

# Effectieve ouderenzorg in de Achterhoek



Dit document is een product van de [Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's](#).  
Samen werken we aan goede gezondheid voor onze inwoners en verzekerden.

Lees meer op [www.werkagendamenzisgemeenten.nl](http://www.werkagendamenzisgemeenten.nl) en ga geïnspireerd aan de slag in uw regio!

### Datum

11 januari 2018

### Contact

Karin Aaldering (projectleider), [k.aaldering@montferland.info](mailto:k.aaldering@montferland.info)  
Martine Poulussen (projectleider), [poulussen.m@menzis.nl](mailto:poulussen.m@menzis.nl)  
Marlien Ligtenberg (projectcoördinator), [M.Ligtenberg@aef.nl](mailto:M.Ligtenberg@aef.nl)

### Referentie

WM03, ESW Achterhoek. Eindrapportage



# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1	Waarom dit rapport? .....4
1.2	Wat is een tijdelijk verblijf? ..... 5
1.3	Samenwerkingsverband Menzis en gemeenten.....6
1.4	Leeswijzer .....6
<b>2 Doel en aanpak</b>	<b>7</b>
2.1	Doel van het project ..... 7
2.2	Aanpak.....8
<b>3 Regioscan Achterhoek</b>	<b>12</b>
3.2	Factoren van invloed op een kwetsbare positie van ouderen ..... 13
3.3	Samenwerkingsverbanden kwetsbare ouderen Achterhoek ..... 17
3.4	Inrichting sociaal domein Achterhoek.....18
3.5	Relevante partijen voor ouderenzorg..... 19
<b>4 Gebruik van tijdelijk verblijf in de Achterhoek</b>	<b>20</b>
4.1	Gebruik Wlz-zorg ..... 20
4.2	Gebruik Eerstelijnsverblijf.....22
4.3	Gebruik respijtzorg .....24
<b>5 Uitkomsten casusonderzoek</b>	<b>25</b>
5.1	Inleiding ..... 25
5.2	Patronen uit het casusonderzoek ..... 25
5.3	Ervaren knelpunten door professionals en mantelzorgers ..... 27
<b>6 Aanbevelingen</b>	<b>35</b>
6.1	Oplossingsrichtingen per knelpunt ..... 35
6.2	Afwegingskader ..... 41
6.3	Aanbevelingen voor de regio Achterhoek.....44
<b>7 Bijlage I. Betrokken personen en organisaties</b>	<b>49</b>
<b>8 Bijlage 2. Voorbeeld casusverslag</b>	<b>50</b>
<b>9 Bijlage 3. Overzicht vormen tijdelijk verblijf</b>	<b>54</b>
9.1	Wmo: respijtzorg.....56
9.2	Zvw: Eerstelijnsverblijf ..... 57
9.3	Wlz: crisisopname .....58
<b>10 Bijlage 4. Prismamethode</b>	<b>60</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Waarom dit rapport?

Zorgverzekeraar Menzis en de Achterhoekse gemeenten<sup>1</sup> hebben samen het project 'Effectieve ouderenzorg in de Achterhoek' ontwikkeld. Binnen dit project is een quickscan gebaseerd op casusonderzoek uitgevoerd naar knelpunten rondom opname op een tijdelijk verblijf in het verpleeghuis. Rondom deze opname is teruggeblikt op de geboden zorg en ondersteuning thuis, en het proces rondom de opname. Achter dit onderzoek ligt de hoofdvraag: 'Hoe kan de zorg en ondersteuning voor ouderen zo ingericht worden, dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en in het geval van een tijdelijke opname de juiste zorg geboden wordt?' In deze rapportage zijn de resultaten van dit casusonderzoek te lezen en knelpunten die professionals ervaren in het bieden van tijdige en passende zorg. Op basis van deze uitkomsten en ervaren knelpunten worden concreet inzetbare aanbevelingen gedaan voor de regio (quick wins) hoe ouderenzorg effectiever kan. Deze aanbevelingen richten zich op de inzet van zorg en ondersteuning in de thuissituatie en de toeleiding naar een tijdelijk verblijf.

### 1.1.1 Aanleiding

Er zijn verschillende aanleidingen geweest om onderzoek te doen naar tijdelijk verblijf in de ouderenzorg:

#### Ouderen wonen langer thuis met een zwaardere zorgvraag

De meeste ouderen willen graag zo lang mogelijk in hun vertrouwde, huiselijke omgeving blijven. Als er zorg en ondersteuning nodig is, ontvangen zij deze het liefst in de thuissituatie.<sup>2</sup> Daarnaast is één van de uitgangspunten van de Hervorming Langdurige Zorg (2015) dat inwoners langer zelfstandig thuis moeten kunnen wonen.<sup>3</sup> Vanuit dit beleid is het aantal verzorgingstehuizen afgebouwd. Deze wens van ouderen en de ontwikkeling in landelijk beleid hebben als resultaat dat ouderen langer thuis wonen, en daar ook een zwaardere zorgvraag hebben. Het bieden van goede zorg en ondersteuning thuis vraagt om een goede samenwerking tussen zorgprofessionals en het netwerk rondom de kwetsbare oudere. Door een sluitend en passend zorgaanbod kan tevens escalatie - en daarmee tijdelijk verblijf in het verpleeghuis - zoveel als mogelijk voorkomen worden.

<sup>1</sup> Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oost-Gelre, Oude IJsselstreek & Winterswijk

<sup>2</sup> Uit het vragenlijstonderzoek onder het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat 79% van de zelfstandig wonende (toekomstige) ouderen thuis wil blijven wonen, ook als de behoefte aan zorg toeneemt:  
<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Overzichtstudie-ouderen-van-de-toekomst.pdf>

<sup>3</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/langer-zelfstandig-wonen>

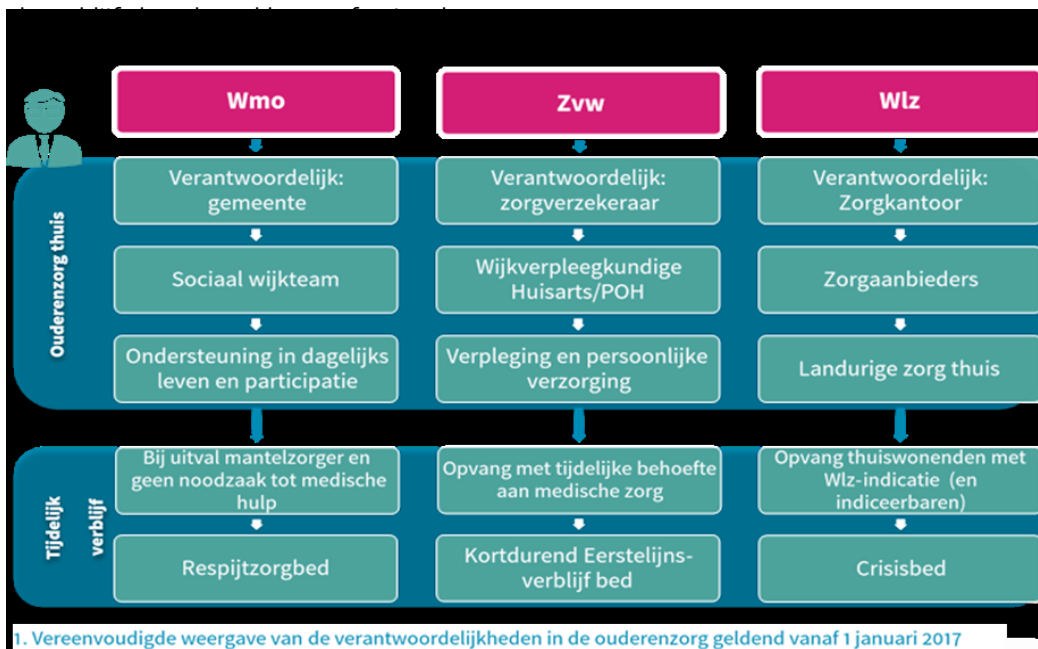
### Knelpunten in de ouderenzorg in de Achterhoekse gemeenten

In het kader van bovenstaande opgave is een werkgroep gevormd met daarin vertegenwoordigers vanuit de acht Achterhoekse gemeenten, Menzis, HuisartsenZorg Oost-Achterhoek (HZOA), BV Zorg, het Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen West Achterhoek en het Platform ouderenzorg Oost Achterhoek. Vanuit het professionele veld kwam een aantal signalen over knelpunten rondom tijdelijk verblijf in verpleeghuizen in de Achterhoek. Professionals gaven aan een tekort aan tijdelijke verblijfplaatsen in het geval van een crisissituatie (crisisbedden gefinancierd vanuit de Wlz) te ervaren. Daarnaast leek het zo te zijn dat het Eerstelijnsverblijf (Zvw) veel wordt gebruikt, terwijl dit bij respijtzorg (Wmo) nauwelijks het geval is. Deze bevindingen worden nader onderzocht en getoetst in het onderzoek.

## 1.2 Wat is een tijdelijk verblijf?

Een tijdelijk verblijf is een tijdelijke opname van de oudere vanuit de thuissituatie of het ziekenhuis in een verpleeghuis. De opname is nodig omdat thuis niet meer de passende zorg en ondersteuning geboden kan worden, bijvoorbeeld omdat er tijdelijk medische zorg, 24-uurs toezicht en ondersteuning nodig is. De redenen kunnen verschillen; een mantelzorger kan wegvallen of een oudere moet revalideren na een opname vanuit het ziekenhuis. Tijdens het tijdelijk verblijf wordt een beslissing gemaakt over de nazorg die de oudere nodig heeft. Blijft de oudere in het verpleeghuis of is terugkeer naar huis mogelijk?

Tijdelijk verblijf voor ouderen wordt gefinancierd vanuit drie wetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). De zorg en ondersteuning voor de oudere thuis wordt ook vanuit deze wetten geregeld. In onderstaand schema staat weergegeven welk type zorg en ondersteuning thuis en welk type tijdelijk verblijf vanuit welke wet gefinancierd wordt. In bijlage 4 staan de verschillende vormen van tijdelijk verblijf nader uitgewerkt, zoals de vormen van respijtzorg, ELV en crisisopnames,



### 1.3 Samenwerkingsverband Menzis en gemeenten

De Achterhoekse gemeenten en zorgverzekeraar Menzis zijn onderdeel van het samenwerkingsverband 'Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's'.<sup>4</sup> Een samenwerkingsverband waarin Menzis en de regio's Twente, Groningen, Arnhem, FoodValley en de Achterhoek en gemeente Den Haag samenwerken aan een goede gezondheid van inwoners en verzekerden. Dit doen zij door het ontwikkelen van nieuwe projecten en werkwijzen, én het delen van kennis. Het project 'Effectieve ouderenzorg in de Achterhoek' is onderdeel van het thema *Effectief samenwerken in de wijk*, één van de pijlers van de Werkagenda. Dit thema richt zich op de voorwaarden en effecten van een effectieve samenwerking tussen professionals uit het medisch en sociaal domein.

---

#### Effectief samenwerken in de wijk

Iedere wijk is een uniek sociaal netwerk, waar mensen het liefst zo lang mogelijk willen blijven wonen. De wijk is de basis voor een sociaal en medisch netwerk van ondersteuning, hulp en zorg. Goede verbindingen tussen het eigen netwerk van de bewoner en professionals uit het sociale en medische domein is cruciaal. Er is behoefte aan een geïntegreerd aanbod van innovatieve voorzieningen die goede zorg en ondersteuning biedt, en zo bijdraagt aan het welzijn van de bewoner. Dit kan bereikt worden door een effectieve samenwerking in de wijk.

---

### 1.4 Leeswijzer

In deze rapportage wordt in hoofdstuk 2 allereerst ingegaan op het doel en de aanpak van dit project. Daarna wordt in hoofdstuk 3 beschreven de kenmerken van de regio Achterhoek in verband met de ouderenzorg en welke thema's in de regio van belang zijn. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 een beeld gegeven hoe het tijdelijk verblijf in de regio Achterhoek daadwerkelijk gebruikt wordt. In hoofdstuk 5 zijn de uitkomsten van het casusonderzoek te lezen. Deze zijn uitgesplitst in de patronen die te zien zijn vanuit de casuïstiek, en ten tweede de knelpunten die professionals ervaren in het bieden van tijdige en passende zorg. In hoofdstuk 6 worden er op basis van deze knelpunten aanbevelingen gegeven voor partijen in de regio (o.a. zorgaanbieders, zorgverzekeraar Menzis en de Achterhoekse gemeenten) om ouderenzorg in de thuissituatie en bij toeleiding naar een tijdelijk verblijf nog beter vorm te geven en waar mogelijk tijdelijk verblijf te voorkomen.

<sup>4</sup> Zie ook: [www.werkagendamenzisgemeenten.nl](http://www.werkagendamenzisgemeenten.nl)

## 2 Doel en aanpak

### 2.1 Doel van het project

Het doel van het project 'Effectieve ouderenzorg in de Achterhoek' is te komen tot aanknopingspunten ter verbetering van zorg en ondersteuning voor de oudere thuis, en opnames op een tijdelijk verblijf zoveel als mogelijk te voorkomen. En als een tijdelijke opname nodig is, er voor te zorgen dat de juiste zorg en ondersteuning wordt geboden. Dit wordt gedaan door middel van een quickscan gebaseerd op casusonderzoek.

Het onderzoek richt zich op het gebruik van Wlz-crisisopnames en het Eerstelijnsverblijf. Het is van belang dat in de tijdelijke verblijfsvormen als Wlz-crisisbedden en ELV-bedden het juiste zorggebruik plaatsvindt. Dit scheelt immers acuut handelen door professionals en kosten voor het zorgkantoor en zorgverzekeraar. Daarnaast wordt tijdens het onderzoek naar crisisopnames en ELV ook aandachtspunten in de Wmo meegenomen.<sup>5</sup> Goede en effectieve zorg dicht bij mensen thuis is het uitgangspunt. De aanbevelingen richten zich op twee elementen:

- *Continue zorg*: goede organisatie en effectieve samenwerking tussen professionals vanuit het medische en sociale domein. Ook het netwerk rondom de oudere, zoals mantelzorgers, zijn daarin van belang. Door een goede samenwerking kan de zorg rondom de oudere effectief georganiseerd worden en de juiste keuze voor een tijdelijke opname gemaakt worden. Daarnaast kan door een proactief beleid een opname mogelijk voorkomen worden.
- *Passende zorg*: de inzet van de juiste middelen op het juiste moment, naar verhouding van de zorgvraag. Zo dicht mogelijk bij de thuissituatie van de oudere, is daarbij het uitgangspunt. Welke voorzieningen vanuit de Wmo, Zvw of Wlz passen daar het beste bij? En in het geval van een opname in een verpleeghuis; wat is het meest passende tijdelijk verblijf?

Om de bovenstaande doelstelling te behalen, staat de volgende onderzoeksvraag centraal in het project:

**Hoe kan de zorg en ondersteuning voor ouderen zo ingericht worden, dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en in het geval van een tijdelijke opname de juiste zorg geboden wordt?**

<sup>5</sup> Dit onderzoek richt zich op de opname van een tijdelijk verblijf en geboden zorg rondom deze periode. Daarmee richt het onderzoek zich met name op medische zorg, die rondom een dergelijke opname het meest wordt ingezet. Opgehaalde bevindingen rondom Wmo-inzet van gemeenten is gedaan vanuit perspectief van mantelzorgers en medisch professionals. Nadere toetsing en uitgebreid onderzoek binnen gemeenten valt, vanwege de beperkte omvang van het onderzoek, buiten de scope hiervan.

## 2.2 Aanpak

### 2.2.1 Methode

De gehanteerde methode in het project is een quickscan op basis van casusonderzoek. Een analyse van een daadwerkelijk gebeurde situatie geeft de mogelijkheid om te achterhalen hoe een opname op een tijdelijk verblijf verloopt. Ook geeft het inzicht in welke zorg en ondersteuning de oudere ontving. Naast analyse van de casus is tijdens het onderzoek uitvraag gedaan naar knelpunten die professionals ervaren in het bieden van tijdige en passende zorg. Het uitvoeren van casusonderzoek, in beeld brengen van knelpunten en komen tot aanbevelingen is gedaan aan de hand van een vijftal stappen.

#### Stap 1. Casusselectie

In samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde van drie zorgaanbieders in de Achterhoekse gemeenten zijn in totaal elf casussen voor onderzoek geselecteerd. Vier Wlz-crisisopnames en zeven opnames Eerstelijnsverblijf. Deze casussen zijn geselecteerd aan de hand van drie criteria:

- Woonplaats: de cliënt is woonachtig in één van de Achterhoekse gemeenten.<sup>6</sup>
- Verdeling tussen Oost- en West-Achterhoek: de geselecteerde casuïstiek is afkomstig uit een combinatie van beide gebieden. Dit omdat beide gebieden hun eigen organisatie- en samenwerkingsverbanden hebben. Casusselectie uit beide geeft een representatief zicht van werkwijzen en bevindingen in de regio. Vanwege de beperkte steekproef en doorlooptijd is niet uitputtend in iedere Achterhoekse gemeente onderzoek gedaan. De geselecteerde casussen zijn als volgt verspreid over de gemeenten:



- Patiënt journey: het pad dat de oudere thuis en tussen zorginstellingen heeft doorlopen. Ten behoeve van het onderzoek zijn casussen geselecteerd die de vraag oproepen of zorg en ondersteuning anders of eerder ingezet had kunnen worden. Deze zorgpaden worden hieronder toegelicht.

<sup>6</sup> Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oost-Gelre, Oude IJsselstreek & Winterswijk



## Wlz



Deze oudere blijft na opname op het tijdelijk verblijf in het verpleeghuis. De oudere heeft echter nog geen Wlz-indicatie. Had de Wlz-indicatie eventueel vanuit de thuissituatie eerder aangevraagd kunnen worden, en had de verpleeghuisopname een reguliere kunnen zijn? Was inzet van een MPT of VPT-pakket (Wlz) thuis ook mogelijk geweest?

## ELV



Deze oudere wordt vanuit de thuissituatie of vanuit het ziekenhuis aangemeld voor een ELV opname. De oudere krijgt tijdens de ELV-opname een Wlz-indicatie. Vanwege medische redenen (somatische redenen of in combinatie met cognitieve achteruitgang), is terugkeer naar huis niet meer mogelijk. Was de oudere al eerder Wlz-indiceerbaar? Was inzet van een MPT of VPT thuis ook mogelijk geweest?

### Stap 2. Verzamelen van professionals en mantelzorgers

Aan de hand van deze casus zijn gesprekken gevoerd met de betrokken professionals en mantelzorgers rondom de cliënt. Dit betrof individuele of gecombineerde gesprekken (live of telefonisch). Dit waren de volgende personen (afhankelijk wie bij de oudere betrokken was):

- Specialist ouderengeneeskunde
- Verpleegkundig specialist
- Huisarts
- POH
- Wijkverpleegkundige/verzorgende
- Trajectbegeleider dementie
- Mantelzorger

### Stap 3. Oorzakenboom, tijdlijn, analyse en ervaren knelpunten

Tijdens het gesprek met professionals is vanaf het moment van opname teruggekeken hoe de toeleiding naar de opname is verlopen. Doel daarvan is om inzicht te verwerven of zorg en ondersteuning passend was, en een opname op tijdelijk verblijf mogelijk te voorkomen. Er wordt stilgestaan bij de geboden zorg en ondersteuning thuis. Van het gesprek is het volgende vastgelegd (zie voor een voorbeeld bijlage 2):

- Een oorzakenboom. Het verloop van de casus wordt visueel in kaart gebracht, geïnspireerd op de Prisma-methode.<sup>7</sup> Door middel van een oorzakelijk overzicht in de vorm van een oorzakenboom wordt in beeld gebracht wat de redenen waren voor de ELV- of crisisopname.

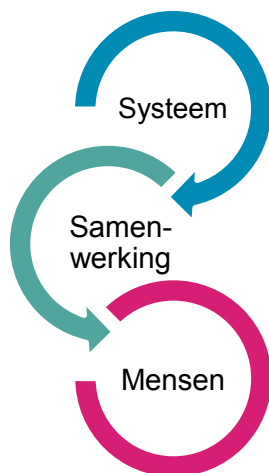
<sup>7</sup> Zie bijlage 5.

- Een tijdlijn. Hiermee is in beeld gebracht hoe het tijdsverloop in de casus is geweest. Ook wordt inzichtelijk wanneer welke vormen van zorg en ondersteuning ingezet zijn.
- Analyse van de casus. Uit de informatie en de gesprekken met professionals wordt een analyse gemaakt of het tijdelijk verblijf eventueel voorkomen had kunnen worden, en of het tijdelijk verblijf de meest passende ondersteuning is geweest. Was er mogelijk andere vormen van inzet en ondersteuning mogelijk geweest?
- Ervaren knelpunten van professionals en mantelzorgers in ouderenzorg. Waar lopen professionals tegenaan, wat gaat goed en wat kan beter?

#### Stap 4. Formuleren van bevonden knelpunten

In hoofdstuk 5 wordt een overzicht gegeven van uitkomsten van het casuonderzoek en ervaren knelpunten van professionals en mantelzorgers. Het uitkomsten van het casuonderzoek heeft twee onderdelen:

- Patronen zichtbaar in het casuonderzoek. Welke zaken vallen op vanuit het onderzoek? Wat zijn bijvoorbeeld veel voorkomende oorzaken voor een opname op een tijdelijk verblijf? In hoeverre hadden deze kunnen voorkomen worden of niet?
- Een ordening van de genoemde knelpunten in het onderzoek. De genoemde knelpunten door professionals in het bieden van tijdige, passende zorg zijn hier verzameld. Deze zijn geordend naar drie verschillende componenten:



**Systeem:** bijvoorbeeld knellende wetgeving of (inkoop)beleid waardoor handelen van de professional beperkt wordt.

**Samenwerking:** onderlinge samenwerking tussen professionals in de wijk; bijvoorbeeld wanneer de juiste voorzieningen niet gevonden worden of er onderlinge verbindingen ontbreken.

**Mensen:** bijvoorbeeld ouderen die huiverig zijn eigen risico aan te spreken, ouderen die zorg en ondersteuning niet accepteren, mantelzorgers die vanuit betrokkenheid graag zelf blijven zorgen en daardoor (hun eigen) ondersteuningsbehoefte (onbewust) te laat melden.

#### Stap 5. Formuleren van aanbevelingen

Naar aanleiding van de uitkomsten en bevonden knelpunten worden er in hoofdstuk 6 aanbevelingen geformuleerd. Daar staat een overzicht van de beschreven punten en de bijbehorende oplossingsrichtingen. Om een keuze te maken uit de oplossingsrichtingen waar de partijen in de regio, aanbieders en Menzis en de Achterhoekse gemeenten mee aan de slag kunnen, is een afwegingskader gemaakt. Deze geeft handvatten om aanbevelingen van elkaar te onderscheiden en te beoordelen waar quick wins liggen. Het afwegingskader bestaat uit de volgende vragen:

Impact	Heeft de oplossing impact? Is de oplossing van invloed op een (groot deel) van de regio, aantal zorgaanbieders, cliënten of mantelzorgers?
Concreet	Is de oplossing concreet toepasbaar? Kan er via directe invloed op (inkoop)beleid of handelingen van professionals verandering aangebracht worden en zo de oplossing vormgegeven worden?
Invloed	Is de oplossing beïnvloedbaar door partijen (in medisch en sociaal domein) in de regio? Ligt de oplossingsrichting in de directe invloedssfeer?

Als het antwoord op deze drie vragen positief is wordt de aanbeveling nader uitgewerkt. In hoofdstuk 6 staan de aanbevelingen geformuleerd.

## 3 Regioscan Achterhoek

Dit hoofdstuk bevat een korte scan<sup>8</sup> van de Achterhoekse gemeenten op het gebied van ouderenzorg. Welke onderwerpen zijn relevant in de gemeenten, en wat zijn aandachtspunten voor het bieden van zorg en ondersteuning van ouderen? In het kort zijn dat de volgende:

- Krimp, vergrijzing en ontgroening.
- Tekort aan wijkverpleging en mogelijk toekomstig tekort aan huisartsen.
- Toenemende kwetsbaarheid bij 75 plussers, met name rondom dementie, multimorbiditeit en mobiliteit.
- Relatief veel alleenstaande 75-plussers.

Hieronder wordt nader ingegaan op bovenstaande onderwerpen. Het hoofdstuk sluit af met een paragraaf over welke partijen een rol hebben in het vormgeven van de uitdagingen in de regio.

### 3.1.1 De Achterhoek heeft te maken met krimp en vergrijzing

- Krimp: voor de Achterhoek is een forse bevolkingskrimp (-8%) geprognoseerd in 2040.<sup>9</sup> Dit staat in contrast met de voorspelde landelijke bevolkingsgroei van +7,6%. Een negatief migratiesaldo is daarvoor een belangrijke oorzaak.
- Vergrijzing: daarnaast is er dubbele vergrijzing. Er is een toegenomen levensverwachting en er is een proces van ontgroening in de regio te zien.<sup>10</sup> Dat maakt dat het aandeel van mensen van 65+ in de regio groter wordt (33% in 2040).

Tabel 1. Prognose van aandeel 65+'ers in %, per Achterhoekse gemeente<sup>11</sup>

Jaar	Aalten	Berkelland	Bronckhorst	Doetinchem	Montferland	Oost Gelre	Oude IJsselstreek	Winterswijk
2010	17,1	17,9	19,5	16,1	17,9	16,2	17,7	18,3
2020	22	24	25,8	21,2	24,8	22,4	24,5	22,9
2030	26,7	29,5	32,4	26,9	32,4	29	31,5	27,3

<sup>8</sup> Deze scan is niet volledig uitputtend. De cijfers geven een beeld van actuele thema's in de ouderenzorg in de regio.

<sup>9</sup> De krimp treft vooral de gemeenten Bronckhorst, Berkelland, Oude IJsselstreek en Montferland. Zie: Toekomstverkenning kwetsbare ouderen met inwoners en instellingen, Achterhoekse gemeenten, februari 2016

<sup>10</sup> Zie: Toekomstverkenning kwetsbare ouderen met inwoners en instellingen, Achterhoekse gemeenten, februari 2016, en: <https://www.menzis.nl/publicaties/in-de-maatschappij/2016/06/17/netwerken-bouwen-voor-kwetsbare-ouderen-in-oost-achterhoek>

<sup>11</sup> Toekomstverkenning kwetsbare ouderen met inwoners en instellingen, Achterhoekse gemeenten, februari 2016

<b>2040</b>	29,7	32,6	25,7	30,2	37	32,2	36,1	29,4
-------------	------	------	------	------	----	------	------	------

### 3.1.2 Tekort aan wijkverpleging en mogelijk huisartsen in de eerstelijnszorg

Momenteel heeft een huisarts in de Achterhoekse gemeenten een gelijk aantal inwoners per fte huisarts als het gemiddelde in Nederland. Mogelijk zal er in de toekomst een tekort aan huisartsen ontstaan. Dit komt omdat de zorgvraag naar huisartsenzorg hoger is dan elders in het land en de komende jaren zal blijven groeien. Daarnaast is er vergrijzing in de huisartsenzorg zichtbaar: momenteel is 50% van de huisartsen werkzaam in de Achterhoek ouder dan 55 jaar. Bovendien is er een afname te zien in de vestiging van nieuwe huisartsen in deze regio.<sup>12</sup> Bij wijkverpleging is nu al een tekort zichtbaar. Dit is een landelijke ontwikkeling, die ook merkbaar is in de Achterhoekse gemeenten.<sup>13</sup> Er is met name moeite met het vinden van verzorgenden en verpleegkundigen niveau 4.<sup>14</sup> Door dit gebrek aan wijkverpleging wordt het lastiger om aan de zorg- en ondersteuningsvragen van ouderen in de thuissituatie te voldoen.

## 3.2 Factoren van invloed op een kwetsbare positie van ouderen

Gezien het patroon van vergrijzing en de daarmee samenhangende zorgvragen, is de ouderenzorg in de Achterhoekse gemeenten een aandachtsgebied. Niet iedere oudere heeft echter dezelfde zorgvraag, dit hangt samen met verschillende factoren. Bijvoorbeeld op het gebied van persoonskenmerken (geslacht, leeftijd, SES-score), leefstijlfactoren (bijvoorbeeld roken, mate van lichaamsbeweging), de leefomgeving (sociaal netwerk, veilige omgeving) en risicofactoren (zoals slecht horen, zien en multimorbiditeit)<sup>15</sup>

### 3.2.1 De SES-score

SES staat voor Sociaaleconomische status. Dit zijn scores die het SCP berekent en die aangeven hoe de sociale status van een wijk is in vergelijking met andere wijken in Nederland. De sociale status van een wijk is afgeleid van een aantal kenmerken van de mensen die er wonen: hun opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt. Een lage score staat voor een lage sociale status, een hoge score voor een hoge status. De sociaaleconomische status staat in verband met de ervaren gezondheid en levensverwachting: hoe lager de status hoe lager deze is.<sup>16</sup> In onderstaande tabel staan de recente SES-scores voor de Achterhoekse gemeenten.<sup>17</sup>

<sup>12</sup> Bron: regiofoto Achterhoek, Menzis (versie juli 2016)

<sup>13</sup> <https://www.volkskrant.nl/binnenland/zorg-in-gevaar-door-groot-tekort-aan-wijkverpleegkundigen~a4460409/>

<sup>14</sup> <https://www.omroep gelderland.nl/nieuws/2130296/Tekort-wijkverpleegkundigen-ik-denk-dat-de-situatie-heel-schrijnend-wordt>

<sup>15</sup> Toekomstverkenning kwetsbare ouderen met inwoners en instellingen, Achterhoekse gemeenten, februari 2016

<sup>16</sup> [https://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend\\_onderzoek/A\\_Z\\_alle\\_lopende\\_onderzoeken/Statuscores](https://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend_onderzoek/A_Z_alle_lopende_onderzoeken/Statuscores)

<sup>17</sup> [https://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend\\_onderzoek/A\\_Z\\_alle\\_lopende\\_onderzoeken/Statuscores](https://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend_onderzoek/A_Z_alle_lopende_onderzoeken/Statuscores)

Gemeente	SES-score
Aalten	-0.448
Berkelland	-0.142
Bronckhorst	0.202
Doetinchem	-0.225
Montferland	-0.065
Oost-Gelre	-0.04
Oude IJsselstreek	-0.115
Winterswijk	0.23

In bovenstaande tabel is te zien dat de scores per gemeente erg verschillen. De gemeenten Aalten, Doetinchem en Oude IJsselstreek hebben de laagste SES-score en zijn daarmee risicovoller op het gebied van gezondheid en levensverwachting van hun inwoners. Ten opzichte van scores in andere regio's in Nederland bevindt de Achterhoek zich in een gemiddelde score (rond de 0 of iets daaronder). In onderstaande kaart is de score van de Achterhoek ten opzichte van andere regio's in Nederland te zien.



Bron: Sociaal Cultureel Planbureau 

### 3.2.2 Gezondheid van ouderen

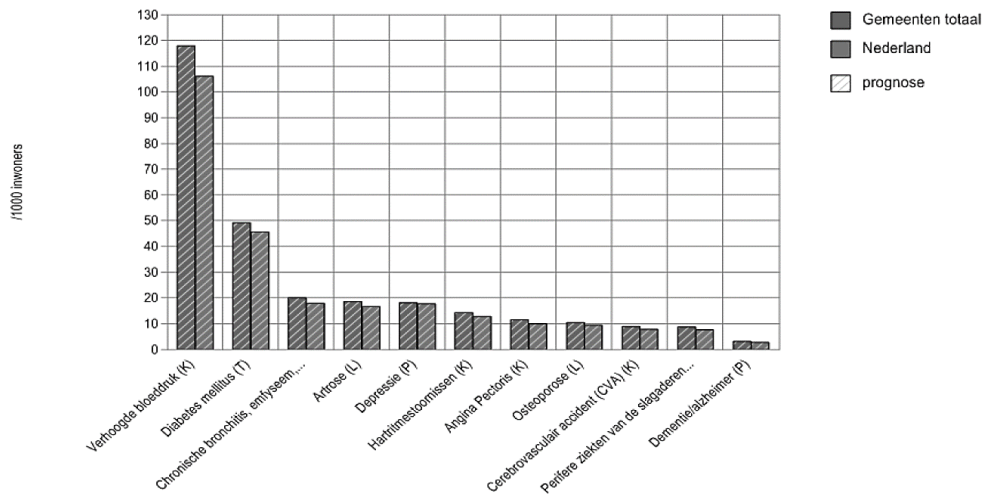
Gezondheid heeft een grote invloed op de mate van zorgbehoefte van ouderen. Deze zorgbehoefte is ook van invloed of ouderen nog thuis kunnen wonen. Uit de studie van het SCP<sup>18</sup> blijkt dat drie factoren in gezondheid een sterke relatie hebben met langer zelfstandig wonen.

<sup>18</sup> 'Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg.' SCP, februari 2017, pagina 22

– Multimorbiditeit

Multimorbiditeit is de aanwezigheid van meer dan één chronische aandoening bij één persoon.<sup>19</sup> Naarmate mensen met meer aandoeningen ouder worden, wordt de zorg- en ondersteuningsvraag steeds intensiever. Multimorbiditeit heeft een groot negatief effect op de mogelijkheid tot langer zelfstandig thuis wonen. Het is bekend dat het aantal chronische ziekten en aandoeningen in de Achterhoek relatief wat meer voorkomen dan elders in Nederland.<sup>20</sup>

Huisartsenepisodes - [/1000 inwoners], 2013 - Gemeenten: Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oost Gelre, Oude IJsselstreek, Winterswijk



Bron: ROS-Wijkscan | CBS LINH

Daarnaast is uit onderzoek bekend dat het aantal ouderen met dementie in de Achterhoek toeneemt van ruim 4.000 (in 2013) naar ruim 7.500 (in 2033).<sup>21</sup> Deze gegevens beïnvloeden de mate van multimorbiditeit in de Achterhoekse gemeenten. In onderstaande tabel is zichtbaar dat het percentage ouderen met één of meerdere aandoeningen met leeftijd toeneemt.<sup>22</sup>

Minimaal één langdurige ziekte of aandoening	50 – 64 jaar	64-75 jaar	75>
Ja	69%	85%	91%

– Dementie

Van grote invloed op langer zelfstandig thuis wonen is dementie. Zoals hierboven genoemd is de verwachting dat het aantal ouderen met dementie in 2033 bijna verdubbeld

<sup>19</sup> Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg.' SCP, februari 2017, pagina 22

<sup>20</sup> Toekomstverkenning kwetsbare ouderen met inwoners en instellingen, Achterhoekse gemeenten, februari 2016

<sup>21</sup> Toekomstverkenning kwetsbare ouderen met inwoners en instellingen, Achterhoekse gemeenten, februari 2016

<sup>22</sup> [http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/\\_Cijfers/Tab%20VO%20Achterhoek.pdf](http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/_Cijfers/Tab%20VO%20Achterhoek.pdf)

is. Vaak worden ouderen binnen enkele jaren opgenomen in een verpleeghuis. De stijging in het aantal ouderen met dementie is deels een gevolg van de vergrijzing, maar ook van vroegtijdigere diagnostiek. Er zijn (sterke) verschillen tussen de toename in het aantal ouderen met dementie tussen gemeenten en wijken – zoals blijkt uit de zorgatlas voor transitietafel Achterhoek (21-01-2015).<sup>23</sup>

#### – Eigen regie

Ouderen die meer regie ervaren over hun leven, kunnen beter hun zorg organiseren (bijvoorbeeld in hun eigen netwerk) en daardoor langer zelfstandig thuis blijven wonen. Eigen regie is de mate waarin een persoon ervaart gebeurtenissen zelf te beheersen. Mensen met weinig regie ontvangen eerder professionele zorg.<sup>24</sup> De mate van regie neemt relatief af na 75 jaar en ouder. Echter de ervaren regie van ouderen is alsnog hoog, zoals onderstaande tabel laat zien.

Heeft voldoende eigen regie over eigen leven	50 – 64 jaar	64-75 jaar	75>
Ja	90%	90%	80%

#### – Fysieke beperkingen en mobiliteit

Een fysieke beperking is de moeite die iemand ondervindt bij het uitvoeren van activiteiten. Bijvoorbeeld een verslechterd zicht, gehoor of mobiliteit. De beperkingen nemen toe naarmate mensen ouder worden. Ook deze beperkingen hebben een negatief effect op het zelfstandig thuis wonen. Dit geldt met name voor mobiliteitsproblemen. Deze leiden tot fysieke en soms sociale beperkingen. Dit neemt met name toe vanaf 75 jaar. Deze toename in de regio Achterhoek is onderstaande tabel te zien.<sup>25</sup>

#### Overzicht fysieke beperkingen in %, Achterhoekse gemeenten

	50- 64 jaar	64-75 jaar	75>
Heeft gezichtsbeperking(en)	6	4	10
Heeft gehoorbeperking(en)	4	6	14
Heeft mobiliteitsbeperking(en)	7	12	33

### 3.2.3 Alleenstaanden

Als een oudere alleen woont, kan er in mindere mate teruggevallen worden op een partner voor bieden van zorg en ondersteuning (mantelzorg). Dit kan wel als er een netwerk en directe omgeving is. In onderstaande tabel is zichtbaar dat met name ouderen van 75+ alleenstaand zijn (de meest voorkomende reden is dat de partner overleden is).<sup>26</sup> Het percentage alleenstaande 75-plussers ten opzichte van het totaal aantal alleenstaanden is in de acht Achterhoekse gemeenten hoger dan het landelijk gemiddelde; namelijk 26% ten opzichte van

<sup>23</sup> Toekomstverkenning kwetsbare ouderen met inwoners en instellingen, Achterhoekse gemeenten, februari 2016

<sup>24</sup> Toekomstverkenning kwetsbare ouderen met inwoners en instellingen, Achterhoekse gemeenten, februari 2016

<sup>25</sup> [http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/\\_Cijfers/Tab%20VO%20Achterhoek.pdf](http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/_Cijfers/Tab%20VO%20Achterhoek.pdf)

<sup>26</sup> [http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/\\_Cijfers/Tab%20VO%20Achterhoek.pdf](http://www.kvnog.nl/images/redactie/bestanden/_Cijfers/Tab%20VO%20Achterhoek.pdf)



de landelijke 18%.<sup>27</sup> In deze groep is het netwerk een aandachtspunt. Als er geen netwerk is dat ondersteuning en zorg kan bieden, ligt er een taak van partijen in de regio om bijvoorbeeld netwerkopbouw te stimuleren of vrijwilligers in te zetten.

Woont alleen (in %)	50- 64 jaar	64-75 jaar	75>
Ja	13	19	41

### 3.3 Samenwerkingsverbanden kwetsbare ouderen Achterhoek

In de Achterhoek zijn twee samenwerkingsverbanden rondom kwetsbare ouderen: het Functioneel Model kwetsbare ouderen in Oost-Achterhoek, en het GZO-model (Geïntegreerde Zorg voor Ouderen) in West-Achterhoek. Deze maken elk gebruik van een (op onderdelen vergelijkbare) methode om de zorg rondom ouderen goed te organiseren en passende hulp te kunnen bieden. Beide modellen zijn in samenwerking met zorgverzekeraar Menzis ontwikkeld. Zorgaanbieders en huisartsenpraktijken kunnen zich onder andere door middel van inkoop van een module ouderenzorg aansluiten bij deze modellen.

#### Functioneel Model kwetsbare ouderen in Oost-Achterhoek

In Oost-Achterhoek wordt gewerkt met het *Functioneel Model kwetsbare ouderen*.<sup>28</sup> Dit betreft een leidraad voor effectieve samenwerking ten behoeve van goede zorg voor ouderen. Het functioneel model is ontwikkeld zodat betrokken partijen in de regio elkaar makkelijker kunnen vinden. Samen met betrokkenen van het project 'NOG Beter in de Achterhoek' heeft de Regionale Ondersteuningsstructuur Caransscoop op basis van bestaande data de dialoog gevoerd met betrokkenen om te komen tot een eenduidige structurele aanpak. Het model bestaat uit negen stappen:

1. Signalering
2. Casefinding
3. Screening
4. Informatie delen en afstemmingsoverleg
5. Regievoeren
6. Vervolg diagnostiek
7. Indeling in categorieën
8. Samenstellen ouderenteam
9. Gedragen zorg leef/behandelplan.

Aanvullend op het Functioneel Model is het Regionale Ouderen Onderzoek en Diagnose Team (ROODT). Huisartsen, verzorgingshuizen en de geriater kunnen hiervan gebruik maken. ROODT wordt ingezet in de thuissituatie als diagnose noodzakelijk is, maar de oudere niet kan of niet wenst om naar het ziekenhuis te komen. Dan kan het team ROODT worden gevraagd om specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, fysiotherapeut, enzovoorts langs te laten gaan voor diagnosestelling, maar ook zorgvraagverheldering. Het is een eenmalig consult.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Bron: CBS Huishoudenstatistiek (Atlas van voorzieningen: kaart 17, pagina 19).

<sup>28</sup> <https://nogbeterouderenzorgoostachterhoek.nl>

<sup>29</sup> <https://nogbeterouderenzorgoostachterhoek.nl/functioneel-model/>

### Geïntegreerde Zorg voor Ouderen in West-Achterhoek

In West-Achterhoek werken de eerstelijnszorgverleners aan de implementatie van het werkmodel 'Geïntegreerde Zorg voor Ouderen' (GZO).<sup>30</sup> Dit model is ontwikkeld door de deelnemende partijen van het Kennisnetwerk Kwetsbare ouderen West-Achterhoek. Doel van het model is het gestructureerd in kaart brengen van de doelgroep kwetsbare ouderen met een complexe hulpvraag. Vervolgens kunnen deze ouderen begeleid worden met behulp van een samenhangend, proactief (en uiteindelijk preventief) multidisciplinair (geïntegreerd) vastgesteld zorg- en welzijnsplan. Het plan wordt afgestemd op de wensen, behoeften en mogelijkheden van kwetsbare ouderen en hun naasten. Onderdeel van de werkwijze zijn de volgende elementen:<sup>31</sup>

1. Casefinding
2. Analyse/screening van kwetsbaarheid
3. Vraaggestuurde behandeling, begeleiding en steun zo dicht mogelijk bij huis
4. Multidisciplinaire overleg
5. Vaststellen zorgbehandelplan: leidraad voor alle zorg- en hulpverleners bij de vraaggestuurde behandeling, begeleiding en steun zo dicht mogelijk bij huis
6. Begeleiding en behandeling: casemanagement
7. Monitoring en Evaluatie.

Aanvullend op het werkmodel GZO is het *Ambulantteam ouderengeneeskunde (ATO)*. Voor deze complexe ouderenzorg kan het Ambulant Team Ouderengeneeskunde ingeschakeld worden. Omdat ouderen steeds langer thuis wonen met een zwaardere zorgvraag, kan het Ambulant Team Ouderengeneeskunde ingeschakeld worden door de huisarts. De huisarts kan een keuze maken uit verschillende modules voor ondersteuning zoals een eenmalig telefonisch consult, een meekijk-consult, deelname aan een Eerstelijns Multidisciplinair Overleg (EMDO), een geriatrisch assessment met kortdurende medebehandeling of langdurige medebehandeling met ANW-bereikbaarheid. De huisarts blijft de hoofdbehandelaar.<sup>32</sup>

## 3.4 Inrichting sociaal domein Achterhoek

De acht Achterhoekse gemeenten werken samen in het sociaal domein op het gebied van de Wmo en jeugdzorg en kopen gezamenlijk zorg en ondersteuning in voor hun inwoners. Ze treden gezamenlijk naar buiten als gesprekspartner van zorgverzekeraars, zorgkantoor, grote aanbieders en andere regionaal opererende partijen in het brede werkveld van zorg en welzijn. Ook wordt lokaal beleid regionaal afgestemd onder andere met betrekking tot ouderenzorg en de zorginfrastructuur die hiervoor in de Achterhoek aanwezig is.

De toegang tot de zorg en ondersteuning hebben alle gemeenten lokaal geregeld via bijvoorbeeld buurtcoaches of sociale teams. Daarnaast hebben gemeenten lokaal op het gebied van ouderenzorg inloopvoorzieningen (ontmoeting) georganiseerd of activiteiten ter voorkoming van valincidenten of informatie en ondersteuning over langer zelfstandig thuis wonen.

<sup>30</sup> <http://www.kennisnetwerkkwetsbareouderen.nl/bezoeker/190/191/Projecten/GZO+2020#.WL6zSWAzWAY>

<sup>31</sup> <https://nogbeterouderenzorgoostachterhoek.nl>

<sup>32</sup> <http://www.kennisnetwerkkwetsbareouderen.nl/bezoeker/190/202/Projecten/ATO#.WThmazCwepo>

### 3.5 Relevante partijen voor ouderenzorg

De uitdaging om goede zorg te bieden om ouderen zo lang en prettig mogelijk thuis te laten wonen, geldt niet alleen voor de Achterhoek. Net als iedere regio heeft de Achterhoek daarin eigen aandachtspunten en onderwerpen die van belang zijn in de regio. Diverse partijen hebben een rol in het vormgeven van de ouderenzorg in de Achterhoekse gemeenten. Dit zijn:

- De Achterhoekse gemeenten
- De zorgverzekeraars
- Het zorgkantoor
- Partijen in het medisch domein (van ziekenhuis en huisarts tot sportschool en wijkverpleegkundigen),
- Partijen in het sociaal domein (welzijnsorganisaties of sociaal (wijk)teams), buurthuizen enzovoorts)
- GGD
- Het sociale netwerk in de wijk en rondom ouderen heen. Denk hierbij aan familie, naasten, buurtbewoners, de lokale gemeenschap en lokale verenigingen en netwerken.

Het is dus voor nu en in de toekomst van belang om dat deze partijen elkaar weten te vinden om samen de zorg voor kwetsbare ouderen vorm te geven. In deze rapportage worden aanbevelingen gegeven hoe dit kan.

## 4 Gebruik van tijdelijk verblijf in de Achterhoek

### In het kort

In dit hoofdstuk wordt weergegeven wat het gebruik is van tijdelijk verblijf (de crisisregeling Wlz, het ELV en respijtbedden) in de Achterhoekse gemeenten in 2015 en 2016. Daarin zijn een aantal patronen zichtbaar:

- Uit het gebruik van Wlz blijkt dat dit in 2016 in totaal afgenomen is. Er is wel een sterke stijging in indiceren van zware zorgzwaartepakketten. In het gebruik van het aantal crisisopnames is een totale stijging te zien.
- Het ELV wordt veelvuldig gebruikt, hier ligt de relatief grootste stijging. De verwachting is dat de vraag naar ELV in 2018 ook sterk aanwezig zal blijven.
- Respijtzorg wordt heel weinig ingezet.

Hieronder wordt nader ingegaan op het gebruik per verblijfsvorm en daarop verdere toelichting gegeven.

### 4.1 Gebruik Wlz-zorg

Het zorgkantoor Menzis (verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz in de regio Achterhoek) heeft cijfers van het gebruik van Wlz beschikbaar gesteld.

#### 4.1.1 Wlz-zorg totaal

In onderstaande tabel wordt het overzicht gegeven van het zorggebruik van de Wlz Zorgzwaartepakketten in de Achterhoekse gemeenten. Het zorggebruik is uitgedrukt in aantal gedeclareerde dagen. Dit betreft **alle zorg** in de Wet Langdurige zorg, dus zowel thuis (via een VPT of MPT), als in het verpleeghuis. Dit betreft de gecontracteerde aanbieders van het Menzis zorgkantoor in de Achterhoekse gemeenten.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Namelijk Sensire, Stichting Azora en Stichting Marga Klompé

2015		2016		Verschil	
ZZP	Aantal gedeclareerde dagen	ZZP	Aantal gedeclareerde dagen	Totaal	%
1VV	5.191	1VV	4.256	-935	-18%
2VV	32.374	2VV	22.286	-10.088	-31%
3VV	101.623	3VV	67.761	-33.862	-33%
4VV	170.713	4VV	181.187	10.474	6%
5VV	370.071	5VV	384.415	14.344	4%
6VV	154.185	6VV	169.613	15.428	10%
7VV	68.565	7VV	61.752	-6.813	-10%
8VV	13.451	8VV	11.534	-1.917	-14%
9VV	2.728	9VV	3.811	1.083	40%
10VV	179	10VV	232	53	30%
<b>Eindtotaal</b>	<b>919.080</b>	<b>Eindtotaal</b>	<b>906.847</b>	<b>-12.233</b>	<b>-1%</b>

#### Wat is hier zichtbaar?

- Een totale daling van Wlz-zorg tussen 2015 en 2016.
- Een sterke stijging in het gebruik van een ZZP 4, 5 en 6 in 2016 ten opzichte van 2015. Dit betreft intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging (4), beschermd wonen met intensieve dementiezorg (5) en beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging (6).
- Een relatief sterke stijging van de twee meest zware Zorgzwaartepakketten, ZZP9 en ZZP10. Dit betreft herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging en intensieve palliatief-terminale zorg.

#### Hoe is dit verklaarbaar?

- De totale daling van Wlz-zorg is te verklaren door de landelijke afschaffing van de lichte ZZP's (1 tot en met 3). Deze worden namelijk niet meer geïndiceerd.
- Het toegenomen aantal indicaties van zwaardere ZPP's is te verklaren doordat ouderen later, en met een zwaardere zorgvraag, in het verpleeghuis komen. Een enkele oudere zal deze Wlz-zorg thuis ontvangen.
- De toename van de meest zware ZZP's (9 en 10) is een combinatie van de bovenstaande redenen en de toename van de vergrijzing en chronische ziekten; zowel landelijk als in de Achterhoek (zie het hoofdstuk 'Regioscan Achterhoek').

#### 4.1.2 Wlz crisisopnames

Onderstaande tabel geeft weer hoeveel dagen zijn gedeclareerd in de Wlz-crisisregeling (crisis V&V) over 2015 en 2016.<sup>34</sup> Dit is het zogenoemde crisisbed, waarop ouderen tijdelijk

<sup>34</sup> Cijfers beschikbaar gesteld door het zorgkantoor Menzis

opgenomen worden die al een Wlz-indicatie hebben of de verwachting er is dat deze aangevraagd kan worden (indiceerbaar zijn).

Som van Totaal Aantal Perioden			
	2015	2016	Procentueel
Sensire	202	367	82%
Stichting Azora	253	234	-8%
Stichting Zorgcombinatie Marga Klompé	286	266	-7%
<b>Eindtotaal</b>	<b>741</b>	<b>867</b>	<b>17%</b>

#### Wat is hier zichtbaar?

- Het totaal aantal crisisopnames is toegenomen.
- Er is een relatief sterke stijging te zien bij de crisisopnames van de zorgaanbieder Sensire.

#### Hoe is dat verklaarbaar?

- Deze ontwikkeling van de totaalstijging van crisisbedden is te verklaren uit het feit dat ouderen langer thuis wonen. Hierdoor komt het voor dat ouderen naar het verpleeghuis gaan op het moment dat 24-uurs zorg en toezicht nodig is. De achterliggende redenen voor opnames zijn divers. Dit wordt nader in het onderzoek uitgezocht en toegelicht.
- De reden voor de stijging bij Sensire is dat deze aanbieder werkt met een versnelde indicatiestelling van het tijdelijk verblijf. De oudere wordt op een beschikbaar tijdelijk verblijf ondergebracht, en zo spoedig mogelijk wordt bepaald welke vervolgzorg nodig is. Als dit een Wlz (indiceerbare) oudere betreft, wordt dit met terugwerkende kracht onder de crisisregeling gefinancierd. De (zorg)criteria voor de oudere staan centraal, en de bijpassende financiering wordt daarbij gezocht. Bij de andere aanbieders wordt verblijf op een ELV vaak (langer) benut om de vervolgzorg te bepalen.

### 4.1.3 Financiering

Menzis zorgkantoor heeft er op basis van haar beleid voor gekozen om de contracteerruimte voor haar drie zorgkantoorregio's samen te voegen en hanteert het 'geld volgt klant'-principe. Dat wil zeggen dat de declaraties vergoed worden, zolang de contracteerruimte dit toelaat. Indien er uiteindelijk niet voldoende contracteerruimte beschikbaar is dan zal Menzis zorgkantoor, conform haar beleid, bij de herschikkingen een tariefskorting opleggen.<sup>35</sup>

## 4.2 Gebruik Eerstelijnsverblijf

In de onderstaande tabel is zichtbaar hoeveel dagen Eerstelijnsverblijf (ELV) gedeclareerd zijn in 2015 en 2016 (cijfers zorgkantoor Menzis). In deze jaren was het zorgkantoor vanuit een overgangsregeling ook verantwoordelijk voor de uitvoering van het ELV. Vanaf 1 januari 2017

<sup>35</sup>

<https://www.menziszorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/contracteerruimte/contracteerruimte-2017>

ligt deze verantwoordelijkheid bij de zorgverzekeraar. In bijlage 3 is te lezen wat het onderscheid is tussen de vormen van ELV.

2015		2016		Verskil	
Type	Gedeclareerde dagen	Type	Gedeclareerde dagen	Totaal	%
Laag-complex	7.487	Laag-complex	8.464	977	13%
Hoog-complex	8.702	Hoog-complex	11.470	2.768	32%
Palliatief	1.269	Palliatief	1.209	-60	-5%
<b>Eindtotaal</b>	<b>17.458</b>	<b>Eindtotaal</b>	<b>21.143</b>	<b>3.685</b>	<b>21%</b>

#### Wat is hier zichtbaar?

- Het totaal aantal ELV-opnames is toegenomen, met name bij de indicaties Hoog-complex.
- Het aantal indicaties ELV palliatief neemt af.

#### Hoe is dat verklaarbaar?

- Er zijn verschillende factoren waardoor het ELV meer gebruikt wordt. In de praktijk wordt het ELV namelijk o.a. gebruikt als voorportaal voor de Wlz of respijtzorg (bij uitval mantelzorger). Daarnaast is er een grote toestroom vanuit ziekenhuizen op het ELV. Ouderen wonen langer thuis met een zwaardere zorgvraag, maar hebben daar vaak nog geen Wlz-indicatie. Deze ouderen komen op een ELV.
- De gemiddelde ligduur van een cliënt kan erg variëren. Een lange ligduur ontstaat bijvoorbeeld als er nog diagnostiek nader moet worden bepaald.
- Het is niet bekend waarom het aantal Palliatief ELV afgenomen is. Opvallend is dat de afname van 60 dagen bijna volledig terugkomt in de stijging in de Wlz-opnames bij ZZP 10 – de intensieve palliatieve zorg (stijging van 53 dagen).

In de resultaten van het casuonderzoek worden de oorzaken van het ELV-gebruik nader onderzocht en getoetst.

#### 4.2.1 Financiering

In het subsidiejaar 2016 is het landelijke totaalbedrag voor ELV verhoogd. Reden hiervoor was het landelijk stijgende gebruik van ELV. In 2015 bleek dat de begrote subsidie van € 96 miljoen niet toereikend was voor de zorgvraag. Op basis van actuele declaratiegegevens en prognoses is de subsidieregeling verhoogd naar respectievelijk € 183 miljoen in 2015 en € 180 miljoen in 2016.<sup>36</sup> Het bedrag in 2016 is later bijgesteld naar € 230 miljoen. In 2017 is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de financiering van het ELV. In gesprek met Achterhoekse aanbieders blijkt dat ook dit jaar weer een tekort op het ELV verwacht wordt. Signalen geven aan dat het nodig is om kritisch te reflecteren op de toestroom in het verblijf en de ligduur van cliënten. Hier wordt in deze rapportage nader op ingegaan.

<sup>36</sup> Eerstelijns Verblijf (ELV), essentiële schakel in keten van zorg voor kwetsbare ouderen, Significant (in opdracht van het ministerie van VWS), maart 2016

### 4.3 Gebruik respijtzorg

Het tijdelijk verblijf dat onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid valt (Wmo) is respijtzorg (ook wel kortdurend verblijf in de Wmo genoemd). In onderstaande tabel wordt het aantal opnames van respijtzorg in de Achterhoekse gemeenten weergegeven. Dat betreft hier een opname van een oudere in een respijtzorgvoorziening (bijvoorbeeld in een logeershuis). Bij deze cijfers is de voorziening dagbesteding van ouderen niet inbegrepen.

Gemeente	2015	2016	Verskil	
Aalten	geen	1	+ 1	-
Berkelland	Onbekend	Onbekend	Onbekend	-
Bronckhorst	1	3	+ 2	200%
Doetinchem	4	10	+ 6	150%
Montferland	geen	10	+ 10	-
Oost-Gelre	2	4	+ 2	100%
Oude IJsselstreek	Onbekend	Onbekend	Onbekend	-
Winterswijk	Onbekend	2	Onbekend	-

#### Wat is hier zichtbaar?

- Er wordt weinig gebruikgemaakt van respijtzorg.
- Per gemeente verschilt het gebruik van respijtzorg. De gemeenten Doetinchem en Montferland springen er in 2016 uit. De relatief grote stijging zit in de gemeente Bronckhorst, maar dit betreft een stijging van slechts twee respijtopnames.
- Van een aantal gemeenten is het gebruik van respijtzorg onbekend.

#### Hoe is dat verklaarbaar?

- Bij een verzoek voor respijtzorg is er vaak sprake van de noodzaak van 24-uurstoezicht. Dit is een criterium voor de Wlz en daarom wordt vanuit een gemeente geadviseerd om een Wlz-indicatie aan te vragen. Vaak gaan inwoners die verzoeken om respijtzorg door naar de langdurige zorg. Daarmee valt de ondersteuning niet meer onder de Wmo.
- Een nadere verklaring voor het beperkte gebruik van respijtzorg zou kunnen komen door beperkte communicatie van de mogelijkheden vanuit gemeenten. Ook is een mogelijke verklaring dat het voor ouderen (met een zorgvraag) niet altijd makkelijk is de vertrouwde omgeving te verlaten, en voor mantelzorgers om de zorg los te laten. Respijtzorg is dan niet de meest prettige vorm voor mantelzorgondersteuning.



## 5 Uitkomsten casusonderzoek

In dit hoofdstuk staan de uitkomsten van het casusonderzoek. Dat bestaat uit twee delen: ten eerste de patronen die zichtbaar zijn in de onderzochte casussen. Ten tweede de knelpunten die professionals en mantelzorgers ervaren in de ouderenzorg en rondom opnames op een tijdelijk verblijf. Deze knelpunten zijn geordend naar de componenten systeem, samenwerking en mens. In hoofdstuk 6 worden op basis van deze uitkomsten en ervaren knelpunten aanbevelingen gedaan voor een effectievere inrichting van zorg en ondersteuning voor ouderen.

### 5.1 Inleiding

In het casusonderzoek zijn in totaal elf casussen onderzocht (vier Wlz crisisopnames, zeven opnames Eerstelijnsverblijf). Rondom de casus is een (individueel) gesprek gevoerd met de betrokken zorgprofessionals en mantelzorgers. De patronen in het casusonderzoek en de genoemde knelpunten zijn gebaseerd op deze gesprekken. Dit betreft een beperkte steekproef (quicksan). Bevindingen zijn zoveel mogelijk in de gevoerde gesprekken getoetst. Zo is achterhaald wanneer knelpunten breder gedeeld werden door professionals en mantelzorgers die participeerden in het onderzoek.

### 5.2 Patronen uit het casusonderzoek

De patronen die blijken uit het casusonderzoek bieden inzicht voor aanknopingspunten ter verbetering van zorg en ondersteuning voor de oudere thuis.<sup>37</sup> Deze inzichten vormen samen met de bevonden knelpunten input voor de aanbevelingen in hoofdstuk 6.

#### **De casussen betreffen allen ouderen van 75 jaar of ouder**

De casussen betreffen allen ouderen ouder dan 75 jaar (dit was geen selectie criterium). De hoogste leeftijd is 96 jaar, de laagste 75. De meeste ouderen in het onderzoek zijn in de 80 of 90. Dit lijkt het beeld te bevestigen dat ouderen steeds langer thuis wonen.

#### **Oorzaken voor opnames op tijdelijk verblijf zijn een plotselinge val, uitval van de mantelzorger of algehele verslechtering**

Een opname op een tijdelijk verblijf kan één oorzaak hebben of een combinatie zijn van verschillende factoren. De oorzaken van opnames zijn in te delen in:

- Een plotselinge val of aantal vallen kort achter elkaar. In het geval van één casus werd dit veroorzaakt worden door een beroerte. In de andere gevallen betrof de oorzaak beperkte

<sup>37</sup> Ten behoeve van het inzicht in het verloop van de casus is in de verslaglegging gebruikgemaakt van een oorzakenboom van de opname, een tijdslijn van het verloop van de casus, een overzicht van zaken die goed liepen in de casus en welke zaken anders konden, en een samenvatting van de bevindingen van professionals en mantelzorgers. In verband met privacy zijn deze verslagen niet opgenomen in dit rapport. In de bijlage staat ter illustratie een fictief voorbeeld van een casusverslag opgenomen.

mobiliteit van de oudere al dan niet in combinatie met slecht zicht. De val(len) zijn vaak een teken van toenemende kwetsbaarheid van de oudere.

- Uitval van mantelzorger. Dit betreft situaties waar het thuis wonen van de oudere een zorgvraag had of dementie. Thuis wonen ging nog omdat er veel ondersteuning vanuit de mantelzorger (partner of kind) was. Bij wegval door overlijden of overbelasting van de mantelzorger kan de oudere niet zelfstandig thuis wonen omdat er 24-uurs toezicht nodig is. In deze gevallen was een Wlz-indicatie nog niet aangevraagd of net aangevraagd maar nog niet geïndiceerd. En volgde een crisisopname in de Wlz.
- Algehele verslechtering. Dit betreft de casussen waar in korte of langere tijd de situatie van de oudere achteruit gaat. Dat kan veroorzaakt worden door dementie en het daarmee samenhangende beperkte ziekte-inzicht. De oudere is steeds minder in staat voor zichzelf te zorgen. Algehele verslechtering kan ook vrij plotseling veroorzaakt worden door bijvoorbeeld een infectie of longontsteking, al dan niet in combinatie met een delier. Op hoge leeftijd is de impact daarvan op de gezondheid groot.

### **Zes van de elf casussen is via het ziekenhuis op het tijdelijk verblijf gekomen (ELV)**

De meerderheid van de casussen komt via het ziekenhuis op een ELV. De vier crisis- en één ELV-opname zijn vanuit de thuissituatie gebeurd. Deze ELV-opname is aangemeld als crisisopname, echter is omgezet naar ELV omdat diagnostiek niet voldoende duidelijk was. De ELV-opnames zijn met name ingezet vanwege revalidatie van de cliënt. Daarbij was bij een aantal casussen de diagnostiek nog niet helder (nog niet bepaald in de thuissituatie of in het ziekenhuis). Vanuit het ziekenhuis wordt door een transferverpleegkundige doorverwezen naar een tijdelijk verblijf, en niet door de huisarts. Het valt buiten de scope van dit onderzoek om de doorverwijzing vanuit het ziekenhuis te onderzoeken.

### **De casussen hadden met name inzet van medische zorg en ondersteuning in de thuissituatie, relatief weinig vanuit de Wmo**

De meeste casussen hadden ondersteuning in de vorm van wijkverpleging of inzet van een trajectbegeleider dementie. Een enkele casus maakte gebruik van dagbesteding of huishoudelijke hulp. Ondersteuning vanuit de Wmo zoals huishoudelijke hulp werd vaak opgevangen door het netwerk van naasten.

### **De deelnemende praktijken werken veelal (nog) niet met één van de samenwerkingsmodellen in ouderenzorg<sup>38</sup>**

Van de geselecteerde casussen werken drie huisartsenpraktijken met één van de samenwerkingsmodellen van de Achterhoekse gemeenten. Onder dit samenwerkingsmodel ligt een inkoopmodule van Menzis, waar onder andere Multidisciplinaire Overleggen en de inzet van een POH-ouderen in gefinancierd wordt. De andere praktijken werken (nog) niet met één van de modellen; ze zijn er niet mee bekend of gaan binnenkort starten.

### **Het voorkomen van een opname op een tijdelijk verblijf is afhankelijk van verschillende factoren. Een opname kan eventueel voorkomen worden als een oudere goed in beeld is bij zorgprofessionals en er een zorgplan is**

Professionals en mantelzorgers vinden dat wanneer een overgang naar het verpleeghuis voor een oudere nodig is, dit idealiter geleidelijk gebeurt. Een opname op een tijdelijk verblijf is een plotselinge gebeurtenis voor de oudere, en vraagt acuut handelen voor de professional. Het is echter niet eenvoudig om een opname op een tijdelijk verblijf te voorkomen.

<sup>38</sup> Het Functioneel Model kwetsbare ouderen in Oost-Achterhoek of het GZO-model (Geïntegreerde Zorg voor Ouderen) in West-Achterhoek, zie ook paragraaf 3.3.

- Het voorkomen van een opname is mede afhankelijk van de houding van de oudere zelf en de eventueel betrokken partner of mantelzorgers. Uit vijf casussen blijkt dat de oudere zelf (meer inzet van) zorg en ondersteuning niet of moeilijk accepteerde of de mantelzorger graag zelf voor de oudere wilde zorgen. Inzet van (meer) zorg en ondersteuning was in deze casussen meestal meerdere malen besproken, maar werd niet aanvaard door de oudere zelf (drie casussen) of mantelzorger (2 casussen).
- Het tijdsfad waarin de medische ontwikkeling van de oudere plaatsvindt. In het geval van vijf casussen was voor de opname geen of nauwelijks medische aanleiding voor de aanvraag van een Wlz-indicatie. De situatie ontwikkelde zich in korte tijd. In enkele van deze casussen was de Wlz-indicatie recent aangevraagd, maar kwam de oudere door een val via het ELV eerder in het verpleeghuis dan gedacht.

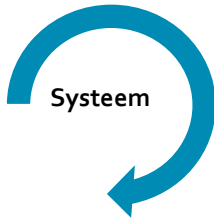
In het geval van vier casussen blijkt dat in ieder geval het handelen van professionals de opname mogelijkwerwijs hadden kunnen voorkomen. Dat handelen is van invloed op het voorkomen van opnames, maar geeft echter nog geen garantie daarvan. Andere factoren die een crisis veroorzaken moeten dan immers niet aanwezig zijn. De inzichten vanuit het casuonderzoek zijn te vatten in twee elementen:

- De oudere is niet tijdig of scherp genoeg in beeld bij de huisarts. Daardoor kwam zorg en ondersteuning aan de late kant, en was de inzet van zorg en ondersteuning thuis niet meer mogelijk.
- Er is geen eenduidige diagnostiek of een tijdige vaststelling daarvan. Dat beïnvloedt het maken van een anticiperend zorgplan voor de inzet van de juiste zorg en ondersteuning. Diagnostiek had bijvoorbeeld vastgesteld kunnen worden door een MMSE-scan of een consult van een specialist ouderengeneeskunde. In het geval van één casus was er verschil van mening over de diagnostiek, en had betere afstemming tussen geriater en psycholoog daarin kunnen helpen.

### 5.3 Ervaren knelpunten door professionals en mantelzorgers

Naast analyse van de casuïstiek is tijdens de gesprekken met professionals in het casuonderzoek uitgevraagd welke knelpunten ervaren worden in het bieden van tijdige en passende zorg en ondersteuning. Hieronder zijn de ervaren knelpunten die blijken uit het casuonderzoek geordend in drie categorieën: **stelsel**, **samenwerking** en **mensen**.

### 5.3.1 Systeem



1. De overgang van zorg vanuit de Zvw naar zorg uit de Wlz is groot. Dit wordt veroorzaakt door een eigen bijdrage van de cliënt en een urenplafond voor inzet van wijkverpleging. Dit belemmert cliënt en professional in tijdige inzet van zorg vanuit de Wlz.
2. De beoordeling van een Wlz-aanvraag door het CIZ duurt zes weken. In de tijd tussen aanvraag van een indicatie en toekenning daarvan kan een crisissituatie ontstaan.
3. De toegang tot Wmo-voorzieningen is in bij elke Achterhoekse gemeente anders ingericht. Dit zorgt er voor dat in sommige gemeenten Wmo-voorzieningen sneller worden ingezet dan in andere gemeenten.
4. Een oudere met een Wlz-indicatie die als doel opname in het verpleeghuis heeft (wenswachtende), kan niet direct voor een reguliere opname terecht. Gedurende deze wachttijd kan een crisis ontstaan.
5. Op piekmomenten is er niet direct een plek voor een tijdelijke opname beschikbaar. De oudere wordt dan bij een andere aanbieder, een aantal dagen later of buiten de regio geplaatst.

#### **1. De overgang van zorg vanuit de Zvw naar zorg uit de Wlz is groot. Dit wordt veroorzaakt door een eigen bijdrage van de cliënt en een urenplafond voor inzet van wijkverpleging. Dit belemmert cliënt en professional in tijdige inzet van zorg vanuit de Wlz.<sup>39</sup>**

Voor zorg vanuit de Wlz heeft een cliënt een indicatie nodig. Deze wordt aangevraagd wanneer het thuis niet meer gaat en zorg in een verpleeghuis of geclusterd wonen noodzakelijk is (24-uurs zorg of toezicht). Voor deze zorg moet de cliënt vanaf het moment van indicatie een eigen bijdrage betalen. De eigen bijdrage is onder andere afhankelijk van inkomen en vermogen.<sup>40</sup> Daarnaast geldt er een maximaal aantal ureninzet voor verpleging en verzorging bij de inzet van Wlz thuis. In deze ureninzet wordt verpleging, maar ook bijvoorbeeld dagbesteding van de cliënt meegerekend. Afhankelijk van het zorgprofiel van de cliënt is hiervoor een maximaal aantal uren beschikbaar. Dit maximum is bij cliënten met veel zorgmomenten per dag lager dan zorg vanuit de Zvw. Het effect van deze combinatie van regelingen is dat de overgang van zorg vanuit de Zvw naar zorg vanuit de Wlz groot is. Hierdoor wordt de indicatie niet altijd tijdig in het ontwikkelende proces van de oudere aangevraagd, maar op het moment dat het in de thuissituatie écht niet meer gaat. Dan is inzet van zorg vanuit de Wlz acuut nodig. Het afgeven van de indicatie kost tijd en in deze tijd kan al een crisissituatie zijn ontstaan.

#### **2. De beoordeling van een Wlz-aanvraag door het CIZ duurt zes weken. In de tijd tussen aanvraag van een indicatie en toekenning daarvan kan een crisissituatie ontstaan.**

<sup>39</sup> De grote overstap naar zorg vanuit de Wlz geldt ook voor overgang van zorg en ondersteuning vanuit de Wmo. Deze bevinding is bekend bij de werkgroep van dit project maar is vanwege de gekozen casuïstiek in dit onderzoek niet hier te staven.

<sup>40</sup> <https://www.hetcak.nl/regelingen/zorg-vanuit-de-wlz>

Bij ouderen kan in korte tijd veel veranderen op het gebied van hun gezondheid. Waar een maand voor een opname op een tijdelijk verblijf een oudere nog zelfstandig thuis kon wonen, kan door een val met blijvende complicaties de zelfredzaamheid sterk verminderen (zoals blijkt uit het casusonderzoek). Als er door professionals een Wlz-aanvraag gedaan wordt (voor zorg en ondersteuning thuis of in het verpleeghuis), heeft het CIZ zes weken om deze te beoordelen. In deze zes weken kan er onverwacht een voorval plaatsvinden waardoor de crisis sneller is dan de Wlz-indicatie.

**3. De toegang tot Wmo-voorzieningen is in elke Achterhoekse gemeente anders ingericht. Dit zorgt er voor dat in sommige gemeenten Wmo-voorzieningen sneller worden ingezet dan in andere gemeenten.**

De Achterhoekse gemeenten verschillen onderling in de toegang tot Wmo-voorzieningen en de prioriteit die gegeven wordt aan een senior-vriendelijke gemeente. Tijdige inzet Wmo-voorzieningen vanuit de gemeente zijn van groot belang, zoals bijvoorbeeld dagbesteding, woningaanpassingen en mantelzorgondersteuning. Bij de aanvraag van bijvoorbeeld dagbesteding is dat vaak snel nodig om de oudere of mantelzorger de juiste ondersteuning te bieden. Zorgprofessionals ervaren deze aanvraag echter in een aantal gemeenten als traag of moeizaam. Een aanvraag met een goed onderbouwde motivatie van de trajectbegeleider dementie of zwaarwegend advies van sociale werkers wordt getoetst met een keukentafelgesprek. Het kan voorkomen dat deze verzoeken afgewezen worden. Samen met de procedurele afhandeling binnen de gemeente zorgt dit voor vertraging in de inzet van Wmo-voorzieningen. Als een oudere al bekend is bij de gemeenten, kan beoordeeld worden of een snellere werkwijze mogelijk is.

**4. Een oudere met een Wlz-indicatie die als doel opname in het verpleeghuis heeft (wenswachtende), kan niet direct voor een reguliere opname terecht. Gedurende deze wachttijd kan een crisis ontstaan.**

Een oudere kan na aanvraag van een Wlz-indicatie met als doel opname in het verpleeghuis, niet direct op een reguliere plek terecht. De gemiddelde wachttijd is in de ervaring van professionals drie tot zes maanden. Ouderen aangemeld voor een crisisopname of ELV hebben voorrang vanwege de urgentie. Verpleeghuizen proberen opnames voor tijdelijk verblijf en reguliere met elkaar af te wisselen. Gedurende de wachttijd op een plek in het verpleeghuis kan de situatie van de oudere verslechteren en een crisissituatie ontstaan.

**5. Op piekmomenten is er niet direct een plek voor een tijdelijke opname beschikbaar. De oudere wordt dan bij een andere aanbieder, een aantal dagen later of buiten de regio geplaatst.**

Professionals en cliëntadviseurs geven aan dat de directe beschikbaarheid bij de aanbieders van tijdelijk verblijf verschilt. Uit het casusonderzoek blijkt geen structureel tekort aan ELV- of crisisverblijf. De beelden daarover zijn wisselend: een tijdelijk verblijf is af en toe een korte periode leeg, terwijl de beschikbare verblijven ook binnen een week gevuld kunnen zijn. Opnames laten zich immers niet plannen. Toename van opnames worden met name gezien in het ELV. Ouderen worden vooral vanuit het ziekenhuis geplaatst. Ook kan een volle geriatrie revalidatieafdeling leiden tot meer inzet van ELV-bedden. Deze ontwikkelingen leveren een druk op de bezetting van de bedden. Als er niet direct een plaats beschikbaar is wordt de periode overbrugd met zorg en ondersteuning thuis of een oudere wordt buiten de regio geplaatst. Dit is met name voor een oudere op een crisisverblijf vervelend, omdat deze maximale bezettingstijd twee weken is.<sup>41</sup> De oudere moet dan voor twee weken verhuizen, wat

<sup>41</sup> In uitzonderlijke gevallen kan een crisisopname maximaal één keer verlengd worden.

al een ingrijpende gebeurtenis is. Tijdens een ELV is er meer tijd om een beschikbare vervolgplek te zoeken. Dit kan echter ook een langere ligduur tot gevolg hebben.

### 5.3.2 Samenwerking



1. Een oudere met een zorgvraag is niet altijd tijdig in beeld bij de huisartsenpraktijk. Hierdoor kan minder goed geanticipeerd worden op een toenemende zorgbehoefte en de bijpassende zorg.
2. Er is bij de opname op het tijdelijk verblijf niet altijd een duidelijke diagnose en anticiperend zorgplan. Dit wordt tijdens een tijdelijk verblijf (ELV) bepaald en heeft een langere ligduur tot gevolg.
3. Ondanks inzet van cliëntadviseurs bij aanbieders bellen artsen of wijkverpleegkundigen vaak zelf naar diverse verpleeghuizen of er een plek beschikbaar is. Dit is dubbel werk en tijdrovend.
4. Voor zorgprofessionals is het onderscheid tussen de verschillende vormen van tijdelijk verblijf niet altijd eenduidig. Dit bemoeilijkt doorverwijzing naar de juiste vorm.
5. Inzet van vrijwilligers in de thuissituatie, onder andere ter ontlasting van de mantelzorger, wordt regelmatig ingezet. Dit betreft echter maatwerk.
6. Er is bij een aantal zorgaanbieders een tekort aan inzet van (HBO-geschoolde) wijkverpleging. Het is daardoor niet eenvoudig de gevraagde zorg en ondersteuning thuis te bieden.

#### **1. De oudere is niet altijd tijdig in beeld bij de huisartsenpraktijk. Hierdoor kan minder goed geanticipeerd worden op een toenemende zorgbehoefte en de bijpassende zorg.**

In het anticiperen op een komende zorgvraag of zelfs crisissituatie, is het van belang dat huisartsen ouderen al in beeld hebben. Huisartsen zijn immers verwijzers voor een ELV of crisisopname en moeten de situatie op dat moment kunnen beoordelen. Een tijdig en goed beeld van de thuissituatie is daarom belangrijk. De oudere is echter niet altijd goed in beeld bij huisartsenpraktijken, bijvoorbeeld omdat er niet eerder een zorgvraag is geweest. Ook kan het geval zijn dat het wel bekend is dat een oudere kwetsbaar is, maar de tijd ontbreekt om (regelmatig) langs te gaan. Hierdoor ontstaat een reactieve reactie op actuele zorgvragen. Een proactieve en gestructureerde invulling van ouderenzorg helpt te anticiperen op de toekomstige zorgbehoefte. Bijvoorbeeld door aanvulling van zorg en ondersteuning thuis, vaststellen van een diagnose of de aanvraag van een Wlz-indicatie. Bovendien kan er dan, als er zich een acute situatie voordoet, sneller geschakeld worden tussen professionals en het verpleeghuis. Een opname op een tijdelijk verblijf verloopt dan soepeler.

**2. Er is bij de opname op het tijdelijk verblijf niet altijd een duidelijke diagnose en anticiperend zorgplan. Dit wordt tijdens een tijdelijk verblijf (ELV) bepaald en heeft een langere ligduur tot gevolg.**

Huisartsen kunnen een specialist ouderenzorg inschakelen voor specifieke diagnoses op cognitief en somatisch vlak (bijvoorbeeld voor dementie). Soms is er wel vermoeden bij een huisarts van bepaalde aandoeningen, maar staat dit nog niet officieel geregistreerd. De bepaling van tijdige diagnostiek hangt bij een aantal praktijken samen met de keuze voor gestructureerde en proactieve ouderenzorg. Vanuit die samenwerking is vaak wel intensief contact met de specialist ouderengeneeskunde en besproken in een multidisciplinair overleg (MDO). In dat geval kan vooraf of tijdens een ELV-opname vrij vlot bepaald worden welke vervolgzorg nodig is. Als deze diagnostiek niet helder is, kan een oudere langduriger op een ELV verblijven omdat voor juiste diagnose tijd en observatie nodig is. Dat bevordert niet de doorstroom (en daarmee ook kosten) van het ELV.

**3. Ondanks inzet van cliëntadviseurs bij aanbieders bellen artsen of wijkverpleegkundigen vaak zelf naar diverse verpleeghuizen of er een plek beschikbaar is. Dit is dubbel werk en tijdrovend.**

Bij aanmelding van een tijdelijk verblijf nemen cliëntadviseurs de aanvraag in behandeling. De cliëntadviseurs zijn het intermediair tussen de beschikbare plekken bij de aanbieder en de plaatsing van de oudere. Als er bij de eigen aanbieder geen plaats is, bellen cliëntadviseurs naar andere aanbieders (al dan niet buiten de regio) voor een beschikbare plek. Er zijn drie aanbieders in de regio: Stichting Marga Klompé (hebben plekken voor tijdelijk verblijf voor de gemeenten Winterswijk, Berkelland, Aalten en Oost Gelre), en de gemeenschappelijke crisisdienst van Sensire en Azora (hebben plekken voor tijdelijk verblijf voor de gemeenten Doetinchem, Montferland, Oude IJsselstreek en Bronckhorst en de plaats Dinxperlo). Sensire en Azora hebben afwisselend crisisdienst in hun regio (1<sup>e</sup> helft van de maand Azora, 2<sup>e</sup> helft van de maand Sensire). Als plaatsing niet direct bij de gebelde aanbieder kan, kost het tijd om een beschikbaar plekje te vinden. Soms worden artsen doorverwezen naar dienstdoende aanbieders, maar vaak bellen wijkverpleegkundigen, praktijken of familie zelf alvast rond naar beschikbare plekken. Dit is dubbel werk en kost tijd.

**4. Voor zorgprofessionals is het onderscheid tussen de verschillende vormen van tijdelijk verblijf niet altijd eenduidig. Dit bemoeilijkt doorverwijzing naar de juiste vorm.**

Voor een opname op een tijdelijk verblijf zijn verschillende mogelijkheden.<sup>42</sup> Het is voor zorgprofessionals, met name huisartsen, niet altijd duidelijk wat het onderscheid en aansprakelijkheid van deze vormen van tijdelijk verblijf is. Het verwijzen en overzicht van de mogelijkheden is immers maar een klein deel van de dagelijkse taken van een huisarts. De juiste inschatting heeft ook te maken met de benodigde vervolgzorg voor de oudere. Is terugkeer naar huis mogelijk en wat zijn hersteldoelen tijdens het verblijf? Deze beoordeling is voor een cliëntadviseur of specialist ouderengeneeskunde in het verpleeghuis ook niet altijd eenduidig. Daarvoor is het namelijk van belang dat in de eerstelijns de oudere goed in beeld is bij zorgprofessionals en een zorgplan is waarvan tijdige diagnostiek en mogelijkheden voor vervolgzorg onderdeel zijn. Dan kan snel en adequaat de juiste inschatting gemaakt worden. Daarnaast helpt het dat doorverwijzers goed op de hoogte zijn over de verschillende vormen van tijdelijk verblijf.

<sup>42</sup> Zie ook pagina 5 en bijlage 3.

### **5. Inzet van vrijwilligers in de thuissituatie, onder andere ter ontlasting van de mantelzorg, wordt regelmatig ingezet. Dit betreft echter maatwerk.**

De inzet van vrijwilligers in de thuissituatie ter ondersteuning van de oudere wordt door professionals of naasten ingeschakeld. Het blijft echter lastig om daarin maatwerk te bieden. Ouderen ervaren het niet altijd als prettig om meerdere mensen voor zorg en ondersteuning over de vloer te krijgen. Daarnaast is het belangrijk dat er een klik is tussen de oudere en de vrijwilliger. Inzet in de vorm van een buddy helpt bijvoorbeeld om structurele ondersteuning te bieden. Het is niet altijd makkelijk om geschikte en genoeg vrijwilligers te vinden (bijvoorbeeld in het omgaan met ouderen met dementie). Er zijn diverse organisaties en initiatieven in de Achterhoekse gemeenten, zowel op lokaal als regionaal niveau georganiseerd. Deze organisaties dragen bij aan inzet van vrijwilligers en ondersteuning van mantelzorgers. Voor deze mogelijkheden en verschillende vormen van inzet is het van belang dat de professionals uit medisch en sociaal domein de mogelijkheden in de gemeente of regio goed in beeld heeft. Proactief handelen van bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen en sociale teams is belangrijk; deze staan immers dichtbij de oudere en kennen de behoefte. Zo kan ondersteuning dichtbij de oudere georganiseerd worden.

### **6. Er is bij een aantal zorgaanbieders een tekort aan inzet van (HBO-geschoolde) wijkverpleging. Het is daardoor niet eenvoudig de gevraagde zorg en ondersteuning thuis te bieden.**

Een aantal aanbieders geeft aan dat er een tekort is aan wijkverpleging. Het is lastig om vacatures voor (HBO-geschoolde) wijkverpleegkundigen te vullen. In een aantal gevallen worden daardoor nieuwe cliënten verwezen naar andere aanbieders. Ook betekent een krappe bezetting dat het een uitdaging is om ouderen met een zware zorgvraag thuiszorg te kunnen bieden. In de teams wordt dit zoveel mogelijk onderling opgelost. Gegeven de ontwikkeling dat ouderen steeds langer thuis wonen is het tekort bij zorgaanbieders echter een groot (landelijk) aandachtspunt.

## **5.3.3 Mensen**



1. Het is niet voor iedere oudere eenvoudig zorg en ondersteuning te accepteren. Dat wordt veroorzaakt door een ziektebeeld of angst voor het veranderen van de vertrouwde situatie. Het vraagt tijd, aandacht en vaardigheden om het gesprek over zorg en ondersteuning te voeren.
2. Het bieden van zorg aan ouderen met dementie is een specialisme dat bepaalde vaardigheden vraagt. Extra ondersteuning hiervoor wordt niet altijd tijdig ingezet.
3. Mantelzorgers willen heel graag voor hun naaste zorgen. De zorg voor de naaste wordt centraal gesteld. Daardoor raken zij overbelast.
4. Ouderen wonen langer thuis. Ouderen denken niet altijd vooruit over wat de vervolgstap is als het thuis niet meer gaat.
5. De zorg voor ouderen is intensiever en tijdrovender geworden.



**1. Het is niet voor iedere oudere eenvoudig zorg en ondersteuning te accepteren. Dat wordt veroorzaakt door een ziektebeeld of angst voor het veranderen van de vertrouwde situatie. Het vraagt tijd, aandacht en vaardigheden om het gesprek over zorg en ondersteuning te voeren.**

Het merendeel van de onderzochte casussen betrof een oudere die het moeilijk vond om ondersteuning en verzorging te ontvangen. Dat komt onder andere door de angst voor verandering van de vertrouwde thuissituatie. Accepteren dat het thuis niet meer gaat is voor de oudere vaak een rouwproces waar aandacht voor nodig is. Ook met name ouderen met dementie hebben zorgmijdend gedrag. Onderdeel van het ziekteproces is beperkt inzicht in de eigen situatie. Dat betekent dat er tijd en aandacht nodig is voor het opbouwen van vertrouwen en gesprekstechnieken om de oudere te benaderen. Deze brede benadering is er niet altijd bij huisartsen en wijkverpleging. Specialisten ouderengeneeskunde en trajectbegeleiders dementie zijn vanuit hun rol meer getraind in het voeren van dergelijke gesprekken. Bij een oudere met zorgmijdend gedrag kan het helpen om eerder één van deze professionals in te zetten. Dat kan ingangen geven om zorg en ondersteuning bespreekbaar te maken. Betrekken van mantelzorgers bij de inzet van zorg is belangrijk, omdat zij een schakel tussen de inzet van zorg en de oudere kunnen vormen. Zij hebben immers al een vertrouwensband met de oudere.

**2. Het bieden van zorg aan ouderen met dementie is een specialisme dat bepaalde vaardigheden vraagt. Extra ondersteuning hiervoor wordt niet altijd tijdig ingezet.**

Het opbouwen van vertrouwen bij ouderen met dementie kost veel tijd en vraagt bepaalde vaardigheden. Daarbij is het van belang dat de oudere tijdig in beeld is bij zorgprofessionals, om een passend zorgplan te maken. Een trajectbegeleider dementie is toegerust op ondersteuning aan ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Dat gaat om gesprekstechnieken, ondersteuning van de mantelzorger en inrichten van structuur. Bijvoorbeeld voor het voeren van gesprekken over aanvullende zorg en ondersteuning, of benadering bij gecompliceerd gedrag. Deze kennis en expertise is niet altijd aanwezig bij wijkverpleging. In een aantal gevallen is er wel een specialist binnen de zorgorganisatie waar verpleegkundigen advies aan kunnen vragen. Niet altijd wordt deze expertise of inzet van een trajectbegeleider tijdig ingeschakeld.

**3. Mantelzorgers willen heel graag voor hun naaste zorgen. De zorg voor de naaste wordt centraal gesteld. Daardoor raken zij overbelast.**

Vanuit betrokkenheid zorgen mantelzorgers graag zelf voor hun naasten. Dit wordt in de regio ervaren als een verantwoordelijkheid die vanzelfsprekend is. Vanwege deze vanzelfsprekendheid herkennen naasten zich niet altijd in de benaming mantelzorger. De ondersteuning van een zoon, dochter of echtgenoot biedt echter vaak de nodige structuur, hulp en ondersteuning om thuis te kunnen blijven wonen. De mantelzorger voelt vaak een persoonlijk falen als thuis wonen niet meer gaat. Daarom wordt zo lang mogelijk geprobeerd om zorg zelf te bieden, tot het niet meer gaat voor de oudere of mantelzorger zelf. Daarmee overschrijden mantelzorgers hun eigen grenzen, vaak zonder dat ze het zelf doorhebben. Als de oudere (al dan niet tijdelijk) in het verpleeghuis verblijft, wordt ervaren hoe zwaar de zorg is geweest. Als in situaties waar veel mantelzorgondersteuning is deze wegvalt (al dan niet door overbelasting), kan er een crisissituatie ontstaan. In dergelijke gevallen helpt het als de oudere al goed in beeld is bij professionals, zodat snel geacteerd kan worden als zo'n situatie zich voordoet. Daarnaast is het van belang dat mantelzorgers goed ondersteund worden omdat zij een cruciale rol hebben in de zorg en ondersteuning voor de oudere.

#### **4. Veel ouderen wonen langer thuis. Ouderen denken niet altijd vooruit over de vervolgstappen als het thuis niet meer gaat.**

Ouderen wonen graag zo lang mogelijk in hun eigen, vertrouwde omgeving. Het is voor ouderen heel ingrijpend om van omgeving te veranderen en zelfstandigheid los te moeten laten. Echter, deze wens kan er ook toe leiden dat ouderen lang thuis wonen zonder bewustwording over een mogelijke vervolgstap. Het vraagstuk wordt als minder urgent ervaren als er nog geen (zware) zorgvraag is. Bij beginnende zorgvragen bij ouderen met kinderen hebben deze vaak een signalerende rol. Voor ouderen met geen of een beperkt sociaal netwerk kan dit anders liggen. Het hoort bij de verantwoordelijkheid van gemeenten om preventief bij te dragen aan het creëren van bewustwording over de thuissituatie en het anticiperen op eventuele vervolgstappen. Een proactief preventiebeleid hoort daarbij, met daarin communicatie over de ondersteuningsmogelijkheden die gemeenten (in de toekomst) kunnen bieden. Zo wordt de oudere ook op de eigen verantwoordelijkheid aangesproken om bewust te zijn van eventuele toekomstige zorgvragen.

#### **5. De zorg voor ouderen is intensiever en tijdrovender geworden.**

Professionals zien een ontwikkeling waarbij de zorg voor ouderen in toenemende mate in de eerste lijn uitgevoerd wordt. Ouderen gaan op hogere leeftijd en met een zwaardere zorgvraag naar het verpleeghuis. Dat betekent dat er meer ouderen met complexere zorgvragen thuis wonen. Daarbij wonen kinderen steeds vaker op afstand, waardoor ondersteuning uit het netwerk minder dichtbij is georganiseerd. Dat vraagt meer inzet van professionals in de thuissituatie. Daarnaast is het landelijk beleid dat ouderen langer thuis blijven wonen. Tussenvoorzieningen zoals een verzorgingshuis verdwijnen. Deze combinatie van factoren vraagt van professionals in de eerste lijn een toenemende tijdsinzet om de ouderenzorg goed vorm te geven. Beschikbaarheid van voldoende professionals en (financiële) randvoorwaarden om dit goed te doen is daarom van belang.

## 6 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk staan de aanbevelingen. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de uitkomsten van het casusonderzoek en de knelpunten die professionals en mantelzorgers in de ouderenzorg ervaren. Deze aanbevelingen geven antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek:

**Hoe kan de zorg en ondersteuning voor ouderen zo ingericht worden, dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en in het geval van een tijdelijke opname de juiste zorg geboden wordt?**

Het hoofdstuk start met een overzicht van oplossingsrichtingen per knelpunt, zoals deze beschreven zijn in hoofdstuk 5. Welk type oplossing kan bijdragen aan het oplossen van het knelpunt? Hier wordt weer de indeling systeem, samenwerking en mens gehanteerd. De oplossingen zijn kort en bondig geformuleerd. Daarna volgt het afwegingskader welke oplossingsrichting het meest toepasbaar is in de praktijk (quick win). Met welke concrete oplossingen kunnen aanbieders, partijen in de regio, zorgverzekeraar Menzis en de Achterhoekse gemeenten aan de slag? Deze oplossingen worden nader uitgewerkt in de laatste paragraaf.

### 6.1 Oplossingsrichtingen per knelpunt

In de tabellen hieronder wordt per knelpunt in het vorige hoofdstuk een oplossingsrichting beschreven. Achter de oplossingsrichting wordt aangegeven welke partij een rol heeft hierin. Op basis van deze oplossingsrichtingen worden daaronder aanbevelingen geformuleerd.

### 6.1.1 Categorie: systeem

Knelpunt	Oplossingsrichting
<p>1. De overgang van zorg vanuit de Zvw naar zorg uit de Wlz is groot. Dit wordt veroorzaakt door een eigen bijdrage van de cliënt en een urenplafond voor inzet van wijkverpleging. Dit belemmert cliënt en professional in tijdige inzet van zorg vanuit de Wlz.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aanpassing van het urenplafond van wijkverpleging door inzet van zorg (Rijk).</li> <li>2. Verlagen van de eigen bijdrage van de cliënt in de Wlz (Rijk).</li> <li>3. Goede toeleiding naar de juiste vervolgzorg. Dat betekent een goede aansluiting van financiering van zorg via een persoonsvolgend systeem (Wlz) en de toeleiders van deze zorg, door uit te gaan van verheldering van de zorgvraag en behoefte van de oudere (zorgaanbieders en professionals, zorgkantoor, cliëntorganisaties, sociaal domein en zorgverzekeraar).<sup>43</sup></li> </ol>
<p>2. De beoordeling van een Wlz-aanvraag door het CIZ duurt zes weken. In de tijd tussen aanvraag van een indicatie en toekenning daarvan kan een crisissituatie ontstaan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mandatering van het CIZ aan zorgconsulenten van de regionale aanbieders (zorginstellingen in samenwerking met zorgverzekeraar en CIZ).<sup>44</sup></li> <li>5. Aanpassing van beoordelingstermijn CIZ (CIZ).</li> </ol>
<p>3. De toegang tot Wmo-voorzieningen is in bij elke Achterhoekse gemeente anders ingericht. Dit zorgt er voor dat in sommige gemeenten Wmo-voorzieningen sneller worden ingezet dan in andere gemeenten.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Oudere vroegtijdig in beeld bij de gemeenten door middel van screening en casefinding.</li> <li>7. Vereenvoudigen Wmo-procedures en daarmee de beoordelingstermijn van inzet van Wmo-zorg. Goede afstemming tussen aanvrager Wmo (bijvoorbeeld wijkverpleging en traject begeleiders) en de beoordeling vanuit de gemeente om afwijzing of dubbele beoordeling van de situatie te voorkomen hoor daarbij. Een gezamenlijke kijk van de professionals uit medisch en sociaal domein: wat heeft de oudere of mantelzorger in de thuish situatie nodig (gemeenten in samenwerking met zorgprofessionals).</li> <li>8. Indicatie van gemeenten of er voldoende personele bezetting is om de Wmo-aanvragen vlot af te handelen (gemeenten).</li> </ol>

<sup>43</sup> Het zorgkantoor Menzis pas een persoonsvolgende financiering toe. Om een goede aansluiting te maken tussen de zorgbehoefte van de oudere en een onderbouwde keuze voor vervolgzorg, is een goede schakeling tussen het voorliggende domein en de toeleiders naar deze zorg nodig. Op dit gebied zijn al een aantal experimenten gaande, zie: <https://www.persoonsvolgendezorg.nl/>

<sup>44</sup> Zoals de aanbieder Sensire in gezamenlijkheid met Azora en Careaz al in praktijk brengt. Zie: <https://www.waardigheidentrots.nl/deelnemers/sensire/verkorte-indicatieprocedure-eerstelijnsverblijf/>

<p>4. Een oudere met een Wlz-indicatie die als doel opname in het verpleeghuis heeft (wenswachtende), kan niet direct voor een reguliere opname terecht. Gedurende deze wachttijd kan een crisis ontstaan.</p>	<p>9. Voldoende inkoop van verpleeghuisbedden om wenswachtenden tijdig op te nemen (zorgkantoor in samenwerking met zorginstellingen).</p> <p>10. Samenhangend met bovenstaande: indien nodig verhoging van landelijke middelen voor verpleeghuiszorg (Rijk).</p>
<p>5. Op piekmomenten is er niet direct een plek voor een tijdelijke opname beschikbaar. De oudere wordt dan bij een andere aanbieder, een aantal dagen later of buiten de regio geplaatst.</p>	<p>11. Voldoende inkoop Wlz (crisisbedden). Dit is in samenhang met aanbeveling nummer 3.</p> <p>12. Voldoende inkoop van ELV (zorgverzekeraar). Dit is in samenhang met aanbeveling nummer 3.</p> <p>13. Doorstroom van ELV bevorderen zodat deze niet onnodig lang bezet worden, bijvoorbeeld door mandatering van zorgaanbieders voor indicatiestelling – zie ook aanbeveling 4 (zorginstelling in samenwerking met zorgverzekeraar en CIZ).</p> <p>14. Goede afspraken tussen zorginstellingen, ziekenhuizen in de regio en de zorgverzekeraar over de verwijzing naar tijdelijk verblijf (ziekenhuizen, zorginstellingen, zorgverzekeraar en zorgkantoor).</p>

### 6.1.2 Categorie: samenwerking

Knelpunt	Categorie: samenwerking
<p>1. Een oudere met een zorgvraag is niet altijd tijdig in beeld bij de huisartsenpraktijk. Hierdoor kan minder goed geanticipeerd worden op een toenemende zorgbehoefte en de bijpassende zorg.</p>	<p>15. Het tijdig opsporen van (potentieel) kwetsbare ouderen: casefinding. Vervolgens proactief beleid rondom de oudere (huisartsenpraktijk in samenwerking met zorgprofessionals en sociaal domein).</p> <p>16. Inzet van screening. Als de oudere in beeld is, signalen van kwetsbaarheid of factoren van invloed op gezondheid nader in beeld te brengen (huisartsenpraktijk in samenwerking met sociaal domein, thuiszorg en specialisten in verpleeghuis of ziekenhuis).</p> <p>17. Goede samenwerking en communicatie ten behoeve van preventie tussen huisartsenpraktijken, zorgprofessionals in de wijk en het sociaal domein. Een oudere is soms al wel in beeld bij de gemeente (gemeenten, huisartsenpraktijken, zorgprofessionals).</p>

<p>2. Er is bij de opname op het tijdelijk verblijf niet altijd een duidelijke diagnose en anticiperend zorgplan. Dit wordt tijdens een tijdelijk verblijf (ELV) bepaald en heeft een langere ligduur tot gevolg.</p>	<p><b>18. Tijdige diagnostiek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Door tijdige inzet van een specialist ouderengeneeskunde in thuissituatie (huisartsenpraktijk, specialisten ouderengeneeskunde).</li> <li>- Tijdige inzet screening door geriatrie of psychologie (huisartsenpraktijk in samenwerking met tweedelijns specialisten).</li> <li>- Tijdige inzet MMSE of andere vormen van diagnostiekstelling (huisartsenpraktijk).</li> </ul> <p><b>19. Inzet van een anticiperend zorgplan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oudere tijdig in beeld bij sociaal en/of medisch domein (gemeenten).</li> <li>- Regievoering door één persoon: casemanagement (zorgprofessionals in samenwerking met sociaal domein).</li> <li>- Organiseren van een MDO (zorgprofessionals in medisch, sociaal domein en apotheek).</li> <li>- Tijdige inzet van zorg en ondersteuning bij ouderen met dementie - bijvoorbeeld door inzet trajectbegeleider dementie (professionals uit medisch en sociaal domein).</li> </ul>
<p>3. Ondanks inzet van cliëntadviseurs bij aanbieders bellen artsen of wijkverpleegkundigen vaak zelf naar diverse verpleeghuizen of er een plek beschikbaar is. Dit is dubbel werk en tijdrovend.</p>	<p><b>20. Heldere en overzichtelijke instroomprocedure voor het tijdelijk verblijf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nader inzicht in verloop van aanmeldingen in de regio en de oorzaken voor het dubbele werk (zorgverzekeraar).</li> <li>- Toegankelijke cliëntinstroom door goede schakeling tussen cliëntadviseurs, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde (zorginstellingen en zorgprofessionals in samenwerking met zorgverzekeraar en zorgkantoor).</li> <li>- Overzichtelijke procedure én communicatie voor aanmelding en verantwoordelijkheden bij opname op een tijdelijk verblijf (zorginstellingen en zorgprofessionals in samenwerking met zorgverzekeraar en zorgkantoor).</li> </ul>
<p>4. Voor zorgprofessionals is het onderscheid tussen de verschillende vormen van tijdelijk verblijf niet altijd eenduidig. Dit bemoeilijkt doorverwijzing naar de juiste vorm.</p>	<p><b>21. Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en andere zorgprofessionals bekend maken met de verschillende vormen en aansprakelijkheid van tijdelijk verblijf (zorgverzekeraar, zorgkantoor en zorginstellingen).</b></p>

<p>5. Inzet van vrijwilligers in de thuissituatie, onder andere ter ontlasting van de mantelzorger, wordt regelmatig ingezet. Dit betreft echter maatwerk.</p>	<p>22. Inzet op vrijwilligerswerk en buddyprojecten (gemeenten).</p> <p>23. Duidelijke communicatie van gemeenten over de mogelijkheden voor inzet van vrijwilligers (gemeenten).</p> <p>24. Toerusten van (zorg)professionals om aandacht te hebben voor inzet van deze vorm van mantelzorgondersteuning en de route daar naartoe makkelijker te vinden (zorgaanbieders, gemeenten in samenwerking met zorgverzekeraar).</p>
<p>6. Er is bij een aantal zorgaanbieders een tekort aan inzet van (HBO-gevoerde) wijkverpleging. Het is daardoor niet eenvoudig de gevraagde zorg en ondersteuning thuis te bieden.</p>	<p>25. <b>Inzet op tekort wijkverpleging:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Inzet op opleiding van verpleegkundigen (landelijk onderwijsbeleid).</li><li>- Landelijke investering in wijkverpleging - bijvoorbeeld salarisverhoging (Rijk).</li><li>- Aandacht voor tekorten en investering in imago wijkverpleging (beroeps- en brancheverenigingen).</li></ul>

### 6.1.3 Categorie: mens

Knelpunt	Categorie: mens
<p>1. Het is niet voor iedere oudere eenvoudig zorg en ondersteuning te accepteren. Dat wordt veroorzaakt door een ziektebeeld of angst voor het veranderen van de vertrouwde situatie. Het vraagt tijd, aandacht en vaardigheden om het gesprek over zorg en ondersteuning te voeren.</p>	<p>26. Bieden van zorg en ondersteuning voor zorgmijdende ouderen, bijvoorbeeld door inzet van bemoeizorg en inzet vanuit middelen voor oGGZ (zorgprofessionals in samenwerking met inzet sociaal domein).</p> <p>27. Oudere tijdig in beeld bij gemeenten en zorgprofessionals door een goede schakeling tussen medisch en sociaal domein voor de inzet van juiste zorg (gemeenten en zorgprofessionals).</p> <p>28. Scholing van wijkverpleging in het herkennen van het verschil tussen eigen regie en zorgmijdend gedrag (zorgaanbieders).</p> <p>29. Inzet van een MDO voor gezamenlijk focus op de problematiek en mogelijkheid tot inzet van bemoeizorg (zorgprofessionals in samenwerking met sociaal domein)</p> <p>30. Inzet van casemanagement van de oudere. Dit kan afgestemd worden in een MDO. Daar kan ook bepaald worden wie het gesprek aangaat over benodigde zorg en ondersteuning (zorgprofessionals in samenwerking met sociaal domein).</p> <p><b>31. Tijdige inzet specialist ouderengeneeskunde (SOG) of trajectbegeleiding:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inzet van specialist ouderengeneeskunde of trajectbegeleider dementie voor motiverende gespreksmethodieken om zo ingang voor zorg en ondersteuning te vinden (specialisten ouderengeneeskunde, trajectbegeleiders en huisartsenpraktijken).</li> <li>- In samenhang met bovenstaande: lerende dialogen tussen specialist ouderengeneeskunde of trajectbegeleider dementie voor huisartsen en wijkverpleegkundigen (specialisten ouderengeneeskunde, trajectbegeleiders, huisartsenpraktijken en wijkverpleging).</li> </ul>
<p>2. Het bieden van zorg aan ouderen met dementie is een specialisme dat bepaalde vaardigheden vraagt. Extra ondersteuning hiervoor wordt niet altijd tijdig ingezet.</p>	<p>32. Toerusting van wijkverpleging, huisartsen en professionals in het wijkteam op tijdige inzet van dementieondersteuning (zorgaanbieders, trajectbegeleiders dementie in samenwerking met huisartsen, wijkverpleging en sociaal domein).</p> <p>33. Bekend maken met de mogelijkheden voor inzet van dementieondersteuning (zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en gemeenten)</p>



<p>3. Mantelzorgers willen heel graag voor hun naaste zorgen. De zorg voor de naaste wordt centraal gesteld. Daardoor raken zij overbelast.</p>	<p>34. Duidelijke communicatie over de bestaande vormen van ondersteuning dichtbij de oudere en de naaste (gemeenten).</p> <p>35. Proactieve inzet van mantelzorgondersteuning dichtbij de oudere door professionals in de wijk (professionals in samenwerking met zorgaanbieders en sociaal domein).</p> <p>36. Toerusting van professionals in de wijk op het tijdig inschakelen van expertise over mantelzorgondersteuning - via een bijvoorbeeld organisatie als VIT of een trajectbegeleider dementie (zorgaanbieders en gemeenten in samenwerking met professionals uit medisch en sociaal domein).</p> <p>37. Inzet op vormen van zorg en ondersteuning die herkenbaar zijn voor de mantelzorger en hen als naaste aanspreken en niet als zorgverlener (de aanbieders van ondersteuning in samenwerking met gemeenten).</p>
<p>4. Ouderen wonen langer thuis. Ouderen denken niet altijd vooruit over wat de vervolgstap is als het thuis niet meer gaat.</p>	<p>38. Toerusting van wijkverpleging, huisartsen en professionals in het wijkteam op gesprekvoering over komende zorgvraag (zorgaanbieders, professionals en sociaal domein).</p> <p>39. Brede inzet op bewustwording van oudere door gemeenten, bijvoorbeeld door middel van aanschrijven van inwoners, inzet op preventie en brede publiekscampagne (gemeenten).</p> <p>40. Ouderen bekend maken met de ondersteuningsmogelijkheden die gemeenten kunnen bieden (gemeenten).</p>
<p>5. De zorg voor ouderen is intensiever en tijdrovender geworden.</p>	<p>41. Investing en inzet op financieringsmodules waar voldoende tijd is voor de professional om zorgtaken uit te voeren (zorgverzekeraar).</p> <p>42. Investing in zorg voor Eerstelijns (Rijk).</p>

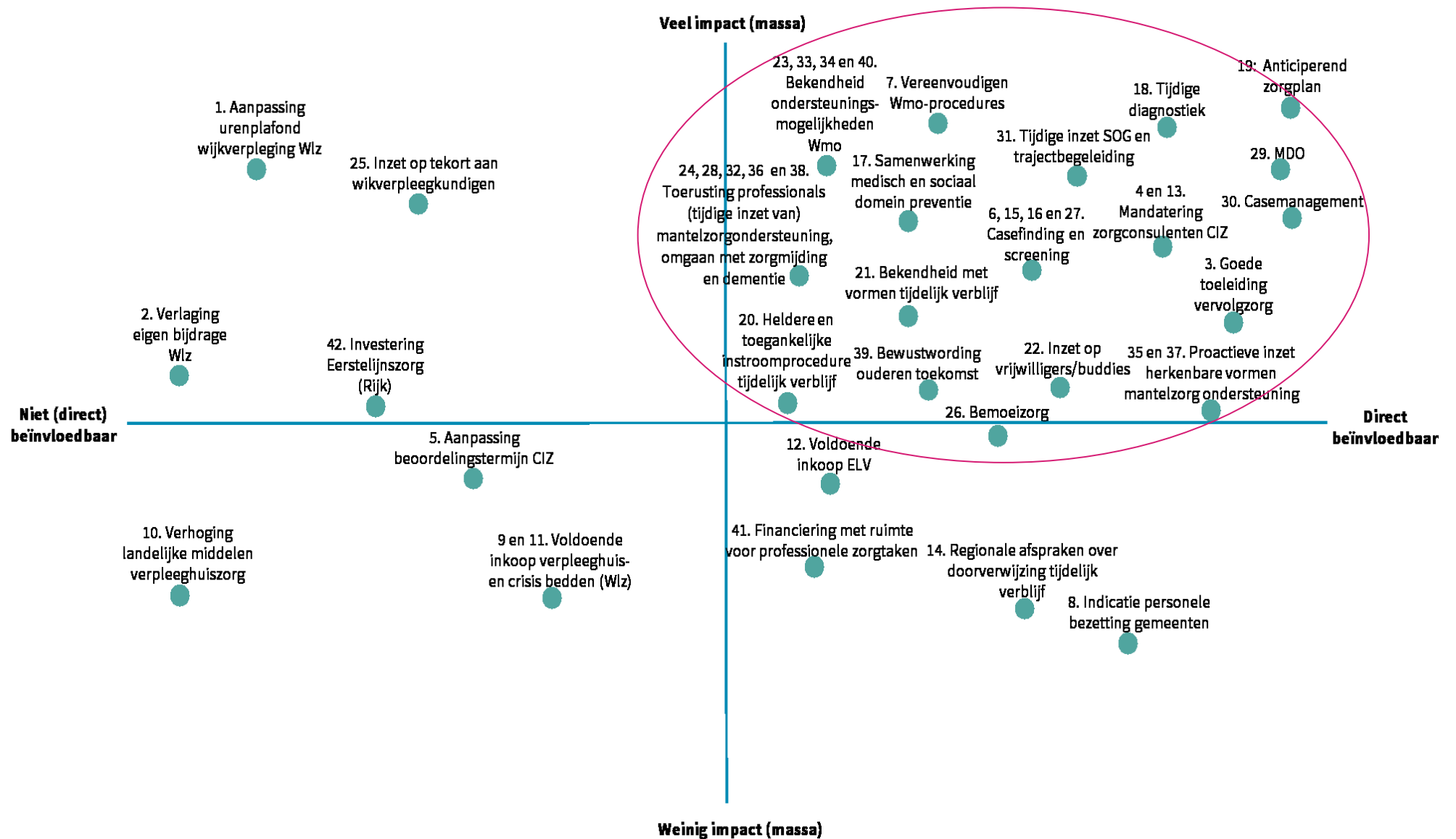
## 6.2 Afwegingskader

Hierboven staan oplossingsrichtingen op verschillende niveaus. Om een keuze te maken uit de oplossingsrichtingen waar Menzis en de Achterhoekse gemeenten mee aan de slag kunnen, is een afwegingskader gemaakt. Deze bestaat uit de volgende vragen:

Impact	Heeft de oplossing impact? Is de oplossing van invloed op een (groot deel) van de regio, aantal zorgaanbieders, cliënten of mantelzorgers?
Concreet	Is de oplossing concreet toepasbaar? Kan er via directe invloed op (inkoop)beleid of handelingen van professionals verandering aangebracht worden en zo de oplossing vormgegeven worden?
Invloed	Is de oplossing beïnvloedbaar door partijen (in medisch en sociaal domein) in de regio? Ligt de oplossingsrichting in de directe invloedssfeer?

De oplossingsrichtingen zijn in onderstaande figuur uitgetekend op de schalen van directe beïnvloedbaarheid en impact. Een oplossing staat hoog in het figuur als deze veel impact heeft (bijvoorbeeld voor de hele regio), of een beperktere doelgroep. Hoe meer naar rechts de oplossing staat, hoe concreter deze toepasbaar is. Dat houdt in de regio dit concreet kan implementeren. De oplossingen die het meest beïnvloedbaar, concreet zijn en impact hebben, staan omcirkeld. Deze worden hieronder nader toegelicht.

Wat heeft invloed op de zorg en ondersteuning voor ouderen thuis en het bieden van de juiste zorg voor en tijdens een tijdelijke opname?



## 6.3 Aanbevelingen voor de regio Achterhoek

Hieronder worden aanbevelingen nader toegelicht. Deze aanbevelingen zijn oplossingsrichtingen. Binnen deze richtingen kunnen werkzame oplossingen worden afgesproken in de regio of binnen lokale netwerken. In samenwerking met regionale partijen zoals de Achterhoekse gemeenten, zorgverzekeraar Menzis, zorgaanbieders en welzijnsorganisaties wordt nader afgesproken hoe deze richtingen vorm krijgen. Per gemeente kunnen regelingen en accenten immers anders zijn.

De genoemde oplossingsrichtingen in hoofdstuk 5, gevisualiseerd in de bovenstaande afbeelding, staan in samenhang met elkaar. Interventies op het gebied van medisch en sociaal domein komen pas tot hun recht als deze in samenhang met elkaar vorm worden gegeven. Hieronder wordt uitgewerkt hoe op een integrale manier de oplossingsrichtingen uitwerking kunnen krijgen.

### 6.3.1 Een anticiperend zorgplan

Om goede en tijdige zorg te kunnen bieden, is een anticiperend zorgplan en proactief beleid cruciaal. Zo kan de juiste zorg en ondersteuning worden ingezet en een onverwachte escalatie in de thussituatie voorkomen. Het is daarvoor van belang dat de oudere in beeld is bij (zorg)professionals in zowel het medisch en sociaal domein en er een gemeenschappelijk zorgplan gemaakt wordt. Daarvoor zijn een aantal zaken nodig die met elkaar samen hangen:

#### **Inzet van casefinding en screening door medisch en sociaal domein.**

De oudere moet in beeld zijn bij bijvoorbeeld de huisarts, sociale wijkteams of wijkverpleging. Het tijdig opsporen van (potentieel) kwetsbare ouderen, inventariseren van de problematiek en vervolgens proactief beleid is cruciaal. Iedere professional kan vanuit zijn/haar eigen taak hier op inspelen. Bijvoorbeeld een nadere screening bij aanvraag van thuiszorg, Wmo-voorzieningen of inzet van een POH-ouderen in een huisartsenpraktijk. En als de oudere in beeld is bij zorgverleners, is het van belang bij signalen van kwetsbaarheid of factoren van invloed op gezondheid deze nader in beeld te brengen. Door screening van de oudere wordt bekend welke zorg en ondersteuning nodig is.

#### **Valpreventie**

Zoals uit het casusonderzoek en de regioscan van de Achterhoek blijkt, is mobiliteit een aandachtspunt voor de ouderenzorg in de regio. Vallen is een veel voorkomende oorzaak voor een opname op tijdelijk verblijf. Valpreventie kan helpen om ouderen voor te bereiden hierop. Tijdige aanpassingen van woningen dragen daar ook aan bij. Van belang is dat dit integreert in een integrale aanpak voor de oudere, waarbij maatwerk geboden kan worden. Daarnaast kan de zorgverzekeraar een bijdrage leveren in de financiering van dergelijke preventiecursussen. In de regio kan nader afgesproken worden waar dit alreeds ingezet wordt, of waar intensivering nodig is.

#### **Inzet van een MDO**

Om de inzet van zorg en ondersteuning rondom de cliënt goed af te stemmen is een multidisciplinair overleg (MDO) fundamenteel. Daarin komen de professionals vanuit het medisch en sociaal domein samen om casuïstiek te bespreken. Inzet van nadere zorg kan zo tijdig ingezet worden.

### **Inzet van casemanagement**

Casemanagement is de regievoering door één persoon. Ouderen hebben er moeite mee als veel verschillende (zorg)professionals over de vloer komen. Indien er een zorgvraag is, wordt één professional, mantelzorger (of soms cliënt zelf) contactpersoon. Diegene is verantwoordelijk voor het opstellen van een zorgplan. Dat is ook degene die de schakel is naar de andere professionals door middel van het MDO.

### **Tijdig bepalen van diagnostiek**

Om de juiste zorg en ondersteuning te bieden en inschatting te maken van vervolgzorg, is tijdige diagnostiek belangrijk. Dit kan worden ingezet als er signalen zijn. Bijvoorbeeld of er sprake is van dementie, somatische beperkingen of chronische aandoeningen. Op basis van diagnostiek kan een goed zorgplan worden gemaakt. Huisartsen kunnen tijdig een MMSE-test uitvoeren, een consult bij een geriater inschakelen of hulp inzetten van de specialist ouderengeneeskunde om deze diagnostiek tijdig te doen. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een (telefonisch) consult.

### **Tijdige inzet van specialist ouderengeneeskunde (SOG) en trajectbegeleiding dementie**

#### **– Inzet Specialist Ouderengeneeskunde**

De specialist ouderengeneeskunde werkt in het verpleeghuis, maar kan ook ingezet worden in de eerste lijn. Dit kan bijvoorbeeld via één van de werkmodellen in de Oost- of West Achterhoek. De inzet van een specialist ouderengeneeskunde in een vroegtijdig stadium is van toegevoegde waarde. Dat helpt bijvoorbeeld bij:

- Een brede, generalistische blik op de benodigde zorg en ondersteuning in de thuissituatie
- Inzet van motiverende gesprekstechnieken voor zorgmijdende ouderen
- Vaststelling van diagnostiek
- Als onderdeel van een ouderenteam rondom de kwetsbare oudere.

Samen met de partijen in de regio kan gekeken worden waar er al gebruik wordt gemaakt van de inzet, en waar dit mogelijk nog meer kan. En welke voorwaarden nodig zijn om deze inzet te doen.

#### **– Inzet trajectbegeleider dementie**

Omgaan met ouderen met dementie is een expertise. De trajectbegeleider dementie is gespecialiseerd in ondersteuning voor ouderen met dementie. Dit specialisme is van toegevoegde waarde voor zowel de oudere als mantelzorger. Tijdige inzet van zorg en ondersteuning bij ouderen met dementie is daarom belangrijk. Dat geldt ook voor mantelzorgondersteuning, omdat trajectbegeleiders geschoold zijn in bijvoorbeeld psycho-educatie.

### **Samenwerking medisch en sociaal domein**

Overkoepelend is het van belang dat in de Achterhoekse gemeenten het medisch en sociaal domein elkaar goed weten te vinden. Wanneer een oudere al in beeld is bij de gemeente maar in mindere mate bij zorgprofessionals moet communicatie en overdracht goed verlopen. Dat vraagt een wat bredere blik dan puur de zorg- of Wmo-taken. Elkaar kennen en snelle schakeling is daarin belangrijk. En bovendien goed op de hoogte zijn van alle ondersteuningsmogelijkheden voor zowel medisch als sociaal domein.

### Goede toeleiding vervolgzorg

Aansprakelijkheid van inzet van zorg en de achterliggende financiering is, zoals blijkt uit het eerste knelpunt, een probleem om passende zorg in te zetten.<sup>45</sup> Persoonsvolgende financiering of werkwijzen helpen om de vraagstelling van de cliënt centraal te stellen. Het zorgkantoor Menzis werkt met een persoonsvolgende financiering in de Wlz. In de regio kan nader onderzocht worden hoe aan de start de vraagverheldering van de cliënt centraal gesteld kan worden. Bijvoorbeeld door de inzet van onafhankelijke cliëntadviseurs. Dit past bij een anticiperend zorgplan. Ter inspiratie dient bijvoorbeeld het experiment met persoonsvolgende zorg in Zuid-Limburg.<sup>46</sup>

### Toerusting professionals op inzet mantelzorgondersteuning, omgaan met dementie en zorgmijdend gedrag

Tijdige en passende zorg gaat over meer dan reageren op een zorgvraag van de oudere. Goede toerusting op de zorg en welzijn van de oudere in brede zin geldt voor de professionals met een generalistische rol in zorg en ondersteuning. Zij moeten toegerust worden op:

- **Onderscheid tussen zorgmijdend gedrag en zelfbeschikking.** Doorvragen als er het vermoeden is dat er wel een zorg- of welzijnsvraag leeft, zonder dat de oudere dit zelf duidelijk aan wil geven of aangeeft. Meekijken met inzet van een specialist ouderengeneeskunde of trajectbegeleider dementie, die daar meer op toegerust zijn, kan bijvoorbeeld helpen.
- **Proactieve inzet van mantelzorgondersteuning.** Vaak staat de oudere met zorgvraag centraal en niet de mantelzorger. Terwijl deze juist een belangrijke taak heeft in het ondersteunen van de oudere. Als de mantelzorger wegvalt of overbelast raakt, gaat het niet meer. Het is daarom belangrijk dat alle professionals in medisch en sociaal domein proactief inzetten op mantelzorgondersteuning. De professional moet daarvoor kennis hebben van de verschillende vormen van ondersteuning die dichtbij de oudere mogelijk zijn.
- **Omgaan met dementie en tijdig inschakelen van expertise.** Als een wijkverpleegkundige niet voldoende toegerust is op omgaan met dementie kan dat belemmeren in het uitvoeren van de zorgtaken voor de oudere. Dat zit met name in het omgaan met het gedrag van de oudere met dementie. Wijkverpleging kan zich daarin scholen als nodig. Tijdige inzet van ondersteuning is ook belangrijk. Dat kan door inzet van expertise van collega's of bijvoorbeeld een trajectbegeleider.

### 6.3.2 Toegankelijke en heldere procedure instroom tijdelijk verblijf

In de Achterhoekse gemeenten zijn drie aanbieders van tijdelijk verblijf: Azora, Sensire en Stichting Marga Klompé. In de West-Achterhoek wisselen Sensire en Azora elkaar tweewekelijks af. Voor de Oost-Achterhoek is Stichting Marga Klompé het centrale punt. Dat betekent dat de huisarts voor aanmelding van een tijdelijk verblijf naar de dienstdoende aanbieder moet bellen. Cliëntbemiddelaars van de organisaties die een centrale rol hebben, zijn de intermediair tussen de aanvraag van tijdelijk verblijf en het plaatsen van de cliënt. Wijkverpleegkundigen en huisartsen besteden echter rondom een opname in tijdelijk verblijf regelmatig tijd aan het bellen naar verpleeghuizen om te achterhalen waar een plek beschikbaar is. Het is van belang om in de regio de cliëntinstroom vlot en op een heldere manier te laten verlopen. Nader inzicht in verloop van aanmeldingen in de regio en de

<sup>45</sup> Knelpunt 1: "De overgang van zorg vanuit de Zvw naar zorg uit de Wlz is groot. Dit wordt veroorzaakt door een eigen bijdrage van de cliënt en een urenplafond voor inzet van wijkverpleging. Dit belemmert cliënt en professional in tijdige inzet van zorg vanuit de Wlz."

<sup>46</sup> <https://www.persoonsvolgendezorg.nl/themas/ouderenzorg/>

oorzaken voor het dubbele werk is eerst van belang. Daarnaast helpt het om in de regio een toegankelijke cliëntinstroom in te richten door goede schakeling tussen cliëntadviseurs, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Een overzichtelijke procedure én communicatie voor aanmelding en verantwoordelijkheden bij opname op een tijdelijk verblijf helpt daarbij.

### 6.3.3 Bekendheid met vormen van tijdelijk verblijf

Kennis over de verschillende vormen van tijdelijk verblijf is een voorwaarde voor de toeleiding naar de juiste vorm. De juiste aansprakelijkheid van het verblijf is niet altijd eenduidig. Het helpt om professionals in de eerstelijns, zowel vanuit het medisch en sociaal domein, bekend te maken met de verschillende vormen. Dat kan bijvoorbeeld door een training van een specialist ouderengeneeskunde.

### 6.3.4 Mandatering zorgconsulenten door CIZ

De zorgconsulenten van de aanbieders Sensire, Azora en Careaz werken met een project voor verkorte indicatieprocedure van het Eerstelijnsverblijf. Daartoe zijn zorgconsulenten gemandateerd door het CIZ om kort na opname de inschatting en indicatie voor vervolgzorg te doen. Dat helpt voor een snelle beoordeling van de juiste vervolgzorg en beïnvloed de ligduur.<sup>47</sup> Samen met de regio kan gekeken worden of alle aanbieders daarmee zouden kunnen werken, en welke werkbare elementen uit het project verder toegepast kunnen worden.

### 6.3.5 Vereenvoudigen Wmo-procedures in gemeenten

De toegang tot Wmo-voorzieningen is per Achterhoekse gemeente anders geregeld. In niet iedere gemeente wordt Wmo-ondersteuning even snel ingezet. Gemeenten kunnen intern onderzoeken hoe procedures vereenvoudigd kunnen worden zodat Wmo-ondersteuning tijdig ingezet kan worden. Deze heeft immers een cruciale rol in de zorg en ondersteuning thuis. Een goede samenwerking met het medisch domein is daarin belangrijk, vooral als er al een beoordeling van de thuissituatie is geweest. Zo kan dubbel werk voorkomen worden.

### 6.3.6 Bekendheid met ondersteuningsmogelijkheden Wmo

Naast een snelle inzet van de ondersteuningsmogelijkheden is het een voorwaarde dat de mogelijkheden voor Wmo-inzet bekend zijn. Het is een taak van gemeenten dit proactief, duidelijk en toegankelijk te communiceren. Dat kan door de oudere inwoners actief te informeren over de mogelijkheden binnen de WMO en niet af te wachten tot de oudere of mantelzorger zelf naar informatie op zoek gaat. Duidelijke communicatie via de website van de gemeenten helpt hierbij. Een gemeente kan ouderen bewust maken van de mogelijkheden en tijdige zorg en ondersteuning inschakelen.

### 6.3.7 Bewustwording ouderen over toekomstige zorgvraag

De meeste ouderen denken pas na over de zorg en ondersteuning als daar omtrent hun gezondheid aanleiding voor is. Vanuit een preventie ligt er een rol voor gemeenten in samenwerking met lokale en regionale partijen om bewustwording onder ouderen te bevorderen. Dat kan bijvoorbeeld door een regionaal overkoepelende aanpak. Daarnaast ligt er een rol voor het sociaal domein om deze gesprekken aan te gaan, deze zijn vaak al vroegtijdig

<sup>47</sup> Zie: <https://www.waardigheidentrots.nl/deelnemers/sensire/verkorte-indicatieprocedure-eerstelijnsverblijf/>

in de wijk aanwezig. Daarbij helpt het niet uit te gaan van de potentiële zorgvraag, maar van het gemak dat het de oudere op kan leveren. Dat is meer motiverend.

### **6.3.8 Proactieve en herkenbare vormen van inzet mantelzorgondersteuning**

Mantelzorgers vinden het vaak erg lastig om de zorg voor hun naaste los te laten. In de Achterhoek is klaarstaan voor elkaar een belangrijke waarde. Aangezien in de Achterhoek het netwerk vaak nog een grote rol heeft, is het een urgent onderwerp om mantelzorgers te ondersteunen. Het vraagt een proactieve inzet van gemeenten, in samenwerking met het medisch domein, op vormen van zorg en ondersteuning die herkenbaar zijn voor de mantelzorger en hen als naaste aanspreken en niet als zorgverlener.

### **6.3.9 Inzet vrijwilligers en buddies**

In samenhang met bovenstaande proactieve inzet is de vorm van ondersteuning voor mantelzorgers belangrijk. Dichtbij de oudere en de naaste is daarbij het uitgangspunt. Lokale vrijwilligers kunnen daarbij helpen. Er zijn per Achterhoekse gemeente verschillende vormen van inzet mogelijk. Inzet voor vrijwilligers is het meest effectief als deze structureel ingezet kan worden, bijvoorbeeld in de vorm van een buddy. Deze bouwt een vertrouwensband op met de oudere en de naaste. Dat geeft de naaste meer vertrouwen om de zorg voor de oudere (tijdelijk) los te laten.

### **6.3.10 Inzet bemoeizorg**

Zorgmijding komt voor onder ouderen. Het is een onderscheid wanneer een oudere vanuit zelfbeschikking een bewuste keuze maakt voor beperkte of geen zorg en ondersteuning, of dat dit voortkomt uit een ziektebeeld of psychologische oorzaken. Inzet van bemoeizorg valt onder de taakstelling van een gemeente. Wanneer er vermoeden is van zorgmijding kan met professionals onderling afgestemd worden of bemoeizorg nodig is (bijvoorbeeld in een MDO). Dat is relevant om de oudere tijdig in beeld te krijgen en een anticiperend zorgplan te kunnen maken.



## 7 Bijlage I. Betrokken personen en organisaties

Vanuit Menzis en de regio Achterhoek zijn de volgende personen **projectleiders**:

- Karin Aaldering (regio Achterhoek)
- Martine Poulussen (Menzis)

Deze projectleiders leggen waar nodig intern de verbinding.

Om het project vorm te geven is een **werkgroep** samengesteld. Deze bestaat uit de volgende personen:

Naam	Organisatie
Karin Aaldering	Namens de Achterhoekse gemeenten
Trix Klompjan	Namens de Achterhoekse gemeenten
Martine Poulussen	Menzis
Wilma Nijenhuis	Platform zorg kwetsbare ouderen Oost Achterhoek
Jessica Schenau	BV Zorg
Ineke Bennink	Kennisnetwerk Kwetsbare ouderen West Achterhoek
Isabelle Remmers (meelezend lid)	HuisartsenZorg Oost-Achterhoek

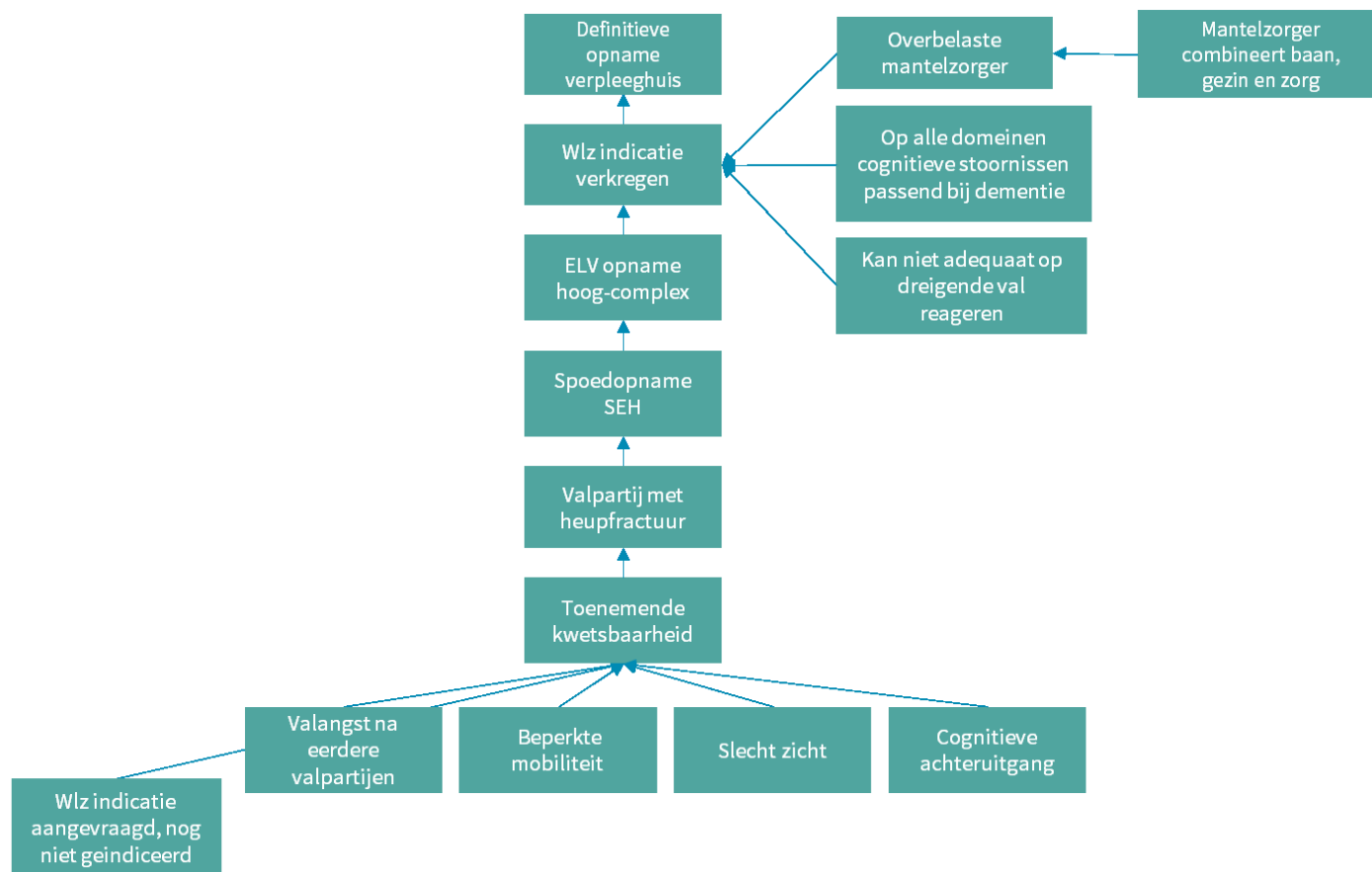
Menzis en de regio Achterhoek worden in dit project ondersteund door organisatieadviesbureau AEF, als onderdeel van de Werkagenda Menzis, gemeente en regio's. Deze inzet richt zich op (1) de procesbegeleiding, (2) inhoudelijke ondersteuning en (3) het ontsluiten van de werkzame bestanddelen.

**Aanspreekpunten vanuit AEF zijn:**

Naam	Functie	Gegevens
Marlien Ligtenberg	Coördinator en contactpersoon Werkgroep Achterhoek	M.Ligtenberg@aef.nl
Evelien Rutgers	Projectleider Werkagenda/coördinator projecten Effectief samenwerken in de wijk	E.Rutgers@aef.nl

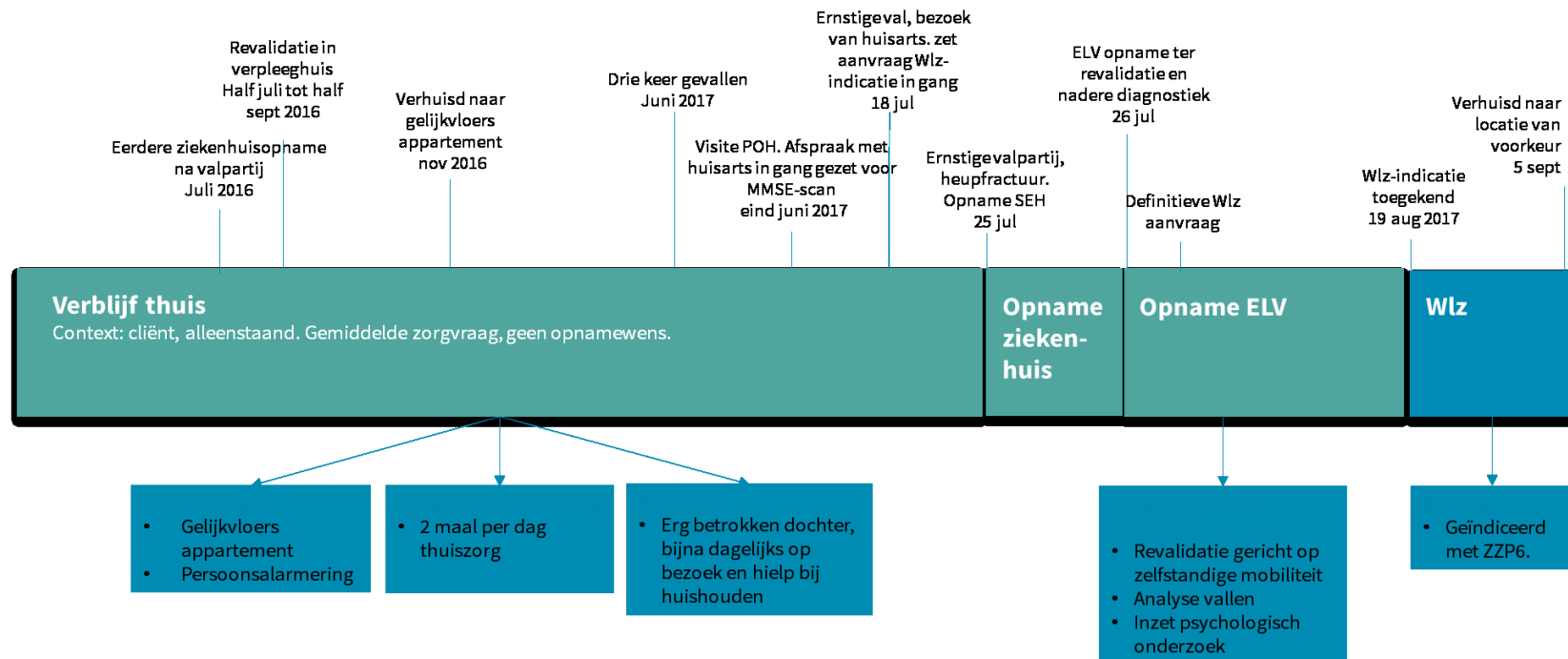
## 8 Bijlage 2. Voorbeeld casusverslag

### Oorzakenboom: hoe is de opname ontstaan?



Casus 12. 87 jaar

## Tijlijn: hoe is de aanloop naar de opname verlopen?



## Analyse: wat ging goed en wat kon anders?

### Wat ging goed

- Er was zorg en ondersteuning dichtbij door mantelzorger.
- Naar aanleiding van valpartijen visites van de huisarts. Aanvraag van Wlz-indicatie is vlot in gang gezet toen situatie achteruit ging.
- Inzet van een MMSE-test bij vermoeden van cognitieve achteruitgang
- Gesprek over opname in het verpleeghuis was al eerder aangegaan in de thuissituatie. Echter de cliënt zelf had nog geen opnamewens.
- Na verandering van de situatie was er een opnamewens en is in goed overleg met de naasten een Wlz-indicatie aangevraagd.

### Wat kon anders?

- Wellicht had er mantelzorgondersteuning ingezet kunnen worden. De overbelasting was één van de redenen voor een blijvende opname in het verpleeghuis.
- Eerdere inzet van een MMSE test was wellicht mogelijk geweest. Nu was de diagnostiek nog niet helder en werd ELV-bed ingezet voor nadere diagnostiek.
- De huisarts had eventueel een specialist ouderengeneeskunde of andere expertise in kunnen zetten om de oudere te motiveren of nader gesprek aan te gaan over vervolgzorg. Dat had bewustwording kunnen versterken (en wellicht eerder een reguliere opname in gang kunnen zetten).

Deze opname was erg lastig te voorkomen: de situatie ontwikkelde zich snel in heel korte tijd. Eerder was nog geen medische aanleiding voor verpleeghuisopname en ook geen opnamewens bij cliënt. Rondom de verslechterde situatie is vlot een Wlz-indicatie aangevraagd, maar de val was sneller dan de inwilliging van de indicatie.

## Bevonden knelpunten van betrokken professionals

### Huisarts:

- Anders dan voorheen is de Wlz indicatiestelling in handen van het CIZ en wordt deze beoordeling niet meer gedaan door de huisarts. Voor het CIZ is de situatie moeilijker in te schatten en te anticiperen op het zorgtraject van een kwetsbare oudere. Hierdoor lijkt de trend nu soms: er moet wat misgaan voor er echt iets gebeurt. Het meenemen van inzicht van de huisarts bij het CIZ gebeurt te weinig.
- Veel mensen worden steeds ouder, en daarmee wordt de ouderenzorg ook intensiever. Men woont langer zelfstandig thuis en kinderen zijn vaak op afstand. Daardoor komt veel zorg op de eerstelijns neer.
- De mate van autonomie van de cliënt is onder meer afhankelijk van de wilsbekwaamheid. Familie en thuiszorg spelen een belangrijke rol in de besluitvorming van de cliënt. Zij moeten daarin door professionals betrokken worden.
- Het is een bekend knelpunt dat ouderen zorg afweren of opname in een verpleeghuis niet willen. Ze zijn liever thuis.
- De huisarts maakt niet altijd een indicatie inschatting van de situatie (spoed/crisis of ELV). Het is voor een huisarts niet altijd duidelijk wanneer een opname ELV of crisis is. Vaak is het zo dat iemand binnen 24-uur moet worden opgenomen en de juiste indicatie wordt beoordeeld door cliëntbemiddelaars.

### Wijkverpleging:

- Het contact met trajectbegeleiders dementie verloopt goed. Door recente veranderingen in de taakomschrijving van de trajectbegeleider, zijn er wat taken verschoven naar de wijkverpleegkundige. Dat vraagt om extra afstemming.
- Wlz-aanvraag is niet gunstig, omdat cliënten een eigen bijdrage moeten gaan betalen en er een urenplafond aan de uren wijkverpleging verbonden is. Bovendien kan een verpleeghuis schijnveiligheid bieden, want ook daar is de kans op vallen aanwezig.
- Een multidisciplinair overleg helpt om collega-professionals op de hoogte te houden van de situatie van de cliënt en daar gezamenlijk op in te spelen
- Vaak belt de wijkverpleegkundige zelf eerst naar het verpleeghuis alvorens zij de huisarts benadert om een officiële verwijzing te doen.

### Specialist ouderengeneeskunde:

- Bij de zorginstelling is het ELV ondergebracht op revalidatie afdelingen. Het doel daarvan is doorstroom te bevorderen. Dit lukt echter niet altijd direct naar het bed van voorkeur.
- Er komen steeds meer situaties van ouderen die met onduidelijke problematiek of ter observatie in het ziekenhuis worden opgenomen. Deze belanden op een ELV-bed om te herstellen terwijl de vraag is of dat de juiste plek is.
- Het verschilt hoe goed de overdracht van de cliënt is vanuit de spoedeisende hulp of de huisarts. Niet alle huisartsen hebben de brede blik van een geriater of SOG voor de inzet van zorg en ondersteuning.
- De beschikbaarheid van ELV en crisisbedden is in vlagen. Daarover is een wisselend beeld.
- De ervaring is dat de meeste crisisopnames allemaal Wlz-problematiek is, dus dan is andere inzet van zorg uit bijvoorbeeld de Wmo al niet meer aan de orde.
- Overzicht waar welke bedden voor een tijdelijk verblijf beschikbaar zijn (ook buiten de regio), zou erg behulpzaam zijn.

## 9 Bijlage 3. Overzicht vormen tijdelijk verblijf

In deze bijlage geeft een overzicht van de verschillende vormen van tijdelijk verblijf. In de tabel wordt door middel van een schema in kaart gebracht wat het doel van het verblijf is, wie betrokken professionals en instanties zijn en hoe de financiering geregeld wordt. Daaronder worden de verschillende vormen toegelicht.

Wet	Naam	Doel	Uitvoerder	Toewijzing	Aanmelding via	Verblijfplaats	Verblijfsduur	Betrokken professionals tijdens opname	Eigen bijdrage	Eigen risico
Wmo	Respijtzorg	Ontlasten van de mantelzorger/netwerk rondom de cliënt	Gemeente	Gemeente (Wmo-consulent)	Wmo-loket gemeente	Dagbesteding, logeerhuis, thuis, zorghotel	Incidenteel of structureel, afhankelijk van indicatie	Beroepskrachten en vrijwilligers	Ja	Nee
Zvw	Eerstelijns verblijf	Tijdelijke opname met medische zorg, met als doel terugkeer naar huis. Geen medische specialistische zorg of geriatrische revalidatie nodig.	Zorgverzekeraar (in 2015 en 2016 het zorgkantoor d.m.v. een subsidieregeling)	HBO-geschoolde verpleegkundige	Huisarts, medisch specialist (i.s.m. transferverpleegkundige), geriatrische revalidatie	Verpleeghuis	Maximaal 3 maanden, eventuele verlenging mogelijk	Specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist en paramedici. In het geval van laag-complexe ELV opname is huisarts verantwoordelijk.	Nee	Ja
Wlz	Crisis opname en spoed opname	Tijdelijke opname met medische zorg, gebaseerd op Wlz-indicatie of als zodanig indiceerbaar	Zorgkantoor	Centrum Indicatiestelling Zorg	Huisarts	Verpleeghuis	Maximaal 2 weken, eventuele verlenging mogelijk	Specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist en paramedici	Ja	Nee

## 9.1 Wmo: respijtzorg

### Criteria

Respijtzorg is mogelijk als de oudere zelf ondersteuning krijgt vanuit de Wmo. Er kan respijtzorg aangevraagd worden bij het Wmo-loket van de gemeente.

### Vormen

1. Opvang van de cliënt buitenshuis, zoals een huiskamerproject, reguliere geïndiceerde dagopvang, of een verblijf in een logeerhuis.
2. Iemand die de zorg tijdelijk thuis overneemt, zodat de cliënt in de vertrouwde omgeving kan blijven.
3. Een gezamenlijke vakantie van de mantelzorger en de cliënt waarbij de zorg wordt overgenomen door een zorgprofessional.
4. Een tijdelijk verblijf van de cliënt in een bed in een verpleeghuis, ter ontlasting van de zorg thuis (respijtbed of Wlz logeerbed). Dit kan ook in een zorghotel of gastgezin.

Deze voorziening valt onder de Wmo als de aanvrager daar gebruik van maakt. Vanuit de Wlz en Zvw is ook vervangende zorg mogelijk. In onderstaande tabel is het verschil in kaart gebracht.

Wmo	Zvw	Wlz
Cliënt krijgt ondersteuning vanuit Wmo. Mantelzorger kan respijtzorg aanvragen bij de gemeente. Er geldt een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage.	Sommige zorgverzekeraars vergoeden respijtzorg geheel of gedeeltelijk binnen de aanvullende verzekering. Afhankelijk van het pakket van de cliënt kan hiervan gebruik gemaakt worden.	Als de cliënt zorg vanuit de Wlz krijgt via een persoonsgebonden budget (pgb), kan uit datzelfde budget ook respijtzorg ingekocht worden voor maximaal 156 etmalen per jaar (gemiddeld 2 etmalen per week). Het zorgkantoor moet voor de aangevraagde pgb-logeeropvang de zorgbeschrijving en het zorgcontract goedkeuren.

### Kosten

De kosten voor respijtzorg vanuit de Wmo zijn in 2017 per etmaal: € 30,83 (all-in tarief).



## 9.2 Zvw: Eerstelijnsverblijf

### Criteria

Het Eerstelijns verblijf is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven. Maar een opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg, is niet nodig. Het verblijf is echter wel medisch noodzakelijk. De belangrijkste criteria zijn:

5. Het kortdurend verblijf is medisch noodzakelijk
6. Geneeskundige zorg moet worden geboden tijdens het verblijf
7. 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid moet aanwezig zijn; al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

### Vormen

Er zijn drie vormen van ELV te onderscheiden:

ELV laag complex (3VV)	ELV hoog complex (6VV)	ELV palliatief (10VV)
De zorg richt zich op een enkelvoudige aandoening. Daarnaast krijgt de patiënt hulp bij het binnenshuis verplaatsen en transfers en hulp bij ten minste wassen, kleden en toiletgang. Deze vorm heeft als doel terugkeer naar de situatie thuis.	Intensieve zorg als sprake is van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen. Hiervoor is overname van zorg nodig bij het binnenshuis verplaatsen en transfers en bij ten minste wassen, kleden en toiletgang. Wegens cognitieve beperkingen (zoals in concentratie, oriëntatie, geheugen of denken) kan er sturing of toezicht nodig zijn. Deze vorm heeft als doel terugkeer naar de situatie thuis.	Zorg wanneer een arts heeft verklaard dat sprake is van een levensbedreigende ziekte, waarbij de levensverwachting niet langer dan drie maanden is. Daarbij is beoordeeld dat het onverantwoord is dat de cliënt zonder toezicht alleen thuis is op de momenten dat de (professionele) zorgverlener er niet is.

### Kosten

De tarieven die gerekend mogen worden voor het ELV worden bepaald door de Nederlandse Zorgautoriteit. In 2017 gelden de volgende tarieven (maximaal)<sup>48</sup>:

Type Eerstelijnsverblijf	Tarief
Eerstelijnsverblijf laag complex	Maximaal € 160,17
Eerstelijnsverblijf hoog complex	Maximaal € 223,50
Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	Maximaal € 316,07

<sup>48</sup> [https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR\\_REG\\_17119\\_\\_Eerstelijnsverblijf.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_REG_17119__Eerstelijnsverblijf.pdf)

### Max-max tarief

De prestaties voor eerstelijnsverblijf kennen de mogelijkheid voor een max-maxtarief. Het tweede maximum ligt 10% hoger dan het eerste maximum en kan worden berekend als hiervoor een overeenkomst met de zorgverzekeraar is gesloten. Dit tweede maximum kan bijvoorbeeld worden gebruikt voor initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur, multidisciplinair overleg aanvullend aan wat gezien kan worden als reguliere professionele beroepsuitoefening, of andere lokale initiatieven. Dit is ter beoordeling aan het lokaal overleg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.<sup>49</sup>

## 9.3 Wlz: crisisopname

### Criteria

Als een oudere Wlz thuis ontvangt, kan het voorkomen dat er plotseling intensieve medische hulp nodig is, die niet thuis geboden kan worden. Ook gebeurt het dat ouderen die nog geen Wlz indicatie hebben, maar wel zicht hebben op een indicatie omdat dit type zorg nodig is. Het CIZ bepaalt dan achteraf of de opname terecht Wlz was. Om in aanmerking te komen voor een crisisopname zijn er een aantal criteria. Dat zijn onder andere:

8. Opname is noodzakelijk binnen 24 uur vanuit thuissituatie
9. Inzet van (extra) thuiszorg is onvoldoende om het gevaarscriterium op te heffen
10. Cliënt heeft Wlz-indicatie of is indiceerbaar.

### Crisis en spoed

Naast een crisissituatie is er ook een procedure mogelijk voor een spoedopname in een verpleeghuis. Daarbij gaat het om dezelfde criteria als bij de crisisopname, alleen is de opname ook mogelijk binnen een aantal dagen. In dat geval kan er in de thuissituatie nog een aantal dagen overbrugd worden. Dit bijvoorbeeld met inzet van extra wijkverpleging, familie, vrienden of naasten. De afweging van de situatie wordt gedaan door de huisarts en/of wijkverpleging, en vervolgens besproken bij de aanmelding in het verpleeghuis bij de cliëntadviseurs.

### Vormen

Er zijn twee mogelijke verblijfsvormen tijdens ene crisisopname: psychogeriatrisch en somatisch. In het geval van een psychogeriatrische opname gaat het om een gesloten afdeling, omdat er kans is op dwalen van de cliënt. Bij een somatische opname kan dit op een open afdeling, omdat het vooral om medische zorg gaat.

### Kosten

Hieronder staan de tarieven 2017 van de Langdurige zorg (per dag) weergegeven (maximaal). Deze zijn ingedeeld per ZorgZwaartepakket.<sup>50</sup>

<sup>49</sup> [https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR\\_REG\\_17119\\_\\_Eerstelijnsverblijf.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_REG_17119__Eerstelijnsverblijf.pdf)

<sup>50</sup> [https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR\\_REG\\_17137c\\_\\_Beleidsregel\\_Prestatiebeschrijving\\_en\\_en\\_tarieven\\_zorgzwaartepakketten.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_REG_17137c__Beleidsregel_Prestatiebeschrijving_en_en_tarieven_zorgzwaartepakketten.pdf)

Zorgzwaartepakket	Totaalwaarde per dag, toegelaten voor behandeling en incl. dagbesteding
3vv	€ 130,53
4vv	€ 144,90
5vv	€ 190,45
6vv	€ 190,77
7vv	€ 227,26
8vv	€ 259,26
9vv	€ 226,19
10vv	€ 280,37

Hierin zitten de componenten woonzorg, dagbesteding, behandelaars en verblijf; zoals omschreven in de Wlz:

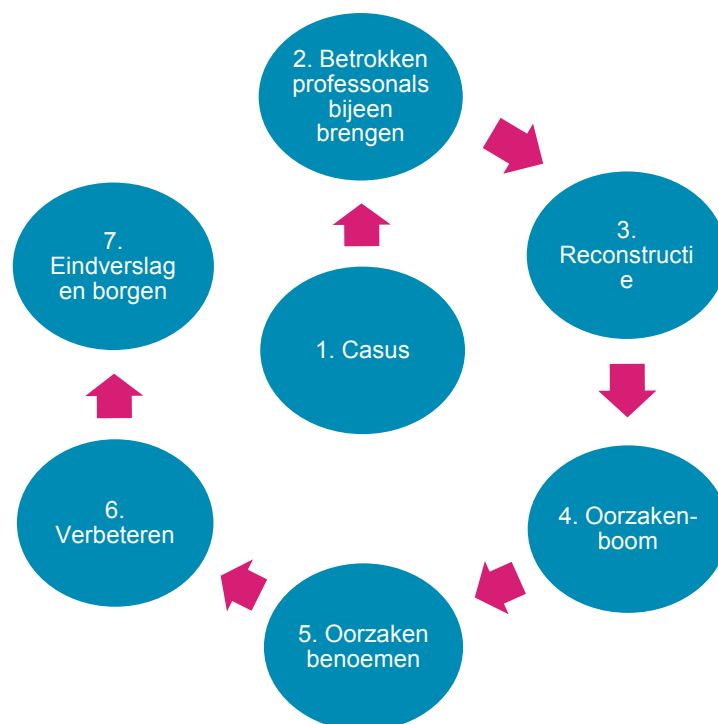
- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Begeleiding
- Behandeling
- Verblijf

Naast deze vaste componenten in het tarief zijn er ook nog een aantal aanvullende basisprestaties die een aanbieder kan declareren. Bijvoorbeeld de verblijfscomponent van een niet-geïndiceerde partner (die geen verzorging en verpleging nodig heeft); vervoer naar dagbesteding, toeslagen bovenop de ZZP bij bijzondere medische behoefte of behandeling (bijvoorbeeld ziekte van Huntington, invasieve beademing, een beroerte). Ook kan er een opslag voor project van Waardigheid en Trots (VWS) worden verkregen (indien de aanbieder daarbij aangesloten is).

## 10 Bijlage 4. Prismamethode

De Prismamethode is een werkwijze om systematisch de oorzaken van (bijna-) incidenten te onderzoeken. Doel van de methode is het verzamelen en vastleggen van incidenten en de oorzaken daarvan om hiervan te leren en al doende de zorg veiliger te kunnen maken. De Prismamethode brengt het ontstaan van (bijna-)incidenten in beeld in de vorm van een 'oorzakenboom'.<sup>51</sup>

Ten behoeve van het casusonderzoek is gebruikgemaakt van deze methode. De aard van het casusonderzoek in het kader van dit project is anders dan de analyse van een zorgincident. Een opname op een tijdelijk verblijf is immers geen verkeerde handeling (incident). Om echter te achterhalen of de beslissing ook de juiste was en de cliënt op het 'juiste bed' is terecht gekomen, helpt de oorzakenboom om de werkwijze te analyseren. Aan de hand van de analyse kunnen nieuwe inzichten verworven en eventuele verbeterpunten geformuleerd worden. Hieronder worden de stappen weergegeven die geïnspireerd zijn op de oorspronkelijke Prismamethode, en toegepast voor het casusonderzoek.



<sup>51</sup> [http://www.btsq.nl/downloads/publicatie-bestand\\_werken\\_met\\_prisma.pdf](http://www.btsq.nl/downloads/publicatie-bestand_werken_met_prisma.pdf)

### **Stap 1. Casus**

Er wordt een casus aangeleverd door een specialist ouderengeneeskunde van één van de aanbieders in de Achterhoekse gemeenten. Het betreft een casus waarbij een oudere is opgenomen op een tijdelijk verblijf (ELV of Wlz-crisisbed).<sup>52</sup>

### **Stap 2. Betrokken professionals bijeenbrengen**

De professionals betrokken bij de betreffende casus worden benaderd en geïnterviewd (individueel of gezamenlijk). Door middel van een interview aan de hand van gespreksvragen wordt de casus besproken.

### **Stap 3. Reconstructie**

Er wordt door de professionals een feitelijke reconstructie gemaakt van de gebeurtenissen (in chronologische volgorde).

### **Stap 4. Oorzakenboom**

Vervolgens wordt een oorzakenboom gemaakt. Daarbij wordt gestart met de topgebeurtenis, en daaronder de gebeurtenissen (omstandigheden, acties, beslissingen) die daaraan vooraf gingen. In dit casuonderzoek is de topgebeurtenis: de cliënt kwam terecht in een crisisbed of ondersteunend verblijf. De voorafgaande gebeurtenissen die daarnaartoe leidden, worden opgehaald.

### **Stap 5. Benoem de oorzaken.**

Wanneer er bij doorvragen in de oorzakenboom geen nieuwe feiten meer opgehaald worden, zijn de oorzaken benoemd. Vervolgens worden deze oorzaken geclassificeerd. In de oorspronkelijke methode gebeurt dit aan de hand van vier categorieën voor oorzaken: technische, organisatorische, menselijke of oorzaken rondom de cliënt of het cliëntsysteem. In dit onderzoek zijn de categorieën ingedeeld naar:

- Systeem
- Samenwerking
- Mens

De benoemde oorzaken worden ingedeeld in een categorie. Op deze wijze worden deze overzichtelijk en is het bovendien gemakkelijker om verbetermaatregelen op te stellen.

### **Stap 6. Verbeteren**

Er worden SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) verbetermaatregelen geformuleerd. Werken via de verbetercirkel (plan-do-check-act) kan eveneens helpen.

### **Stap 7. Borgen en eindverslag**

Van het gesprek, de oorzakenboom en verbeterpunten wordt een eindverslag gemaakt. Deze wordt teruggelegd aan de betrokken professionals en verwerkt in de rapportage. Maatregelen worden geborgd in de werkwijze in de praktijk. Hierbij kan aangesloten worden voor de in de organisatie gebruikelijke wijze om verbeteringen te borgen. In de borging wordt ook gezocht naar verbeteringen die toepasbaar zijn voor in de regio. bijvoorbeeld bij aanbieders, de Achterhoekse gemeenten Menzis en samenwerkende partijen rondom ouderenzorg.

<sup>52</sup> Zie paragraaf 2.2. voor de criteria op basis waarvan casuïstiek is geselecteerd.