentiële succesfactoren en knelpunten die zich met name richten op samenwerking, flexibele invulling, gegevensuitwisseling en adequate financiering.

Samenwerking tussen partijen binnen het zorgprogramma

Goede samenwerking tussen partijen is van belang. In de Handreiking wordt expliciet benoemd dat het bieden van integrale ondersteuning en zorg, nauwe samenwerking tussen zorg en welzijn vergt. In de praktijk zijn dit nog vaak gescheiden werelden. Verbinding met het sociaal domein is van belang om de zorg uit de Handreiking tot stand te laten komen. Teamwerk is dus een belangrijk uitgangspunt in de zorg voor kwetsbare ouderen. Als succesfactor is benoemd dat door betere samenwerking doelmatiger en goedkoper kan worden gewerkt. Voor betere samenwerking is een goede kartrekker een belangrijke succesfactor. Als knelpunt is genoemd dat het vormen van het netwerk en het opzetten van de samenwerking veel tijd vraagt die niet altijd wordt vergoed. Onder andere als het gaat om het aanhaken van het sociaal domein. Het realiseren van samenwerking tussen professionals en de manier waarop is een eigen keuze van organisaties. Dit verklaart mede de grote diversiteit in (zorg)programma's voor kwetsbare ouderen thuis.

Sociaal Domein

Het is belangrijk om het Sociaal Domein aan te haken. Als dit goed gaat is dat een verrijking voor de kwetsbare oudere. Allereerst op het gebied van signalering. Hierin kunnen bijvoorbeeld huishoudelijke hulpen een belangrijke rol vervullen, zodat kwetsbare ouderen eerder in beeld komen. Daarnaast kunnen vanuit het sociaal domein allerlei vormen van ondersteuning worden geboden, zodat meer aandacht kan worden besteed aan het welzijn van de oudere. De schotten tussen de verschillende financieringsvormen (Zvw, Wmo

en Wlz) worden als lastig ervaren om het sociale- en zorgdomein goed met elkaar te laten samenwerken.

Flexibele invulling

Voor zorgprogramma's is een flexibele invulling van belang: de één wil ruimte om een zelf ontwikkeld programma uit te voeren in plaats van een standaard DBC-structuur; de ander wil juist een keten-DBC om regionale afspraken te kunnen maken en kwaliteitsmanagement te doen. In de Handreiking wordt hierover onder andere gezegd dat de Handreiking geen verplichtend karakter heeft, maar handvatten biedt om de zorg op lokaal en regionaal niveau te organiseren, passend bij de regionale situatie. Tegelijkertijd gaven respondenten aan dat een serieuze inspanning mag worden verwacht van partijen om dit daadwerkelijk te realiseren: de vrijblijvendheid voorbij. Bovendien, wanneer een roep klinkt om een (meer) uniforme en toereikende financiering op landelijk niveau, is ook een bepaalde mate van 'standaardisering' nodig om een passende vorm en omvang van financiering vast te kunnen stellen. De invulling van deze inhoudelijke basis zal in samenspel met het veld moeten worden bepaald.

Communicatieplatform

Een andere succesfactor en tevens belangrijke randvoorwaarde voor samenwerking en het bieden van integrale zorg aan kwetsbare ouderen is een communicatieplatform. Zo'n platform ondersteunt of vergemakkelijkt de contacten tussen de betrokken disciplines, de gegevensuitwisseling, het plannen van MDO's en het bijhouden van het zorgleefplan. Het draagt daarmee bij aan de totstandkoming en borging van de zorg uit de Handreiking. Tegelijkertijd is dit één van de meest weerbarstige onderwerpen om voor elkaar te krijgen, vanwege privacy-issues en de bekostiging van het platform.

Samenwerking met de zorgverzekeraar

De samenwerking met de verzekeraar kan een succesfactor zijn, maar ook een knelpunt. Waar het ene zorgprogramma aangeeft dat ze gesteund worden door de zorgverzekeraar en heldere kaders krijgen met ruimte voor invulling op maat, geven andere zorgprogramma's aan dat deze kaders de contractering en declaraties tijdrovend maken, vooral als er geen volgeleid wordt toegepast door zorgverzekeraars. Ook worden knelpunten ervaren zoals het gebrek aan continuïteit van financiering, 'potjesfinanciering' en rekenen met een te laag percentage kwetsbare ouderen terwijl dat in de praktijk soms veel hoger ligt. Adequate financiering en goede afspraken met de (preferente) zorgverzekeraar zijn belangrijke randvoorwaarden voor het tot stand komen van de zorg uit de Handreiking.

Adequate financiering

Wat voor het ene zorgprogramma een succesfactor is met betrekking tot de financiering, kan voor het andere zorgprogramma een knelpunt zijn. Door de grote diversiteit van zowel de inhoud (scope, inclusie, betrokken disciplines et cetera), de organisatie van de coördinatie als de financieringsvormen bij de samenwerkingsverbanden kunnen we niet duiden welke financieringsvorm tot de beste ervaringen in de praktijk leidt.

Eén van de uitgangspunten voor integrale zorg en begeleiding rond kwetsbare ouderen die in de Handreiking wordt genoemd is teamwerk. Om teamwerk te kunnen bewerkstelligen is het van belang dat de professionals een adequate vergoeding ontvangen voor hun werkzaamheden hierin. De POH heeft in de Handreiking en daarmee ook in een groot aantal zorgprogramma's een belangrijke rol. Zowel in de uitvoering (signalering, het gesprek met de oudere en de multi-domeinanalyse) als in de coördinatie en afstemming (organiseren en coördineren van besprekingen in het kernteam, MDO's en de PDCA-cyclus) van het zorgprogramma. Adequate financiering van de betrokken disciplines bevordert dus het tot stand komen en borgen van de

zorg uit de Handreiking waar inadequate financiering (waar diverse signalen over afgegeven zijn in dit onderzoek) dit bemoeilijkt.

Een ander aspect betreft de financiering voor bepaalde activiteiten binnen het zorgprogramma. Voorbeelden hiervan zijn ACP-gesprekken en deelname van de specialist ouderengeneeskunde aan het MDO. Dit soort activiteiten en expertise maakt onderdeel uit van de Handreiking. Adequate financiering van activiteiten uit het zorgprogramma zal het tot stand komen van de zorg uit de Handreiking bevorderen en de kwaliteit van de zorg vergroten. De ervaren knelpunten rond de bekostiging behoeven daarom aandacht.

5.2 Aanbevelingen voor bekostiging, contractering en zorgorganisatie

Er is een breed scala aan samenwerkingen om integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis te realiseren. Ook worden diverse financieringsvormen aangewend voor de bekostiging hiervan en ervaren samenwerkingsverbanden hierbij verschillende problemen. Dit maakt dat er niet één oplossingsrichting is die aansluit bij de situatie van alle samenwerkingen. Wel is duidelijk dat behoefte is aan een duurzame financiering. We formuleren in deze paragraaf daarom een aantal aanbevelingen die bijdragen aan het realiseren hiervan.

Term zorgprogramma

Vanaf de start van het onderzoek riep de term 'zorgprogramma' vragen op en bleek er geen eenduidige definitie te zijn. De focus op als zodanig gedefinieerde zorgprogramma's resulteert in een onderschatting van waar in Nederland integrale zorg aan kwetsbare ouderen thuis wordt geboden. Gedurende het onderzoek is duidelijk geworden dat daar op brede schaal aan wordt gewerkt, hetzij in de vorm van een zorgprogramma, hetzij op een andere manier. We bevelen aan om bij de verdere uitwerking van de (randvoorwaarden voor de) zorg voor kwetsbare ouderen de term 'zorgprogramma' niet te hanteren om

te voorkomen dat bepaalde goede initiatieven voor het realiseren van integrale zorg niet als zodanig worden herkend en erkend. Tegelijkertijd is het voor het realiseren van een passende bekostiging wel noodzakelijk om een goede beschrijving te ontwikkelen met een verduidelijking van waar integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis om gaat. Vandaar onze volgende aanbeveling: beschrijving van de inhoudelijke basis.

Beschrijving van inhoudelijke basis

Kijken we naar de inhoud van de zorgprogramma's dan zien we een grote diversiteit in inclusiecriteria, doelen, werkwijze, vormgeving van afstemming en coördinatie en betrokken disciplines. Deze diversiteit wordt in stand gehouden door het vrijblijvende karakter van de Handreiking (ten behoeve van couleur locale in de uitvoering) en het ontbreken van een eenduidige prestatiebeschrijving met bijbehorende financiering. Het behouden van regionale flexibiliteit is een nadrukkelijke wens van de betrokkenen en mede daardoor belangrijk voor het succes van het zorgprogramma. Tegelijkertijd zorgt de huidige vrijblijvendheid in de organisatie van het zorgprogramma ervoor dat het resultaat afhankelijk is van het enthousiasme van de aanjagers en betrokkenen en dat het aanbod dusdanig divers is dat van een eenduidige financiering nauwelijks sprake kan zijn. Er ontstaat dus een wisselwerking. Een mogelijke oplossing hiervoor is het vastleggen van de inhoudelijke basis waaruit een zorgprogramma moet bestaan, met de mogelijkheid voor regionale of lokale eigen invulling. Ook de afstemming en coördinatie op verschillende niveaus (rondom de cliënt, op praktijkniveau en in de regio) moet hierbij worden uitgewerkt. Van belang is dat samenwerkingsverbanden tijd krijgen om toe te groeien naar de inhoudelijke basis.

Wij bevelen daarom aan dat de partijen die betrokken waren bij het opstellen van de Handreiking kwetsbare ouderen thuis een nadere omschrijving en duiding geven van de afstemming en coördinatie binnen de integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis inclusief tijdsbesteding per type werkzaamheid.

Hierbij is het van belang om ruimte te laten voor regionale en lokale eigen invulling van 'het hoe' en dat bestaande en nieuwe initiatieven ruimte krijgen om hier naartoe te groeien.

Eenduidige en continue financiering

Er is een duidelijke roep om passende financiering voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde, POH of praktijkverpleegkundige, maar ook voor het onderhouden van het netwerk in de vorm van een coördinatiefunctie en aandacht voor kwaliteitsverbetering en preventie. Daarbij bestaat een duidelijke wens voor een landelijke algemene financiering, met binnen die landelijke kaders wel ruimte voor flexibiliteit en maatwerk.

Wij bevelen daarom aan om een meer eenduidige en continue financiering voor integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis te organiseren. Onderdeel hiervan is financiering van coördinatie op zowel macroniveau (samenwerking tussen regio-organisaties), mesoniveau (samenwerking tussen praktijkorganisaties), als microniveau (samenwerking tussen professionals rondom de cliënt). We bevelen aan om financiering van de afstemming en coördinatie op micro- niveau monodisciplinair op te lossen door deze te verwerken in de reguliere bekostiging van de professionals. In samenhang met de beschrijving van de inhoudelijke basis kan worden beoordeeld welke werkzaamheden onder de reguliere zorg al onderdeel uitmaken van de huidige bekostiging en voor welke werkzaamheden aanpassingen in de bekostiging noodzakelijk zijn. Deze manier heeft naar verwachting de minste administratieve lasten omdat de verantwoording en controle aansluiten op de reguliere registratiemethoden. We stellen voor om hierbij aan te sluiten op het bekostigingsadvies van de NZa waarin een volledig overzicht wordt gegeven van alle vormen van bekostiging van alle in de Handreiking genoemde professionals. Daarnaast bevelen wij aan om de coördinatie op meso- en macroniveau afzonderlijk te financieren. Voor de vorm van de contractering en bekostiging is geen duidelijke voorkeur uit het onderzoek naar voren gekomen. De oplossing zal

deels maatwerk zijn en deels bestaan uit landelijk uniforme afspraken. Daarmee is er zowel ruimte voor regionale flexibiliteit op inhoudelijke gronden, maar wordt ook lange termijn perspectief geboden. Tot slot bevelen wij aan om in de financiering van integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis ruimte te creëren voor tijdelijke projecten die zich kunnen richten op kwaliteitsverbetering, preventie en borging van deze zorg op de lange termijn.

5.3 Beschouwing onderzoeksmethode

Het doel van het onderzoek was om een beeld te krijgen van het functioneren van de markt voor zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen thuis. We hebben hiervoor een omschrijving opgesteld voor de term 'zorgprogramma'. Er kwam veel reactie op de term, een aantal initiatieven gaf aan zich niet in de term te herkennen, maar wel (deels) aan de omschrijving te voldoen. Wij hebben alle zorgprogramma's en initiatieven meegenomen in ons onderzoek en geen initiatieven uitgesloten op grond van het niet hanteren van de term zorgprogramma of op basis van het percentage deelnemers dat aan de definitie kwetsbare oudere voldoet. Dit hebben wij bewust niet gedaan, om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de schaal en omvang waarop integrale zorg aan kwetsbare ouderen thuis wordt geboden. Het resultaat hiervan is dat we een enorme diversiteit aan zorgprogramma's en initiatieven hebben opgehaald, die onderling erg van elkaar kunnen verschillen.

Op voorhand hadden wij verwacht meer eenheid en overeenkomsten te vinden in de inhoud en organisatie van zorgprogramma's en daarmee een duidelijk beeld van de kosten te krijgen. Echter, door de enorme diversiteit in inhoud en organisatie van de zorgprogramma's heeft de onderzoeksmethode met vragenlijsten en groeps gesprekken tot een diffuus beeld geleid. Om concreter inzicht te krijgen in de tijdbesteding en kosten van de zorgprogramma's bevelen we aan om de methode van casusonderzoek te hanteren bij een beperkt aantal zorgprogramma's die verschillen in de wijze waarop de stappen in de Handreiking kwetsbare ouderen thuis worden uitgevoerd.

Bijlage 1. Documentenlijst

- Beter Oud (2019). Zorggroepenoverzicht kwetsbare ouderen thuis
- Beter Oud, Infographic 'Zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen in de wijk'
- IGJ (2020). Grote verschillen in samenwerking huisarts en wijkverpleging; kwetsbare ouderen krijgen niet overal goede zorg thuis
- J. Deuten, zelfstandig onderzoeker en M. Schoone, TNO, met betrokkenheid handreikingspartijen (2019). Gereedschapskist kosten-baten van integrale zorg kwetsbare ouderen
- Handreikingspartijen (2021). Kwetsbare ouderen thuis, Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk
- NZa (2021). Monitor Ouderenzorg – regionale verschillen (deel 1), versie 1
- TNO (2018). Rekenmodel kwetsbare ouderen met instructie
- VGZ (2021). beleid Optimale ouderenzorg 2022-2023
- Zilveren Kruis (2021). Inkoopbeleid 2022-2023 Organisatie en infrastructuur – bijlage 3: Prestatie samenwerking rondom kwetsbare ouderen
- ZIN (2021). Notitie kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie inclusief bijlagen

Bijlage 2. Vragenlijst marktanalyse zorgprogramma's

In opdracht van de NZa voert bureau HHM onderzoek uit om zicht te krijgen op het functioneren van de markt voor (zorg)programma's voor kwetsbare ouderen thuis. Op basis van dit onderzoek bekijkt de NZa of de bekostiging voor deze integrale (zorg)programma's verbeterd kan worden.

Met deze vragenlijst willen we zicht krijgen op de inhoud van de (zorg)programma's, welke beroepsgroepen zijn betrokken en hoe de financiering is geregeld. Ook vragen we naar succesfactoren en knelpunten bij (de financiering van) het (zorg)programma. Als uw samenwerkingsverband (bestaande uit een netwerk, een zorggroep, samenwerkende organisaties, een alliantie of ander initiatief) geen (zorg)programma uitvoert willen we graag weten op welke wijze u invulling geeft aan integrale zorg voor kwetsbare ouderen.

Hieronder vindt u allereerst een omschrijving van de term (zorg)programma:

Met de term (zorg)programma bedoelen wij een samenhangend geheel waarbinnen verschillende professionals gezamenlijk integrale zorg bieden aan thuiswonende kwetsbare ouderen. Het betreft zorg aan ouderen met een complexe zorgvraag als gevolg van cognitieve en/of fysieke problemen waardoor de oudere verminderd functioneert en verminderd in staat is om regie te voeren. Hierdoor heeft de kwetsbare oudere - naast de zorg van de huisarts en wijkverpleegkundige - zorg nodig van andere zorgverleners.

Het invullen van de vragenlijst duurt 20-30 minuten. Afhankelijk van uw antwoorden doorloopt u geheel of gedeeltelijk de vragenlijst. Omdat in de vragenlijst zowel vragen zijn opgenomen over de inhoud van het zorgprogramma als over de financiering van het zorgprogramma bevelen we aan dat de vragenlijst wordt ingevuld door iemand die goed op de hoogte is van beiden. Als u hier eerst een print of download maakt van de vragenlijst kunt u zien over welke onderwerpen we informatie vragen, zodat u deze eerst kunt verzamelen en vervolgens in 1 keer alle vragen kunt beantwoorden in de digitale versie.

Indien gewenst kunt u tussentijds uw antwoorden opslaan door onderaan het scherm te kiezen voor 'Hervat later'. U maakt dan een account aan waarmee u op een later tijdstip weer in kunt loggen om verder te gaan met de vragenlijst. Hierdoor blijven uw ingevulde antwoorden tussentijds bewaard.

Er zijn 42 vragen in deze enquête.

A. Algemeen

1. Contactgegevens

2. Selecteer de grootste gemeente binnen uw samenwerkingsverband:

Kies één van de volgende gemeenten:

3. Biedt uw samenwerkingsverband integrale zorg voor kwetsbare ouderen?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

4. Wordt dit vormgegeven in de vorm van een (zorg)programma voor de doelgroep kwetsbare ouderen?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nog niet, maar we zijn dit wel van plan
- Nee en we zijn dit ook niet van plan

Indien nog niet of nee, licht uw antwoord toe:

Vul uw antwoord hier in:

B. Inhoud van het (zorg)programma

Indien u meerdere (zorg)programma's voor kwetsbare ouderen aanbiedt, wilt u dan de vragenlijst na het verzenden ook invullen voor de andere (zorg)programma's?

1. Wat is de naam van uw (zorg)programma voor kwetsbare ouderen? Als u een website heeft kunt u dat hier ook aangeven.

2. Wanneer is het (zorg)programma gestart?

Vul een datum in:

3. Wat is de status van het (zorg)programma?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Net gestart
- In ontwikkeling
- Uitontwikkeld

4. Is er een partij die binnen het samenwerkingsverband de regie voert op de uitvoering van het (zorg)programma of het (zorg)programma coördineert?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Nee
- Overige

5. Welke inclusiecriteria hanteert het samenwerkingsverband voor het programma?

Vul uw antwoord hier in:

6. Hoeveel procent van de deelnemers van uw (zorg)programma vallen onder de doelgroep kwetsbare ouderen als u de [flowchart](#) volgt?

Vul uw antwoord hier in:

- % van de deelnemers

7. De onderstaande doelen zijn gebaseerd op de [Notitie kwetsbare ouderen thuis van het zorginstituut](#).

Welke van onderstaande doelen zijn van toepassing op uw (zorg)programma?

Meerdere antwoorden mogelijk.

Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Behoud of verbetering van kwaliteit van leven op alle levensgebieden (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief (SFMPC))
- Behoud of verbetering van eigen regie en zelfredzaamheid
- Preventie van crisissituaties (Bijv. ELV, SEH, crisisplaatsing Wlz)
- Preventie van ongeplande opnames in het ziekenhuis
- Preventie of uitstel van opname in Wlz-instelling
- Preventie, uitstel of beperking van de functionele achteruitgang van de oudere
- Vergroten van de doelmatigheid van de zorg
- Preventie of beperking van stress en functionele achteruitgang van de mantelzorger
- Continuïteit van (integrale) zorg en ondersteuning
- Overige:

8. Welke beroepsgroepen zijn bij uw (zorg)programma betrokken? En in welke stap?

	Stap 1. Signalering	Stap 2. Gesprek met oudere	Stap 3. Multi- domein analyse	Stap 4. Bespreken van bevindingen in het kernteam	Stap 5. Bespreking in MDO	Stap 6. Bespreken zorgplan met ouderen en familie, uitvoeren, en evalueren
Mantelzorg						
Huishoudelijke hulp						
Huisarts						
Praktijkondersteuner Huisarts (POH)						
Praktijkverpleegkundige Huisarts (PVH)						
Wijkverpleegkundige						
Specialist ouderengeneeskunde						
Ouderen adviseur						
Apotheker						
Fysiotherapeut						
Diëtist						
Ergotherapeut						
Tandarts						
Professionals van het wijkteam/ buurtteam						
Sociaal Werker						
Wijkagent						
Medewerkers GGD						
Medewerkers Ziekenhuis						
Medewerkers SEH						
Medewerkers huisartsenpost						
Anders, namelijk						

Indien u hierboven Anders heeft aangevinkt, om welke beroepsgroep(en) gaat het?

Vul uw antwoord hier in:

9. Wilt u nog wat toelichten op de gegeven antwoorden?

Vul uw antwoord hier in:

C. Kostenopbouw van het (zorg)programma

1. Hoeveel ouderen namen in 2021 deel aan uw (zorg)programma?

Vul uw antwoord hier in:

____ ouderen

2. Wat waren de totale kosten van uw (zorg)programma in 2021?

In deze velden alleen cijfers invoeren.

3. Op basis van welke financieringsvormen wordt het (zorg)programma gefinancierd en op basis van welke prestaties (vul de prestaties in achter de aangevinkte financieringsvorm):

Vul alleen een opmerking in als u een antwoord kiest.

Kies alle voor u geldende mogelijkheden en geef een toelichting:

- Zw-wijkverpleging, prestaties:
- Zw-huisartsenzorg, prestaties:
- Zw-fysiotherapie, prestaties:
- Zw-paramedie, prestaties:
- Zw-pharmacie, prestaties:
- Zw-gzsp (geneeskundige zorg voor specifieke groepen), prestaties:
- Wmo, prestaties:
- Wlz, prestaties:
- Subsidies, prestaties:
- Contributie van deelnemende partijen, prestaties:
- Andere vormen, prestaties:

Indien u hierboven 'Subsidie' of 'Anders' hebt ingevuld, welke posten betreft dit?

Vul uw antwoord hier in:

3.1 Vul de procentuele verdeling in voor de gekozen financieringsvormen (verdeel 100% over de aangegeven financieringsvormen, alleen getallen invullen).

Vul alleen een opmerking in als u een antwoord kiest.

Kies alle voor u geldende mogelijkheden en geef een toelichting:

- Zw-wijkverpleging %:
- Zw-huisartsenzorg %:
- Zw-fysiotherapie %:
- Zw-paramedie %:
- Zw-pharmacie %:
- Zw-gzsp (geneeskundige zorg voor specifieke groepen) %:
- Wmo %:
- Wlz %:
- Subsidies %:
- Contributie van deelnemende partijen %:
- Andere vormen %:

Indien u hierboven 'Subsidie' of 'Anders' hebt ingevuld, welke posten betreft dit?

Vul uw antwoord hier in:

4. Welke knelpunten ervaart u in de contractering en vergoeding van uw (zorg)programma?

Vul uw antwoord hier in:

5. Wat vindt u goed gaan wat betreft de huidige contractering en vergoeding van uw (zorg)programma?

Vul uw antwoord hier in:

6. Heeft u verbeterpunten of suggesties voor de financiering van uw (zorg)programma in de toekomst?

Vul uw antwoord hier in:

7. Wilt u nog wat toelichten op de gegeven antwoorden?

Vul uw antwoord hier in:

D. Opschaling van het (zorg)programma

1. Welke knelpunten ervaart u in het functioneren van het (zorg)programma?

Vul uw antwoord hier in:

2. Wat vindt u goed gaan wat betreft het functioneren van het (zorg)programma?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Vul uw antwoord hier in:

3. Wordt uw (zorg)programma opgeschaald?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Nee (ga door naar vraag 5)
- Ja, binnen het samenwerkingsverband
- Ja, door uitbreiding van het samenwerkingsverband
- Overige

4. Indien uw (zorg)programma wordt opgeschaald, vindt u dat de opschaling goed verloopt?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Kunt u aangeven waardoor dit wel of niet goed verloopt?

Vul uw antwoord hier in:

5. Wilt u nog wat toelichten op de gegeven antwoorden?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Vul uw antwoord hier in:

E. Integrale zorg of (zorg)programma's voor andere chronische cliëntgroepen

1. Biedt u naast de (zorg)programma(s) voor kwetsbare ouderen ook (zorg)programma's aan voor andere chronische cliëntgroepen die qua opzet gelijk zijn?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Indien ja, om welke andere cliëntgroepen gaat dit?

Vul uw antwoord hier in:

1. Biedt u integrale zorg of (zorg)programma's aan voor andere chronische cliëntgroepen?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Indien ja, om welke andere cliëntgroepen gaat dit?

Vul uw antwoord hier in:

F. Tot slot

De resultaten van deze uitvraag worden gepresenteerd tijdens vier digitale groepsinterviews. Tijdens deze digitale interviews willen wij graag uw mening horen over de resultaten, hierdoor kunnen wij de resultaten toetsen en verdere verdieping aanbrengen.

1. Wij willen u graag uitnodigen om deel te nemen aan een groepsinterview.

U kunt één of meer mogelijkheden aankruisen, indien u meerdere mogelijkheden opgeeft delen wij u zelf in bij één van uw keuzes.

Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Dinsdag 5 april van 13.00 tot 15.00
- Donderdag 7 april van 10.00 tot 12.00
- Maandag 11 april van 13.00 tot 15.00
- Dinsdag 12 april van 15.00 tot 17.00
- Nee, ik wil niet deelnemen
- Overige:

Naast de reflectie op de resultaten van de uitvraag houden wij ook een digitale werkbijeenkomst waarin we verschillende cliëntreizen van ouderen in de (zorg)programma's voor kwetsbare ouderen willen uitwerken.

Onder patiëntreizen verstaan wij de reis van een oudere voordat deze deelneemt in een (zorg)programma, tijdens deelname aan het (zorg)programma en waar een oudere terecht komt na deelname aan een (zorg)programma. Hiervoor zijn wij op zoek naar professionals die directe zorg leveren aan de ouderen in de (zorg)programma's. Wij willen u uitnodigen om zelf deel te nemen als dit voor u geldt of vragen of u ons in contact kunt brengen met een professional uit uw (zorg)programma die hieraan deel wil nemen.

2. Wilt u of een collega deelnemen aan de digitale werkbijeenkomst voor patiëntreizen op maandag 4 april van 13.00 tot 15.00?

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Nee, ik wil niet deelnemen
- Ja, ik wil graag deelnemen
- Ja, een collega wil graag deelnemen

Naam en e-mailadres van de deelnemende collega:

Vul uw antwoord hier in:

3. Ruimte voor overige opmerkingen:

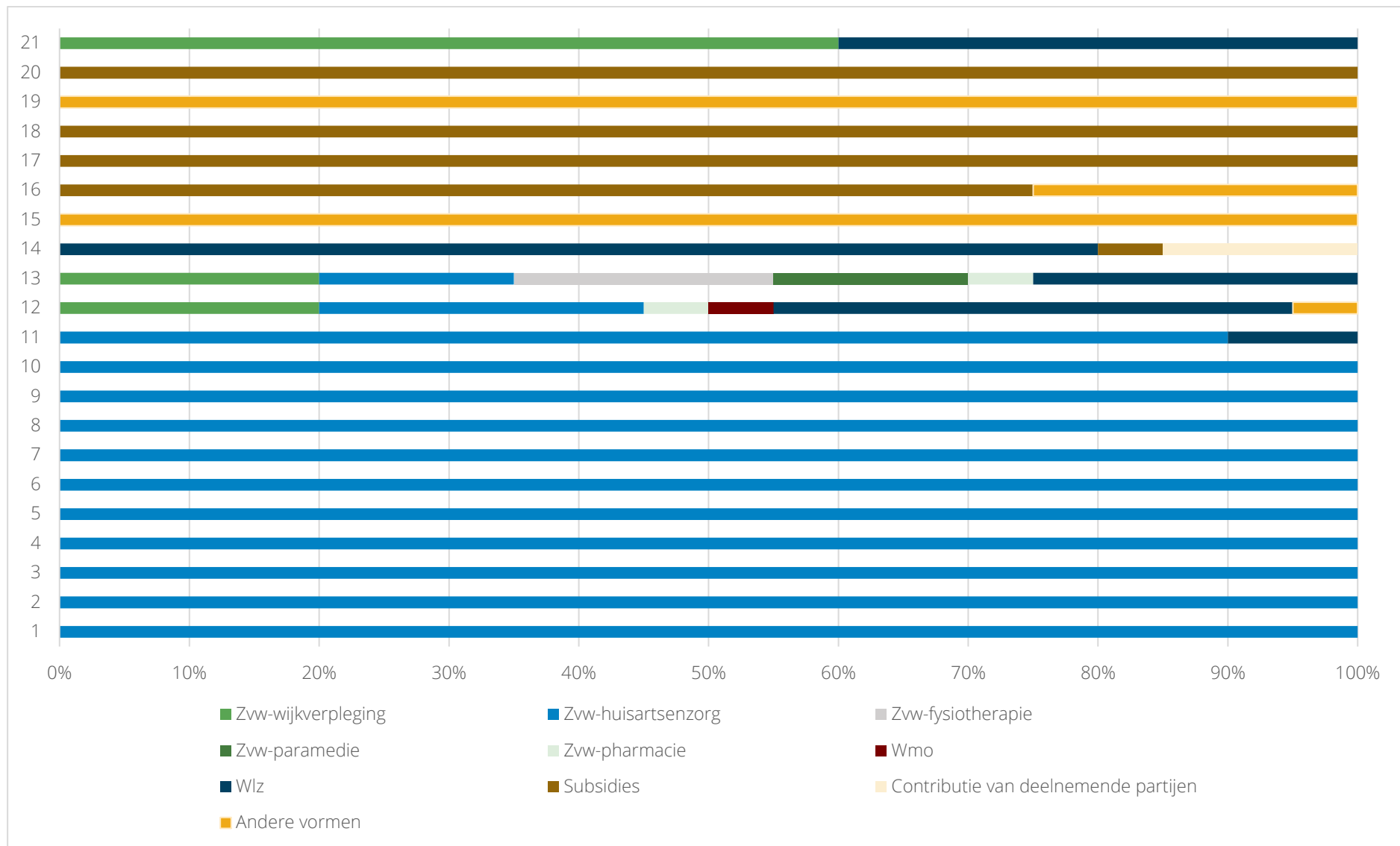
Vul uw antwoord hier in:

Dit is het einde van de vragenlijst. Klik op VERZENDEN om uw antwoorden op te slaan en te verzenden.

Indien u meerdere (zorg)programma's aanbiedt voor kwetsbare ouderen, kunt u de vragenlijst na het verzenden invullen voor een ander (zorg)programma voor kwetsbare ouderen.

Hartelijk dank voor uw bijdrage.

Bijlage 3. Procentuele verdeling financieringsvormen



Bijlage 4. Aanwezige partijen bij de groepssessies

- Beter Oud Amsterdam, Amsterdamse huisartsenalliantie
- CZ
- DSW
- Friese huisartsenvereniging
- HAG Drenthe, HZD
- HCDO
- Hoogzorg
- HOZK
- Kennemerland HONK, INKT
- Meditta
- Medrie
- Menzis
- MESO
- MOND tand
- NEO huisartsenzorg
- Noorderbreedte
- NZa
- PIT Baarn
- Primacura netwerkzorg Tilburg
- Stadscoördinator Utrecht
- Stichting Amstelland zorg
- Stichting Buur
- Stichting MESO
- Tandarts-geriatrie
- Vereniging kaderartsen
- VGZ
- Zilveren Kruis
- ZN