



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

**Deel 4:**

**Eerstelijnszorg voor ouderen**

# Eerstelijnszorg voor oude- ren

Mevrouw dr. I. Doorten

Achtergrondstudie uitgebracht bij het advies Regie aan de poort door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2012

## Inhoud

1	Inleiding	3
2	Vraagzijde	4
3	Aanbodzijde	7
4	Nieuwe zorgmodellen	9
5	Beleidsimplicaties/conclusie	13
6	Literatuur	14

# 1 Inleiding

In juni van dit jaar bracht de RVZ het advies 'Redzaam ouder' uit. Deze deelstudie is grotendeels gebaseerd op een van de deelgebieden waarop de Raad problemen voorziet, namelijk dat ouderen de behoefte hebben om langer thuis te blijven wonen, terwijl de zorgvraag blijft toenemen. Intramurale voorzieningen sluiten niet aan bij de behoeften van veel ouderen, maar extramurale voorzieningen zijn nog niet gereed om de nieuwe zorgvraag op te vangen. De deelstudie doet aanvullende voorzetten om de extramurale voorzieningen voor ouderen met complexe problematiek beter te laten aansluiten op de vraag van ouderen.

Hoewel intramurale instellingen steeds minder aansluiten bij de behoeften van ouderen, is er toch nog steeds een groot aantal indicaties voor het verpleeghuis. Dit heeft er deels mee te maken dat mensen met een zware zorgvraag vaak zijn aangewezen op een intramurale instelling wegens gebrek aan alternatieven. Ouderen willen graag zo lang mogelijk thuis (of in een huiselijke omgeving) wonen (Van Campen, 2011; Research voor beleid, 2008). Voor ouderen met een indicatie 'verblijf' bestaat vaak niet de mogelijkheid om deze zorg thuis te ontvangen.

We gaan in deze deelstudie uit van de volgende vragen:

1. Welke problemen ondervinden ouderen en welke zorgvraag hebben zij?
2. Hoe ziet de aanbodzijde eruit en is deze in staat de problemen en vragen van ouderen op te lossen en te beantwoorden?
3. Wat voor nieuwe zorgmodellen zijn er en slagen die er beter in de problemen van ouderen op te lossen dan het reguliere aanbod?
4. Wat zijn de succes- en faalfactoren en welke beleidsimplicaties volgen hier uit?

## 2 Vraagzijde

De volgende passages over de zorgvraag en het zorggebruik van ouderen zijn overgenomen uit het advies 'Redzaam ouder' (RVZ, 2012).

### *Toename aantal ouderen en stijgende levensverwachting*

In de toekomst komen er veel meer ouderen in absolute zin. Ook zullen zij relatief een groter aandeel van de bevolking vormen. Zo zal het aantal 65-plussers volgens de raming van het CBS (2010) van 2,4 miljoen (16% van de bevolking) in 2010, toenemen naar 4,6 miljoen (25% van de bevolking) in 2050. Niet alleen het aantal en aandeel ouderen stijgen, maar ook de levensverwachting. Zo raamt het CBS (2010) dat tussen nu en 2050 de levensverwachting van 65-jarige mannen met 3,5 jaar toeneemt en die van vrouwen met 2,8 jaar.

### *Meer ouderen met chronische ziekten*

In de toekomst neemt ook het aantal ouderen met chronische ziekten toe en in het bijzonder het aantal ouderen met dementie. Cognitieve beperkingen komen bij één op de twintig ouderen voor. Ziekten kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, in de mobiliteit, in de participatie in sociale netwerken en in het verlenen van mantelzorg aan een zieke partner.

**Figuur 3.1 Top tien van ziekten die zorgen voor het grootste verlies van gezonde jaren bij ouderen**

Rang-orde	Mannen	Vrouwen	Totaal
1	coronaire hartziekten	atrose coronaire	hartziekten
2	beroerte	coronaire hartziekten	beroerte
3	diabetes	melitus beroerte	artrose
4	COPD	melitus beroerte	melitus beroerte
5	artrose	gezichtsstoornissen	gezichtsstoornissen
6	gezichtsstoornissen	dementie	dementie
7	lawaai- en ouderdomslechthorendheid	angststoornissen	COPD
8	dementie	COPD	angststoornissen
-	angststoornissen	depressie lawaai- en ouderdomslechthorendheid	
10	prostaatanker	reumatoïde artritis	reumatoïde artritis

Bron: RIVM, 2011.

### *Toename aantal kwetsbare ouderen*

Volgens het SCP zal het absolute aantal kwetsbare ouderen in de toekomst verder toenemen, hoewel ouderen door het hogere opleidingsniveau in relatieve zin iets minder vaak kwetsbaar zullen zijn. Zo wordt het aantal kwetsbare ouderen door het SCP in 2010 geraamd op 700.000 (27% van de ouderen) en zal dit in 2030 1 miljoen (25% van de ouderen) zijn (Van Campen, 2011). De populatie van kwetsbare ouderen zal volgens ramingen van het SCP in de komende twee decennia veranderen van samenstelling: met name het aandeel 85-plussers zal in deze groep toenemen. Bij ongewijzigd beleid zal naar verwachting 40% van de ouderen die

als kwetsbaar worden aangemerkt geen gebruik maken van verpleging en verzorging of mantelzorg (Van Campen, 2011). Niet duidelijk is of dit zo is omdat deze ouderen zichzelf weten te redden, of omdat het niet lukt zorg voor zichzelf te organiseren. Het SCP stelt dat tehuisopnames kunnen worden uitgesteld door vroegtijdige signalering van kwetsbaarheid in de thuissituatie.

Kwetsbare ouderen van nu zijn vaker hoogbejaard, vaker vrouw, vaker alleenstaand en komen vaker uit lagere sociaaleconomische klassen (Van Campen, 2011). Kwetsbaarheid is dus gerelateerd aan leeftijd, sekse, het al dan niet hebben van een partner en sociaaleconomische status. Dit betekent dat bijvoorbeeld ook hoogopgeleide hoogbejaarde alleenstaanden zonder kinderen het risico lopen hun redzaamheid te verliezen als zij niets regelen voor hun oude dag, bijvoorbeeld doordat zij dement worden.

#### *Kwaliteit van leven*

Het RIVM (Zantinge et al., 2011) geeft aan dat ouderen steeds langer goed kunnen functioneren, maar dit lijkt wel gepaard te gaan met expansie van chronische aandoeningen en een grotere ziektelast (Van den Bos, 2010). Opmerkelijk is dat ouderen met ernstige beperkingen in de loop van twee decennia steeds minder regie en gezondheid ervaren. Mogelijke verklaringen zijn het toegenomen belang van zelfredzaamheid in de samenleving en een toename van het aantal (verschillende) zorgprofessionals dat bij mensen thuis komt (Galenkamp et al., 2012). Bij mensen met een Marokkaanse of Turkse migratieachtergrond valt op dat men zich vaker al op vroege leeftijd (vanaf vijftig jaar) oud voelt (Gair, 2012).

#### *Afname bewoners verzorgings- en verpleeghuis*

Ondanks de toename van het totaal aantal ouderen, neemt het aantal ouderen dat in een verzorgings- of verpleeghuis woont al jaren af. Het gaat om ongeveer 6% van de 65-plussers. In absolute aantallen gaat het om ongeveer 100.000 ouderen in een verzorgingshuis en 65.000 in een verpleeghuis. Het aandeel bewoners in een psychogeriatrisch verpleeghuis is gedurende de periode 2000 tot 2008 toegenomen. Doordat ouderen langer thuis blijven wonen, neemt de gemiddelde leeftijd van instellingsbewoners toe, evenals de lichamelijke zorgzwaarte. Bewoners krijgen in samenhang met de toename in zorgzwaarte vaker hulp bij de persoonlijke verzorging en verpleging en vaker fysiotherapie (De Klerk, 2011).

#### *Voorspellende factoren voor opname in een verzorgings- of verpleeghuis*

Fysieke kwetsbaarheid en psychische kwetsbaarheid vergroten de kans dat een oudere wordt opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Ook het ontbreken van een sterk sociaal netwerk vergroot de kans dat iemand gebruik maakt van AWBZ-zorg (zowel in de thuissituatie als in de intramurale zorg) (Plaisier et al., 2010). Het versterken van sociale netwerken helpt gevoelens van eenzaamheid te voorkomen en heeft zo weer een preventief effect op het gebruik van AWBZ-zorg. Overigens komt eenzaamheid meer voor bij mensen van middelbare leeftijd dan bij ouderen, en dan vooral bij mensen die geen partner hebben (Van Tilburg, 2007; Koenen, 2010). Gegeven de ontwikkelingen in relatievorming en -ontbinding, zou eenzaamheid ook onder ouderen kunnen toenemen, evenals sociaal isolement. Ouderen van nu verkeren vaker dan andere leeftijdsgroepen in sociaal isolement (Machielse, 2011). Sociaal isolement is moeilijk te herkennen en niet eenvoudig te herstellen.

### *Stijgende zorgbehoefte*

Door de vergrijzing zullen in de toekomst steeds meer mensen een zorgbehoefte hebben die vergelijkbaar is met de zorg die op dit moment in tehuizen wordt geleverd (VeVeRa-raming SCP, 2012). In absolute aantallen verwacht het SCP een stijging van de behoefte aan verzorgingshuiszorg van 86.000 naar 141.000 personen in 2030 en van de zorgbehoefte aan verpleeghuiszorg van 52.000 naar 82.000 personen. Tegelijkertijd willen ouderen zo lang mogelijk in hun eigen huis blijven wonen (Van Campen, 2011; Gair, 2012).

### 3 Aanbodzijde

De RVZ signaleert in ‘Redzaam ouder’ twee lacunes in de huidige extramurale voorzieningen. Dit zijn de versnippering van het huidige zorgaanbod en de faciliteiten voor informele zorg. Hieronder de passages uit het advies, aangevuld met bevindingen uit focusgroeponderzoek met huisartsen en andere professionals uit de eerstelijns (RVZ, 2012b).

#### *Versnipperde zorg*

Een eerste lacune in de extramurale voorzieningen is de versnippering van het huidige zorgaanbod. Bij de zorgverlening aan ouderen zijn veel en verschillende professionals en organisaties betrokken, zoals huisartsvoorzieningen, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, GGZ, zorgverzekeraars, gemeenten, welzijnsorganisaties en woningbouwcorporaties (KNMG, 2010). Afstemming tussen de diverse behandelaars, bijvoorbeeld bij het voorschrijven van medicatie, vindt echter onvoldoende plaats (KNMG, 2010). Ook gemeenten, woningbouwcorporaties en eerstelijns gezondheidszorg werken nauwelijks samen. Het hulpaanbod sluit hierdoor onvoldoende aan bij de hulpvraag van de patiënt.

Wanneer diverse aandoeningen spelen, zoals bij ouderen met multimorbiditeit, is coördinatie van het zorgaanbod op medisch en organisatorisch gebied van groot belang. Hoewel hierin ontwikkelingen gaande zijn, is coördinatie van het zorgaanbod nog niet grootschalig geïmplementeerd. Bovendien worden diagnostiek en behandeling niet altijd afgewogen naar de kwaliteit van leven en vooruitzichten van de patiënt, zeker wanneer meerdere lijnen betrokken zijn. Versnippering levert onder andere problemen op in de omgang met multimorbiditeit bij ouderen. Ook de zorg voor kwetsbare ouderen schiet tekort. Casefinding van kwetsbaarheid is nog geen wijdverbreide praktijk. Volgens de KNMG ontbreken in het huidige systeem vaak probleemanalyse en bijbehorende verslaglegging bij het vermoeden van kwetsbaarheid. Het signaleren van veranderingen in de (medische) situatie door de patiënt, de mantelzorger en de eerstelijns hulpverlener vindt vaak te laat plaats (KNMG, 2010).

Focusgroeponderzoek onder professionals uit de eerstelijns (RVZ, 2012b) laat zien dat vooral bij ouderen met complexe problematiek coördinatie van de zorg vaak ontbreekt. Het veld is zo versnipperd volgens de deelnemers aan de focusgroepen dat zelfs hulpverleners het overzicht verliezen. Soms zijn er zelfs meerdere casemanagers bij één patiënt, die van elkaar niet weten wat ze doen. Bij mensen komen op een dag vaak verschillende hulpverleners over de vloer, wat men niet bepaald efficiënt vindt. Er worden ook veel projecten gestart volgens de deelnemers, ook bij ouderen, waarbij veel mensen op meerdere plekken dezelfde zorg krijgen. Er is cynisme over geld in ‘potjes’ dat ‘op’ moet. Er is sprake van onduidelijke regievoering en verantwoordelijkheid.

Een andere doorn in het oog van de deelnemers aan de focusgroepen is de indicatiestelling. De indicatiestelling is leidend geworden, terwijl het volgens hen moet gaan om goede zorg. De bureaucratie die met de indicatiestelling gepaard gaat wordt als groot probleem gezien, doordat het ophoudt en de handelingsvrijheid van de professional beperkt. Het effect is tegengesteld, mensen worden door de indicatie in een afhankelijke positie ge-



houden, waardoor er minder aandacht is voor de eigen redzaamheid (de indicatie is gericht op zorg aanbieden). Wijkverpleegkundigen geven aan dat zij alleen iets mogen doen als er een indicatie gesteld is. Daardoor kunnen zij niet zomaar naar iemand toe gaan om te kijken hoe het gaat. Een positieve uitzondering hierop is de ‘Zichtbare Schakel’, hierover meer in de volgende paragraaf.

#### *Thuiszorg en mantelzorg: twee werelden*

Een tweede lacune in de extramurale voorzieningen betreft de faciliteiten voor informele zorg. Adequate thuiszorg en informele zorg zijn belangrijke voorwaarden om ouderen langer thuis te kunnen laten wonen, zeker wanneer in de toekomst de publiek gefinancierde formele zorg onder druk komt te staan.

Op dit moment bestaat er echter een sterke scheidslijn tussen informele zorg en professionele (thuis)zorg. De huidige wijze waarop professionele hulp wordt toegewezen, de formele indicatiestelling, zorgt ervoor dat mensen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Soms krijgen ze te weinig professionele zorg, soms juist te veel (‘Formalisering van informele zorg’, CEG 2007).

Ook overbelasting van mantelzorgers vormt een probleem. Twintig procent van de mantelzorgers is ernstig overbelast. Dertig procent voelt zich matig belast en ervaart problemen met het combineren van taken (Cloin, Bucx, de Boer & Oudijk, 2011). Ouderen die merken dat hun mantelzorgers de zorg niet meer aankunnen, doordat hun emotionele en affectieve steun vermindert, vertonen een sterkere oriëntatie op het verzorgings- of verpleeghuis (Steverink, 2001). In de toekomst wordt informele zorg in familieverband mogelijk belemmerd doordat mensen langer doorwerken en doordat meer vrouwen participeren op de arbeidsmarkt. Daarom zijn naast mantelzorg ook andere vormen van informele zorg nodig, zoals inzet van ouderen uit de derde generatie (de zogenaamde ‘jongere ouderen’). Ook hier moet echter worden opgepast dat er geen overbelasting ontstaat: ‘het spitsuur van het leven’ breidt zich mogelijk uit van jonge gezinnen naar de derde generatie.

## 4 Nieuwe zorgmodellen

### *Ontwikkelingen op het gebied van complexe problematiek bij ouderen*

De vorige paragrafen laten zien dat de huidige zorg voor ouderen niet is toegesneden op de behoeften van ouderen van nu en in de toekomst. In deze paragraaf gaan we op zoek naar nieuwe zorgmodellen die er beter in slagen bovenstaande ontwikkelingen het hoofd te bieden dan bestaande zorgmodellen.

Het advies Redzaam ouder doet een aantal aanbevelingen op het gebied van (voor)zorg voor ouderen met complexe problematiek. We vullen deze aan met bevindingen uit werkbezoeken aan onder meer de gemeenten Enschede en De Bilt.

### *Voorzorg en casefinding*

Ondanks preventie zullen er altijd kwetsbare ouderen blijven. Het is noodzakelijk om vroegtijdig en onnodig functieverlies te voorkomen door casefinding en systematische opsporing van kwetsbare ouderen in te zetten en te evalueren, door polyfarmacie te saneren en door een bewuste afweging te maken bij medische ingrepen. Huisarts en eventueel de verpleegkundige geriatrie dienen kwetsbaarheid en complexe problematiek proactief te benaderen. De signaalfunctie in de eerste lijn moet worden heringericht (RVZ, 2012).

De verwachting is dat tijdig screenen op kwetsbaarheid bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis kan voorkomen (Van Campen, 2011), toch weten we nog bijzonder weinig over de doelmatigheid van screenen bij ouderen en in het bijzonder bij de oudste ouderen, de 85-plussers (Slaets, 2012). Slaets stelt dat in onze samenleving een naïef maar hardnekkig geloof bestaat in de biomedische maakbaarheid van gezond oud worden. De invloed van onze omgeving, levensstijl en sociaaleconomische status, ofwel de persoon en zijn context, zijn echter vele malen groter dan die van de gezondheidszorg. Screenen heeft in dat verband alleen zin voor een primaire segmentatie van ouderen in robuuste categorieën, een verdeling van mensen wat betreft kwetsbaarheid, complexiteit van de zorgvraag en psychosociale context (Slaets, 2012). Daarbij moet de patiënt als persoon centraal staan en screening in dienst staan van het bedenken van een adequater en gedifferentieerd aanbod.

Bij signalering hoort dus ook oog hebben voor de sociale omgeving, zoals voor mantelzorg. In dat kader verschijnen tal van nieuwe initiatieven, zoals bijvoorbeeld de ‘mantelscan’ (Movisie, gesprek september 2012). Gebruik maken van een mantelscan waarbij gemeenten of zorginstellingen de familie en eventueel de sociale kring (netwerken) van de zorgvrager in kaart brengen. Vervolgens wordt er gekeken in welke mate de in kaart gebrachte personen/familieleden betrokken zijn bij de zorgverlening. Deze transparantie, in kaart gebracht door een derde (een professional vanuit de gemeente), stimuleert de familieleden om meer verantwoordelijkheid te nemen en de taken beter onderling te verdelen, zodat de druk niet op één of enkele familieleden komt te liggen. Een virtuele maandelijkse agenda kan leiden tot een betere taakverdeling tussen mantelzorgers. Bovendien kan het overbelasting van mantelzorgers voorkomen (in Zarrinkhameh en Doorten, te verschijnen).

Een voorbeeld waarbij zowel sprake is van voorzorg bij de patiënt als bij de mantelzorger zijn de ontmoetingscentra van zorginstelling Pieter van Foreest in Delft:

**Praktijkvoorbeeld: Voorzorg bij dementie**

In de ontmoetingscentra van zorginstelling Pieter van Foreest in Delft kunnen ouderen met beginnende dementie en hun mantelzorgers terecht voor laagdrempelige zorg en begeleiding en voor contact met lotgenoten. Bezoekers kunnen dagelijks gebruik maken van het activiteitenprogramma dat aansluit bij hun wensen en dat is gefundeerd op wetenschappelijk onderzoek. Vaste onderdelen van de activiteiten zijn bewegen, verwerken en geheugentraining. Er zijn huiskamers ingericht voor groepen met verschillende stadia van dementie. Afhankelijk van een indicatie van het CIZ kunnen mensen één tot zeven dagen in de week naar het ontmoetingscentrum komen. De mantelzorger is altijd welkom, maar hoeft niet aanwezig te zijn. De ontmoetingscentra en de begeleiding zijn uitdrukkelijk óók gericht op de mantelzorger. In de loop van de tijd (en in de loop van het rouwproces dat bij beginnende dementie hoort) verschuift het zwaartepunt van de begeleiding van de dementerende naar de mantelzorger. Mantelzorgers zien hun dierbare veranderen en raken zwaarder belast. Professionele begeleiding en lotgenotencontact laten mantelzorgers (weer) hun eigen kracht ervaren. Voor mensen met beginnende dementie kan opname in een verpleeghuis op basis van dit concept met gemiddeld zeven maanden worden uitgesteld.

*De rol van de wijkverpleegkundige*

**Praktijkvoorbeeld: 'Zichtbare Schakel'**

Verpleeg- en verzorgingshuis De Posten in Enschede heeft een ambulante functie voor ouderen in Enschede Zuid zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. In de aandachtswijken Velve-Lindenhof en Wesselerbrink in Enschede zijn vier wijkverpleegkundigen ingezet in het kader van het project Zichtbare Schakel van ZonMw. Deze wijkverpleegkundigen bezoeken alle thuiswonende 75-plussers waarbij het functioneren aan de hand van het Trazag-instrument wordt beoordeeld. Steeds vindt terugkoppeling plaats naar de huisarts. Dit project wordt geëvalueerd door ZonMw. Opvallend is het hoge bereik (98%), waardoor ook zorgmijders in beeld zijn. Met veel bewoners gaat het overigens goed. Voor ouderen die ondersteuning nodig hebben of behoefte hebben aan sociale activiteiten is er aanbod vanuit het zorgcentrum, zoals maaltijden en een "Huiskamer van de buurt". Daarnaast bestaan de zogenaamde "Postenclubs" voor onder andere tai-chi, jeu de boules, tekenen en schilderen en zang.

Onderzoek van BMC (2012) in drie aandachtswijken in Den Haag en diverse steden en dorpen in West-Brabant laat zien dat de Zichtbare Schakel-wijkverpleegkundige goed is voor de klant en de portemonnee. Deze wijkverpleegkundige heeft veel ruimte om te doen wat nodig is en hoeft geen CIZ-indicaties aan te vragen voor haar eigen werkzaamheden. Het onderzoek toont aan dat de inzet van deze wijkverpleegkundige per jaar bijna € 18.000,- aan zorgkosten bespaart. Hiervan wordt 84% bereikt door het voorkomen van zorg door instellingen in de 'tweede lijn', van AWBZ-zorg dus. Daarnaast is er sprake van een toename van gemiddeld bijna twee gezonde levensjaren per cliënt (Van der Meer en Postma, 2012). Dit komt overeen met een gezondheidswinst van bijna € 38.000,—. De resultaten worden vooral behaald op psychisch en sociaal terrein en slechts in beperkte mate op het somatische vlak. Al eerder waren er positieve bevindingen met de wijkzuster (Rietveld en Smets, 2011).

### *Zorgcoördinatie*

Zorgverleners dienen samen te werken in transmurale, multidisciplinaire teams op grond van een zorgbehandelplan (RVZ, 2012). In dit behandelplan stellen zij samen met de patiënt gezondheids- en welzijnsdoelen op, zoals kwaliteit van leven, behoud of herstel van functionaliteit en participatie. Diagnostiek en behandeling worden op deze doelen gebaseerd. Alle betrokken professionals rondom een patiënt sturen op dezelfde gezondheidsdoelen (RVZ, 2012).

De eindverantwoordelijkheid ligt bij de huisarts. In het geval van oudere patiënten met complexe meervoudige problematiek is het belangrijk dat de zorg wordt gecoördineerd rondom de individuele patiënt (NHG, 2010). De huisarts kan de coördinatie van zorg en behandeling aan een verpleegkundige delegeren die reeds bij de patiënt betrokken is. Deze verpleegkundige blijft in alle fases en door alle lijnen heen naast de patiënt staan. Hij of zij coördineert de aspecten zorg, wonen en welzijn en bewaakt samen met de patiënt het zorgbehandelplan en het sturen op de geformuleerde gezondheidsdoelen.

De RVZ beveelt ook aan dat binnen de teams voldoende geriatri-sche expertise bestaat doordat de geriatri-sche expertise van de huisarts wordt versterkt en doordat deze structureel samenwerkt met de specialist ouderengeneeskunde. Bovendien participeren medisch specialisten (zoals de klinisch geriater, de internist ouderengeneeskunde, de specialist ouderengeneeskunde en de ouder- en psychiater) in het team en verrichten zij consulten in de thuis-situatie. Deze consulten kunnen op locatie plaatsvinden, maar ook virtueel (RVZ, 2012).

#### **Praktijkvoorbeeld: 'Handen ineen'**

Het project 'Handen ineen' is een praktijkvoorbeeld van een multidisciplinair samenwerkingsverband tussen een huisartsenpraktijk in Roosendaal en een extramuraal opererend team vanuit 'Stichting Groenhuysen', een regionale instelling voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Het project richt zich op het zo lang mogelijk thuis blijven wonen met een zo goed mogelijke kwaliteit van leven van de oudere patiënt. De huisarts houdt de 24-uurs regie. Hij kan professionals van 'Stichting Groenhuysen' in consult roepen, zoals bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde, de verpleegkundige, de GZ-psycholoog, de thuiszorg en de geriatrisch consulent (een ervaren HBO-opgeleide verpleegkundige). Consulten door de specialist ouderengeneeskunde worden binnen vijf dagen verricht en binnen een week gerapporteerd in de vorm van een consultverslag en behandelvoorstel. De andere pijler van het project is de screening op kwetsbare ouderen in de huisartspraktijk door de geriatrisch consulent middels de Tilburg Frailty Index (TFI), eventueel aangevuld met andere testen. In samenspraak met de specialist ouderengeneeskunde wordt advies uitgebracht aan de huisarts rondom aanpassingen in medicatie, zorg en eventuele inzet van paramedici. Multidisciplinair overleg vindt plaats op maandelijkse basis, waar onder andere aandacht is voor het opstellen van een gezamenlijk zorg-behandelplan. Op halfjaarlijkse evaluatiebasis worden consulten afgesloten of wordt de behandeling gecontinueerd.

### *Multidisciplinaire Buurtteams*

Schols (2012) spreekt in het kader van het voorgaande over multidisciplinaire buurtteams. Dit zijn teams die oog hebben voor wonen, welzijn, participatie en zorg, en die integrale langdurige zorg verlenen en opereren vanuit wijksteunpunten, waarop burgers – kwetsbaar of niet – kunnen terugvallen. Van deze multidisciplinaire buurtteams kunnen de huisarts, de praktijkverpleegkun-

dige, de wijkverpleegkundige, de specialist ouderengeneeskunde deel uitmaken, als ook maatschappelijk werkers en welzijnswerkers. Daardoor krijgen ook gemeenten een grotere rol, onder meer via de Wmo.

#### *Het virtuele verzorgings- of verpleeghuis*

De combinatie van slimme technologie en zelfzorg maakt het mogelijk dat mensen langer thuis wonen. Het verzorgingshuis hoeft niet altijd een bakstenen gebouw te zijn, zo blijkt uit de Extramuraal Gestructureerde Ouderenzorg in Nederweert. In het verlengde van een gezondheidscentrum of verzorgingshuis in de wijk bestaat sinds kort het virtueel verzorgingshuis. Mensen die hun eigen zorg niet meer kunnen regelen, doen dat nu samen met mantelzorg en hulpverleners. Via de wijkverpleegkundige krijgen de huisarts, de zorgcoördinator en de apotheek automatisch bericht wanneer een wijkbewoner hiervoor in aanmerking komt en wordt samen met de hulpverlening en familie een zorgplan opgesteld, dat op de website van het virtuele verzorgingshuis geplaatst wordt. Dit zorgplan wordt regelmatig geëvalueerd (Rombout, 2011).

#### *MENSplus project De Bilt*

Het doel van het project MENSplus is het ontwikkelen van een (bestuurlijke) organisatievorm waarbinnen de eerstelijnsgezondheidszorg, de gemeentelijke instellingen voor (thuis)zorg, welzijn en wonen met elkaar wijkgerichte multidisciplinaire programma's ontwikkelen. De Stichting Gezondheidscentra De Bilt is initiatiefnemer. Het Wmo-innovatieproject realiseert woonservicewijken. In eerste instantie is het project uitgevoerd in twee pilotwijken: De Bilt West en Maartensdijk. In beide wijken werd in maart 2008 een Wijkservicecentrum MENS geopend. Project MENS sluit aan bij de bestaande organisaties en instellingen binnen de gemeente De Bilt. Bestaande dienstverlening wordt opnieuw ingericht en zonodig uitgebreid. De centrale uitgangspunten zijn: vraaggericht, integraal, wijkgericht, ontkokerd en ketenbenadering.

Door het (re)organiseren van diensten op het gebied van wonen, welzijn en zorg biedt de gemeente De Bilt ondersteuning om zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving te blijven wonen. Of, met andere woorden, het ontwikkelen van een samenhangende infrastructuur wonen, welzijn, zorg met als doel er levensloopbestendige (service-)wijken van te maken is nodig om te bereiken dat zoveel mogelijk mensen gewoon in De Bilt kunnen (blijven) wonen.

Het project kent vijf speerpunten:

- de ontwikkelingen van een organisatie met een gemeenschappelijke front-office;
- het afstemmen van werkwijzen van de diverse disciplines;
- het ontwikkelen van integrale wijkgerichte programma's op basis van gezondheidsparameters;
- de doorontwikkeling van vroegsignalering en monitoring van kwetsbare burgers;
- het ontwikkelen van een toekomstbestendig financieringsmodel en organisatie-model.

## 5 Beleidsimplicaties/conclusie

Intramurale voorzieningen sluiten niet aan bij de behoefte van veel ouderen om langer thuis te blijven wonen, maar extramurale voorzieningen zijn nog niet gereed om de nieuwe zorgvraag op te vangen. Het grote aantal indicaties voor een verpleeghuis heeft deels te maken met het gebrek aan alternatieven voor mensen met een zware zorgvraag. Voor ouderen met een indicatie ‘verblijf’ bestaat vaak niet de mogelijkheid om deze zorg thuis te ontvangen. Voorzorg en zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek vormen de paraplu voor het ontstaan van nieuwe zorgmodellen.

### *Voorzorg*

In de ouderenzorg is een belangrijke kwestie in hoeverre we ouderen moeten screenen op kwetsbaarheid. Dat er meer oog moet zijn voor vroegtijdig functieverlies bij ouderen vanuit de eerste lijn is een van de aanbevelingen uit het advies Redzaam ouder (RVZ, 2012). Daarmee kan bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis worden voorkomen. Maar moet dit ook op grotere schaal?

Het project de Zichtbare Schakel in Enschede vindt plaats in sociaal zwakkere wijk en niet in de rest van de stad. In die wijk worden alle ouderen boven de 75 jaar bezocht door een wijkverpleegkundige. Er is wat voor te zeggen om dit alleen in sociaal zwakkere buurten te doen. Ten eerste is de sociale cohesie in die buurten waarschijnlijk minder, waardoor mensen minder beroep kunnen doen op hun naaste omgeving als er iets met ze is. Ten tweede zal het gemiddelde inkomen in deze buurten lager zijn, waardoor mensen geen private zorg voor zichzelf kunnen regelen. Ten derde zijn de huizen wellicht minder comfortabel dan in welgestelde buurten, waardoor allerlei problemen rond wonen kunnen ontstaan. De kans is dus groter dat in deze buurten ouderen wonen die niet langer ‘redzaam’ zijn. De RVZ (2012) heeft ‘niet-redzame ouderen’ gedefinieerd als ‘ouderen die de essentiële aspecten van hun leven, namelijk zorg, wonen en welzijn, niet voor zichzelf kunnen regelen’.

Het is dus van belang dat gemeenten een goed zicht hebben op de sociale samenstelling van wijken, in relatie tot bevolkingsopbouw en gezondheid. Gemeenten en de eerste lijn kunnen een wijk in kaart brengen via zogenaamde ‘wijkscans’. Dit idee sluit ook aan bij wat Slaets (2012) screenen ten behoeve van primaire segmentatie noemt.

### *...en zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek*

Doordat ouderen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen, ook wanneer er sprake is van ernstige aandoeningen, ontstaan gaandeweg nieuwe zorgmodellen. Enerzijds hebben die nieuwe modellen te maken met het gebruik van techniek: telezorg, domotica, het virtuele verpleeghuis. Daarnaast is er steeds meer oog voor mantelzorgers en eventuele overbelasting. Vooral gemeenten zijn actief op dit gebied (vanuit de Wmo). Dit zou ook vanuit de eerste lijn nog versterkt kunnen worden. In sommige gezondheidscentra en huisartsenpraktijken is er een POH-ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige die de zorg rondom een oudere coördineert, en daarbij rekening houdt met de thuissituatie. Mooie voorbeelden van nieuwe zorgmodellen op het gebied van mantelzorg zijn de mantelscan en het praktijkvoorbeeld Voorzorg bij dementie (zie 4.)

## 6 Literatuur

Bos, T. van den. Het venijn zit in de staart. Over trends in chronische ziekten en de gevolgen voor preventie en zorg. 2010.

Campen, C. van (red.), Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag: 2011.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingsprognose 2010–2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur. CBS, 17 december 2010.

Cloin, M., Bucx, F., A. de Boer en D. Oudijk. Zorgen voor elkaar. In: de sociale staat van Nederland 2011. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

Doorten, I. De sociale dimensie van ouder worden. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen. Den Haag, RVZ, 2012.

Doorten, I. en Meerding, W. Focusgroeponderzoek in het kader van het adviesproject 'De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap'. Den Haag, RVZ, 2012b).

Gair. Oud worden in Nederland. Een achtergrondstudie naar de visie van ouderen met een migratieachtergrond. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redzaam Ouder. Den Haag: RVZ, 2012.

Galenkamp, H., Plaisier, I., Huisman, M., A.W. Braam en D.J.H. Deeg. Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen. LASA: 2012.

Klerk, M. de. Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

Koenen, L. Alleen thuis. NRC Handelsblad, 2 januari 2010.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Sterke medische zorg voor ouderen. KNMG-standpunt. KNMG, maart 2010.

Machielse, A. Presentatie Genero-conferentie. 15 november 2011.

Meer, E.H. van der en J.P. Postma. De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder. Amersfoort, BMC, 2012.

Nederlands Huisartsengenootschap. NHG-Praktijkwijzer 'ouderenzorg'. Utrecht: NHG, maart 2010.

Plaisier, I., T.G. van Tilburg en D.J.H. Deeg. Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van thuiswonende ouderen. Amsterdam: VU - LASA-rapporten, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg. Signalering ethiek en gezondheid 2007. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen. Den Haag, RVZ, 2012.

Research voor Beleid. Scheiden van wonen en zorg, Ex-ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten. Leiden: 24 april 2008.

Rietveld, T. en J. Smets. Volg de wijkzuster. Missie van de Kruisvereniging geslaagd! Tilburg, Het PON, 2011.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven, RIVM, 2011.

Rombout, B. Extramuraal gestructureerde zorg heeft de toekomst. ZorgInstellingen, april 2011, 15-16.

Schols, J. Chronische zorg zo slecht nog niet. Medisch Contact, 5 oktober 2012.

Slaets, J.P.J. Screening bij ouderen. Veel redenen om het niet te doen, 1 om het wel te doen. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 2012: 156/A4771.

Sociaal en Cultureel Planbureau. VeVeRa IV. Den Haag: SCP, 2011.

Steverink, N. When and why frail elderly people give up independent living: the Netherlands as an example. Ageing and Society, 2001, no. 21, p. 45-69.

Tilburg, T.G. van. Prevalentie. In: Van Tilburg T. en J. de Jong Gierveld. Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum, 2007, p. 24-30.

VWS. Beleidagenda 2013. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012.

Zantinge E.M., Wilk, E.A. van der, S. van Wieren en C.G. Schoemaker. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2011.

Zarrinkhameh, A. en I. Doorten. LETS Care. Hoe andere vormen van solidariteit de wederkerigheid bevorderen. Achtergrondstudie. Den Haag, RVZ, te verschijnen.