

Advies gebruik 'Raamwerk Persoonsgerichte en Geïntegreerde dienstverlening aan Ouderen'

Van de werkgroep Monitoring. Definitieve versie: 8 april 2019.

Adviesverzoek

Tijdens de bijeenkomst van de Alliantie op maandag 4 maart 2019 werd het Raamwerk Persoonsgerichte en Geïntegreerde dienstverlening aan Ouderen (verder 'het Raamwerk' genoemd) gepresenteerd door Klaske Wynia (UMCG). Dit staat beschreven in de bijgevoegde bijlage. Het raamwerk schetst de kenmerken van integrale ouderenzorg op micro- en mesoniveau. De Alliantie was betrokken bij de ontwikkeling van het raamwerk. De presentatie was aanleiding de werkgroep monitoring te vragen een advies over de toepassing van het raamwerk, en de betekenis daarvan, te formuleren voor het volgende Alliantie-overleg donderdag 28 maart 2019.

Advies

De werkgroep monitoring (overleg 27 maart 2019) adviseert de Alliantie het raamwerk in de huidige vorm aan te nemen en toe te passen als concreet hulpmiddel. Bijvoorbeeld voor het vorm en inhoud geven van de transformatie naar integrale ouderenzorg in Drenthe. De werkgroep adviseert het raamwerk in eerste instantie te gebruiken voor het in kaart brengen van de actuele situatie t.a.v. de kenmerken in het raamwerk: welke kenmerken zijn gerealiseerd, zijn in ontwikkeling of moeten nog ontwikkeld worden? Aan de hand van dit overzicht kan een plan van aanpak gemaakt worden: voor de Alliantie, per regio en/of gemeente, per kernteam. Het 'Voorstel lerende netwerken en monitoring in de Alliantie' van de werkgroep (gepresenteerd tijdens het overleg van de Alliantie op 4 maart) biedt een werkwijze om aan de slag te gaan met de ontwikkelpunten in het plan van aanpak en de voortgang te monitoren.

Het raamwerk zelf moet gezien worden als een dynamisch instrument dat de Alliantie, op grond van bevindingen, verder kan ontwikkelen. De werkgroep monitoring kan dit als opdracht aan haar activiteiten toevoegen.

Vervolg

Bij een positieve reactie van de Alliantie op de adviezen van de werkgroep, ontvangt de werkgroep graag de vervolgoopdracht om:

- Aan de hand van het raamwerk de stand van zaken van de ontwikkelingen in Drenthe t.a.v. integrale ouderenzorg op micro- en mesoniveau, in kaart te brengen;
- Een advies voor een plan van aanpak voor verdere ontwikkeling op beide organisatieniveaus te formuleren;
- Een voortel in te dienen dat aansluit op de eerste twee punten voor de subsidieoproep van het programma 'De Juiste Zorg op de Juiste plek (JZOJP) – Regio impuls' (deadline 14 mei 2019)

<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/programma-detail/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/t/subsidiemogelijkheden-1/>

Contouren en kenmerken van het 'Raamwerk persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening aan ouderen'

Concept versie: 6 juni 2018. Aangepaste versie: 28 februari 2019

Dr. Klaske Wynia, UHD persoonsgerichte en geïntegreerde zorg
Afdeling Gezondheidswetenschappen, UMCG. E-mail: k.wynia@umcg.nl

Achtergrond

Dit raamwerk is het resultaat van de verkennende studie die werd uitgevoerd in opdracht van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). De studie was gericht op het ontwikkelen van een concept van, wat aanvankelijk heette, de 'Kwaliteitsstandaard Persoonsgerichte en Geïntegreerde Ouderenzorg'. Het concept van 6 juni 2018 werd tijdens een uitgebreide verkenning voorgelegd aan 50 vertegenwoordigers van relevante partijen (ouderen, zorg, sociaal werk, financiers en onderzoekers) voor verkenning van het draagvlak en het inventarisatie van kansen en potentiële knelpunten bij het realiseren van het raamwerk in de praktijk.[1] Medewerkers van het Zorginstituut Nederland, het consortium BeterOud, het ministerie van VWS, en van de programmacommissie NPO adviseerden voorafgaand aan, en tijdens de projectperiode. Op basis van de uitkomsten van de verkennende studie is de titel aangepast in 'Raamwerk Persoonsgerichte en Geïntegreerde dienstverlening aan ouderen'. In deze aangepaste versie van de notitie (28 februari 2019) is deze titel toegepast en is inleidende informatie toegevoegd die de notitie completeert. De contouren en kenmerken zijn, op advies van partijen, ongewijzigd gebleven. Aanvullingen en aanpassingen kunnen in de toekomst plaatsvinden op basis van kennis en ervaringen uit de praktijk. Een volledige beschrijving van de resultaten van het project zijn terug te vinden in het eindrapport ([Link naar rapport](#)).

Inleiding

In Nederland heeft de Rijksoverheid het voortouw genomen in de transformatie naar een nieuw persoonsgericht en geïntegreerd zorgsysteem. Per 1 januari 2015 is de verantwoordelijkheid voor ondersteuning en begeleiding gedecentraliseerd naar gemeenten en de transformatie naar een persoonsgericht en geïntegreerd beleid is in volle gang. Organisaties en financiers van zorg en welzijn zoeken naar passende oplossingen. Om echt een slag te kunnen slaan met integraal beleid is een andere manier van werken nodig. Dit vereist nieuwe rollen en vaardigheden van beleidsmakers, professionals, onderzoekers én burgers.[2]

Doel en concept raamwerk

Doel van het raamwerk is dat het de transformatie naar een nieuwe vorm van dienstverlening ondersteunt. Het raamwerk beschrijft waarden en normen in de zorg voor (kwetsbare) ouderen, geeft helderheid aan ouderen en professionals, en biedt handvatten voor bestuurlijke verantwoording.

Het concept raamwerk werd ontwikkeld op basis van een uitgebreide deskresearch die leidde tot de volgende bevindingen en besluiten:

- Als basis voor het beschrijven van het raamwerk dient het *evidence based 'Framework on integrated people-centred health services'* van de WHO met een (wereldwijd) gedragen en overstijgende visie.[3]
- Voor het formuleren van 'waarden en normen van zorg voor (kwetsbare) ouderen' bieden diverse documenten handvatten, zoals het rapport van de taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?'[4] en de Volksgezondheid Toekomst Verkenning [2], en het '*World report on Ageing and Health*'[5].

Op basis van deze bronnen werd het concept raamwerk opgesteld voor de raadpleging van relevante partijen.

Visie

Uitgangspunt van het raamwerk is de persoon van de oudere en diens wensen en behoeften bij de gevolgen van het ouder worden - ongeacht zijn/haar gezondheidstoestand en verblijfplaats (thuis, ziekenhuis of verpleeghuis). Doel is het welbevinden en de (positieve) gezondheid van de oudere te behouden, liefst te bevorderen. Hierbij past de visie: "Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning aan ouderen beoogt een toekomst waarin alle ouderen samenhangende zorg en ondersteuning ontvangen die aansluit op hun levensloopbehoeften en voorkeuren, en veilig, effectief, tijdig, efficiënt en van aanvaardbare kwaliteit is". Dit is conform de visie van het *Integrated people-centred health services framework*. [3]

Deze visie impliceert dat bij de transformatie naar persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning aan ouderen, het *microniveau* het uitgangspunt is voor het organiseren van zorg en ondersteuning, en daarmee ook bij het formuleren van de kenmerken van het raamwerk. Het *meso- en macroniveau* zijn voorwaardenscheppend voor de primaire processen op het microniveau. Zij vraagt om het anders organiseren van de zorg en ondersteuning.

Positie en reikwijdte

Gelet op de hierboven beschreven visie overstijgt en verbindt het raamwerk de diverse professies, domeinen (maatschappelijke dienstverlening en zorg), organisaties (voor zorg en welzijn) en financieringsstromen (Zvw, Wlz en WMO). Het raamwerk onderscheidt zich daarmee van kwaliteitsstandaarden, kwaliteitskaders en zorgstandaarden. Zo is het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gericht op een specifiek locatie en de ouderen die daar verblijven, is het kwaliteitskader Wijkverpleging gericht op een specifieke professie en de cliënten aan wie zij zorg verlenen, en richten zorgstandaarden zich op een bepaald ziektebeeld, zoals dementie.

Contouren van het raamwerk

In het raamwerk zijn de kenmerken, gerelateerd aan deze doelgroepen en partijen, uitgewerkt op drie organisatieniveaus, de contouren van het raamwerk. Daarbij gaat het om:

- Transformatie op microniveau: het niveau van de ouderen, professionals en vrijwilligers.
- Integratie op mesoniveau: het niveau van de aanbieders en financiers van zorg en welzijn.
- Leiderschap op macroniveau: landelijke overheid.

Centraal staan de (positieve)gezondheid en het welbevinden van de oudere en de processen (op microniveau) tussen de ouderen/naasten, professionals en vrijwilligers. Het mesoniveau sluit daarop aan. De primaire doelstelling van de samenwerkende organisaties is gericht op het scheppen van voorwaarden voor- en het ondersteunen van de processen op microniveau. De Rijksoverheid en gemeenten, in hun leidinggevende rol, bewaken en stimuleren de processen op de andere niveaus. Waar nodig nemen zij een regisserende rol op zich.

Kenmerken van het raamwerk

Binnen de contouren worden de kenmerken van het raamwerk uitgewerkt voor de betrokken partijen. Ze beschrijven 'wat' er kenmerkend is voor persoonsgerichte zorg en ondersteuning aan ouderen (microniveau) en 'wat' voorwaarden zijn op meso- en macroniveau om de persoonsgerichte zorg en ondersteuning op microniveau te realiseren. Ze beschrijven niet 'hoe' partijen deze een en ander moeten realiseren. Partijen

maken zelf keuzes voor de meest effectieve en efficiënte wijze van realisatie van een kenmerk binnen de eigen context.

Uitwerking van het raamwerk

Hierna volgt de uitwerking van het raamwerk op de drie organisatieniveaus en voor de betrokken partijen.

Transformatie op microniveau: het niveau van de ouderen, professionals en vrijwilligers

Op microniveau vindt de transformatie plaats van 'medisch gerichte zorg' naar 'persoonsgerichte zorg'. Kenmerkend voor persoonsgerichte zorg is dat wensen en behoeften van de oudere¹ centraal staan bij het organiseren van de zorg en ondersteuning. De oudere neemt actief deel in het bepalen en organiseren van de eigen zorg en ondersteuning en voert daarbij de regie. Dat vereist dat ouderen daartoe toegerust zijn, door bijvoorbeeld training en opleiding, en de steun krijgen die ze nodig hebben om beslissingen te nemen en deel te nemen in de eigen zorg.⁴

De oudere

- voert de regie over de eigen gezondheid en bij het organiseren van de huidige en toekomstige organisatie van zorg en ondersteuning.
- heeft een eigen, persoonsgehouden dossier, waarover hij/zij de regie voert en waarin betrokken hulpverleners rapporteren en communiceren.
- neemt actief deel aan zelfmanagement support en preventieprogramma's met als doel zo lang als mogelijk gezond en zelfredzaam te blijven, en zelf de regie over het eigen leven te blijven voeren.

Wanneer er sprake is van afnemende gezondheid:

- formuleert, samen met de casemanager, een zorgleefplan voor de actuele en potentiële gezondheidgerelateerde problemen van dat moment, en in de toekomst bij verder afnemende gezondheid.
- realiseert en evalueert, met de casemanager, het zorgleefplan.

De hulpverleners

- zorgen er voor, samen met buurtteams en vrijwilligers, dat ouderen (in de wijk) sociaal-, fysiek, en mentaal actief blijven, mee blijven tellen en eenzaamheid voorkomen wordt.
- ondersteunen de ouderen bij het voeren van de regie over de eigen gezondheid en het organiseren zorg en ondersteuning.
- organiseren zelfmanagement support en preventieprogramma's gericht op bewegen, voeding en sociale contacten, het in stand houden of bevorderen van de zelfredzaamheid en de eigen regie.
- realiseren kernteams voor elke huisartspraktijk die, naast de huisarts, minimaal bestaan uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een sociaal werker.

De leden van de kernteams

- monitoren het actuele risicoprofiel van de ouderen in de huisartspraktijk.
- bepalen, gebaseerd op diens risicoprofiel, de intensiteit van zorg en ondersteuning voor de oudere die kan variëren van groepsactiviteiten tot intensief casemanagement.
- bieden casemanagement aan kwetsbare ouderen met preventieve en proactieve zorg en ondersteuning bij het voeren van de eigen regie en zelfmanagement van de oudere.
- beide artsen (huisarts en specialist ouderengeneeskunde) in het kernteam ontwikkelen gezamenlijk een samenhangend medische behandelplan voor kwetsbare ouderen met als doel het gebruik van

¹ Wanneer in deze notitie geschreven wordt over 'de oudere(n)' kan dit in veel gevallen gelezen worden als 'oudere(n) en naaste(n), en soms als 'oudere(n) en mantelzorg(er)s'.

dure medisch specialistische zorg te beperken en (spoed)opnames in het ziekenhuis of verpleeghuis te voorkomen.

- werken vanuit het motto: 'generiek waar mogelijk en specifiek/specialistisch waar nodig'.
- overleggen regelmatig over afstemming en organisatie van de zorg en ondersteuning van ouderen in de huisartspraktijk.
- rapporteren en communiceren in het persoonsgehouden dossier van de oudere.
- reflecteren op het eigen functioneren en volgen trainingen om het eigen functioneren verder te verbeteren.

De casemanager (wijkverpleegkundige of sociaal werker)

- begeleidt een kwetsbare oudere langere tijd en bouwt een professionele vertrouwensrelatie op met de oudere.
- kent de oudere, zijn/haar levensverhaal, actuele wensen en behoeften wanneer de gezondheid afneemt en zorgbehoeften toenemen.
- voert regelmatig anamnese gesprekken om gezondheidgerelateerde problemen vroegtijdig op te sporen.
- formuleert, realiseert, monitort en evalueert zorgleefplannen met de oudere en past daarbij methoden voor 'goal planning' toe.
- ontwikkelt, namens de oudere, met de huisarts en specialist ouderengeneeskunde in het kernteam een samenhangend medisch behandelplan voor de oudere.
- maakt gebruik van *evidence based decision support* hulpmiddelen voor monitoring, anamnese en evaluatie van gezondheidgerelateerde problemen, voor objectivering van afzonderlijke gezondheidgerelateerde problemen, zorgpaden, etc..

Integratie op mesoniveau: het niveau van de aanbieders en financiers van zorg en welzijn

Organisaties stellen gezamenlijk de professionals en vrijwilligers in staat persoonsgerichte zorg en ondersteuning voor ouderen te organiseren en te realiseren die aansluit hun wensen en behoeften. gezamenlijk creëren en realiseren zij een (preventief en proactief) zorgaanbod, maken zij afspraken over de gezamenlijke verantwoordelijkheden, beleid en bestuur (governance), financiering, waarborgen van kwaliteit en veiligheid (interne kwaliteitsbewaking), veilig wonen en communicatie. De belangen van de persoonsgerichte zorg voor ouderen en de gezamenlijke (samenwerkende) organisaties wegen daarbij zwaarder dan de belangen van de afzonderlijke organisaties.

Gezamenlijk zorgaanbod

De samenwerkende organisaties realiseren gezamenlijk de (essentiële) onderdelen van het zorgaanbod zoals:

- Structurele monitoring van de actuele kwetsbaarheid van de individuele oudere en de lokale/regionale populatie ouderen.
- Een multidisciplinair en generalistisch kernteam onder leiding van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde van de oudere, dat minimaal bestaat uit de huisarts, een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een sociaal werker. Het kernteam is verantwoordelijk voor het organiseren van samenhangende, preventieve en proactieve zorg, ondersteuning en medische behandeling die aansluit op de wensen, behoeften en levensloop van de oudere. Afspraken hierover zijn vastgelegd in een toegankelijk individueel zorgleefplan.
- Casemanagement (individuele ondersteuning) voor kwetsbare ouderen bij het voeren van de eigen regie en organiseren van passende zorg en ondersteuning.
- Gezamenlijke dossiervoering voor de individuele oudere (persoonsgehouden dossier).

- Besluitvorming ondersteunende middelen voor monitoring, anamnese en evaluatie van gezondheidgerelateerde problemen, hulpmiddelen voor objectivering van afzonderlijke gezondheidgerelateerde problemen, zorgpaden, etc..
- Buurteams (of wijkteams) en vrijwilligers in de buurt die ervoor zorgen dat ouderen in de wijk blijven meetellen en sociaal, fysiek en mentaal actief blijven.
- Programma's voor preventie en ondersteuning van het zelfmanagement vermogen en de eigen regie van ouderen.

Samenwerkingsafspraken tussen aanbieders van zorg en welzijn

Organisaties van zorg (minimaal VVT-organisatie en huisartsen) en welzijn (sociaal werk) maken duurzame samenwerkingsafspraken zodat zij gezamenlijk in staat zijn zorg en ondersteuning te bieden die aansluit aan de behoeften en voorkeuren van de ouderen in de regio.

Afspraken betreffen de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor:

- Het realiseren van een samenhangend, preventief en proactief zorgaanbod met als doel:
 - de gezondheid en het welbevinden van ouderen te bevorderen;
 - (spoed) opnames in ziekenhuis of verpleeghuis te voorkomen dat ouderen zo lang als mogelijk en wenselijk thuis kunnen blijven wonen.
- Het beleid en bestuur van de samenwerkende organisaties (governance).
- Het waarborgen van kwaliteit en veiligheid van zorg en ondersteuning van ouderen.
- Het waarborgen van een passend opleidingsniveau van de professionals en vrijwilligers die zorg en ondersteuning verlenen.
- Het realiseren van veilig wonen (in huis) in een veilige woonomgeving (de buurt).
- Het waarborgen van toegankelijkheid van zorg en ondersteuning.
- Communicatie en gegevensveiligheid.
- De financiering van het gezamenlijke aanbod.
- Communicatie en afstemming met (vertegenwoordigers) van de ouderen.
- Intern toezicht op kwaliteit, beleid en financiën door een raad van toezicht / commissarissen namens de ouderen en met maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Afspraken tussen organisaties zijn vastgelegd in een juridische samenwerkingsovereenkomst.

Samenwerkingsafspraken tussen financiers van zorg en welzijn

Financiers van zorg (zorgverzekeraars en zorgkantoor) en welzijn (gemeenten) maken duurzame samenwerkingsafspraken over de financiering van zorg en welzijn zodat de realisatie van een passend preventief en proactief zorgaanbod voor de ouderen in de regio gewaarborgd is. Financiers zien erop toe dat *alle ouderen* in de regio passende preventieve en proactieve zorg en ondersteuning krijgt.

Integratie op macroniveau: landelijke overheid

De overheid toont leiderschap en fungeert als 'aanjager' van de transformatie in het zorgstelsel richting geïntegreerde persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Voor onderdelen van de transformatie is centrale regie wenselijk, zoals bij:

- Het ontwikkelen van nieuwe vormen van (integrale) financiering.
- Het bieden van ondersteuning en veiligheid aan organisaties en haar medewerkers wanneer zij in hun voortbestaan bedreigd worden door de transformatie.
- Het realiseren van een persoonlijke gezondheidsomgeving (persoonsgehouden dossier) met een persoonsgehouden dossier waarin alle leden van het multidisciplinaire team rapporteren.
- Het realiseren van extern toezicht, de inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- Het ondersteunen van onderwijs, onderzoek en ontwikkeling bij de transformatie naar geïntegreerde en persoonsgerichte zorg en ondersteuning.

Literatuur

1. Wynia, K. en Spoorenberg, S.L.W. (2017). *Plan van aanpak voor de 'Vorbereidingsfase' voor het ontwikkelen van de 'Kwaliteitsstandaard Persoonsgerichte en Geïntegreerde Ouderenzorg'*. Subsidieaanvraag ZonMw met Projectnummer: 633300028. Universitair Medisch Centrum Groningen. Groningen.
2. Hilderink HBM, Verschuuren M. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese*. Rapport 2018-0030. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven.
3. World Health Organization (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services*. Geneva: World Health Organization.
4. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? Rapport van de Taskforce*. Den Haag.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
5. World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.