

Bijlage 1. Verzoek VWS

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag
Zorginstituut Nederland T.a.v. S. Landa Postbus 320 1110 AH Diemen

Datum 13 oktober 2020
Betreft Integrale programma's voor kwetsbare ouderen

Geachte mevrouw Landa,

Op 21 mei 2019 verscheen de handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk'. Achterliggende doelstelling voor de groep kwetsbare ouderen is het meer inzetten op proactieve, integrale en persoonsgerichte zorg. In gespreksronden hebben veldpartijen aangegeven dat het gebrek aan structurele bekostiging een obstakel is in het realiseren van dergelijke integrale zorg (als een 'Samenhangende Interventie'). De integrale zorg wordt nu geleverd via programma's die middels overeenkomsten tussen de verzekeraar en zorgaanbieder tot stand komen. Voor het eventueel ontwikkelen van structurele bekostiging is het van belang dat de eenduidigheid binnen deze projecten zichtbaar wordt en vaststaat of alle activiteiten Zwv-verzekerde zorg betreffen.

Daarom wil ik het Zorginstituut vragen om duidelijkheid te geven over:
de definitie van het betreffende indicatiegebied (om hoeveel mensen gaat het, hoe ver strekt het indicatiegebied).
welke interventies binnen de handreiking als Zwv-zorg kwalificeren (met name waar het gaat om multidisciplinair overleg), waar het snijvlak ligt met de Wmo;
Wanneer hierdoor een duidelijker beeld ontstaat van de integrale programma's voor kwetsbare ouderen, kan de stap worden gezet naar hoe een en ander zou kunnen landen in de reguliere bekostiging. Op die manier kan deze zorg worden doorontwikkeld.

Hoogachtend,
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, namens deze,
de directeur Curatieve Zorg,
drs. Birgitta E. Westgren

Bijlage 2.

Notitie Samenhangende Interventie Integrale Zorg Voor Thuiswonende Kwetsbare Ouderen met een Complexe Zorgsituatie¹

Projectgroep Complexe Kwetsbaarheid Thuis,
Ron van Asselt, Aster de Lange, Carel Mastenbroek, Tjitske Vreugdenhil,
Team Ouderenzorg,
Zorginstituut Nederland

Achtergrond

In 2019 hebben 13 landelijke partijen de handreiking *Kwetsbare Ouderen Thuis- Integrale zorg en ondersteuning in de wijk* uitgebracht. Hoewel dit een handreiking is en geen zorgstandaard of richtlijn, blijkt uit de handreiking de voorkeur van de partijen voor integrale zorg voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie.

De handreiking spreekt van ouderen met complexe kwetsbaarheid en definieert deze groep als als ouderen die (ernstige) problemen of klachten ervaren op meerdere gebieden (lichamelijk, psychisch, mobiliteit, cognitie).

De kern van de handreiking is het 6 stappenplan. De stappen 1, 2 en 3 betreffen het signaleren, analyseren en vaststellen van mogelijke kwetsbaarheid en complexiteit van de zorgsituatie. Stappen 4 tot en met 6 betreffen de medische- en verpleegkundige zorg en ondersteuning uit het sociale domein voor ouderen met complexe kwetsbaarheid. Deze zorg bestaat uit verschillende aan elkaar gerelateerde elementen.

In deze notitie noemen wij deze zorg en ondersteuning de Samenhangende Interventie Integrale Zorg voor Thuiswonende Kwetsbare Ouderen met een Complexe Zorgsituatie (SI)

Om tot een uitspraak te komen over verzekerde zorg, is het nodig dat er een duidelijke beschrijving is van wat de SI inhoudt, wat ze beoogt te bereiken en wat de indicaties zijn voor de SI. De handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis geeft hier onvoldoende duidelijkheid over.

Om meer inzicht in te krijgen in wat de SI is en wie ervoor in aanmerking komt hebben wij de beschrijvingen en protocollen van 15 Nederlandse programma's voor integrale zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen bestudeerd.

Aan de hand van de beschrijvingen en protocollen hebben we de belangrijkste doelen en kernelementen van de SI op patiëntniveau geïdentificeerd. Daarnaast zijn we gekomen tot een beschrijving van de indicaties en de randvoorwaarden voor de SI.

Werkwijze

De keuze van de programma's die we hebben bestudeerd was deels gebaseerd op het beschikbaar zijn van een uitgebreide beschrijving van het programma. Daarnaast hebben we erop gelet dat we programma's uit vrijwel alle provincies hebben meegenomen en dat we programma's uit zowel stedelijke als plattelandsgebieden hebben geïnccludeerd. Het overzicht van de bestudeerde zorgprogramma's staat in bijlage 1.

Alle teamleden hebben individueel een aantal programma's bestudeerd op doelen, elementen van de zorg en ondersteuning die geleverd wordt, manieren waarop wordt nagegaan of ouderen in aanmerking komen voor het programma, kenmerken van ouderen die aanmerking komen voor het programma en de randvoorwaarden om het programma uit te kunnen voeren (zie bijlage 2). Vervolgens hebben we overzichten gemaakt van alle doelen, elementen, randvoorwaarden en wijzen van indicatiestelling en indicaties. Gezamenlijk hebben we uit deze lijsten de "gemene delers" gehaald.

¹ Omdat verschillende partijen de term 'samenhangende interventie' verwarrend vonden, hebben we deze term in de *Notitie kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie* vervangen door de term 'samenhangende zorg en ondersteuning'.

Resultaten

Doelen SI

We hebben 17 doelen geïdentificeerd in de zorgprogramma's die we hebben bestudeerd. Hoofdpijnen die we in de beschreven doelen herkenden zijn:

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

Genoemde doelen in de zorgprogramma's

- Kwetsbare ouderen zo lang mogelijk in optimale gezondheid en kwaliteit van leven in hun voorkeursomgeving te laten wonen;
- Helpen om de regie over de eigen gezondheid te verstevigen;
- Preventieve zorg voor deze groep met hoge risico's;
- Proactieve en integrale zorg leveren waarbij de huisarts de regiefunctie heeft;
- Kwetsbaarheid en achteruitgang bij deze groep eerder opmerken, ondersteunen en behandelen opdat ze zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, een vorm van georganiseerde vroeg signalering;
- Aandacht voor preventie op het gebied van wonen en welzijn;
- Ouderen, vanuit verschillende dom (SFMPC), de mogelijkheid bieden zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven thuis wonen;
- Behoud van zelfredzaamheid en het dagelijks functioneren met optimale kwaliteit van leven;
- Het voorkomen van (acute) (her)opname in een ziekenhuis of instelling voor langdurige zorg;
- Samenhangende zorg organiseren rondom kwetsbare oudere;
- Goede informatievoorziening- en uitwisseling rondom zorg en ondersteuning voor de kwetsbare oudere;
- Continuïteit van zorg en ondersteuning voor de kwetsbare oudere thuis waarborgen;
- Verbindingen leggen met de wijknetwerken van de kwetsbare oudere;
- Door samenwerking en afstemming rondom kwetsbare oudere zorgen voor minder acute ontsporingen;
- Bij te dragen aan het verlagen van de zorgkosten door het voorkomen van dubbelingen in de coördinatie en afstemming van de zorg en ondersteuning, substitutie vanuit de tweede lijn, minder verpleeghuisopnames, vermindering van acute ontsporingen en vermindering van administratieve lasten;
- Het bewerkstelligen van een structurele verandering in de organisatie van de zorg en ondersteuning voor kwetsbare thuiswonende ouderen;
- Verbindingen te leggen vanuit het medische domein met informele zorg netwerken rondom de kwetsbare oudere

Elementen van zorg en ondersteuning die vallen onder de SI

In de zorgprogramma's hebben we 25 verschillende elementen van zorg en ondersteuning geïdentificeerd.

Een deel van de elementen zijn zorginhoudelijk elementen, gericht op preventie en op diagnostiek en behandeling. Ook zijn er elementen betreffende de coördinatie van de zorg

door verschillende zorgverleners (wijkverpleegkundige, huisarts, medisch specialist, GGZ-zorgverleners, paramedici). Daarnaast zijn er elementen die gericht zijn op de afstemming van integrale zorgverlening vanuit het medische en verpleegkundige domein met ondersteuning vanuit het sociale domein (zie bijlage 3 en 4).

Een aantal elementen komt in vrijwel alle zorgprogramma's voor. Deze elementen zien wij als kernelementen van de SI.

- ✓ Eerstelijns kernteam dat gestructureerd periodiek multidisciplinair overleg heeft over de diagnostiek, behandeling en begeleiding van de oudere en zijn of haar partner/mantelzorger;
- ✓ Individueel zorgplan waarin de problemen, wensen, doelen en de afspraken over de behandeling en begeleiding, op alle levensgebieden (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatie) vastgelegd worden. In het individueel zorgplan staat ook wat er gedaan moet worden in crisissituaties en wat er afgesproken is naar aanleiding van een advance care planningsgesprek. Het individueel zorgplan wordt opgesteld in overleg met de betrokken zorgverleners, de oudere en de mantelzorger.
- ✓ Casemanagement gericht op afstemming van de zorg op de wensen en mogelijkheden van de oudere en van het netwerk van de oudere. Daarnaast richt het casemanagement zich op coördinatie van de zorg en ondersteuning die geleverd wordt door alle betrokken professionals en mantelzorgers.
- ✓ Medische eindverantwoordelijkheid van de huisarts over de SI wat betreft de zorg voor individuele ouderen.
- ✓ Regie van de SI vanuit de huisartsenpraktijk. De huisartsenpraktijk heeft een centrale rol in de regie op patiënt niveau, bijvoorbeeld wat betreft de organisatie van het periodieke overleg over de oudere. Ook in de regie op het niveau van de organisatie van het programma ligt de centrale rol bij de huisartsenpraktijk.

Hieronder staan alle 25 elementen die we hebben geïdentificeerd. In bijlage 3 staat de nadere omschrijving van de elementen.

Genoemde elementen van de SI in de zorgprogramma's
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individueel zorgplan ▪ Advance care planning ▪ Multidisciplinair overleg ▪ Functionele- en zorgdiagnostiek ▪ Meekijkconsult specialist ouderengeneeskunde ▪ Medicatiebeoordeling ▪ Casemanagement ▪ Informatie-uitwisseling tussen alle betrokken zorgverleners ▪ Noodplan ▪ Actieplan ▪ Consult dieetzorg ▪ Consult fysiotherapie ▪ Gestructureerd periodiek overleg ▪ Casemanagement dementie ▪ Verbinding leggen met het sociaal domein/domein wonen en de ouderenadviseur ▪ Huisarts als regisseur ▪ Samen beslissen/ Gezamenlijke besluitvorming (oudere en zorgverleners) ▪ (Eerstelijns) Kernteam (huisarts, praktijkondersteuner en de wijkverpleegkundige, waar nodig aangevuld met casemanager dementie, specialist ouderengeneeskunde en ouderen/welzijn adviseur) ▪ Evalueren interventies en doelen ▪ Mantelzorgondersteuning ▪ Palliatieve zorg ▪ Connectie sociaal wijkteam ▪ Afspraken taak- en rolverdeling

- Inventarisatie problematiek
- Samenwerking met medisch specialisten

Randvoorwaarden gericht op de integraliteit van zorg en ondersteuning

Belangrijke randvoorwaarden betreffen de regionale, huisartsenpraktijk overstijgende afspraken die het mogelijk maken dat de SI op het niveau van de individuele patiënt goed kan worden uitgevoerd.

Het gaat hierbij bijvoorbeeld om afspraken tussen regionale partijen in de zorg en ondersteuning over gezamenlijke dossiervoering, organisatie van een multidisciplinair overleg en een vast kernteam. De bedoelde regionale partijen zijn de partijen die deel uitmaken van het kernteam (veelal de huisarts, praktijkondersteuner ouderenzorg, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, een professional uit het sociale domein), ziekenhuizen, medisch specialisten, de huisartsen diensten structuur, aanbieders van dagbesteding, huishoudelijke hulp en informele zorgverleners. Om tot afspraken te komen zijn het van belang dat er regionaal een kader van gedeelde doelen en waarden met betrekking tot de zorg en ondersteuning voor ouderen is. Daarnaast zijn goede contacten en 'korte lijnen' tussen de partijen noodzakelijk.

Een aantal zorgprogramma's maakt gebruik van een 'programma overstijgende regievoering', vaak in de persoon van een projectleider die zorg draagt voor de doorontwikkeling en implementatie van het zorgprogramma in de regio.

Indicatie voor SI

In vrijwel alle programma's die we hebben bekeken wordt de SI ingezet bij ouderen bij wie er sprake is van kwetsbaarheid in combinatie met een complexe zorgsituatie. Het nagaan of ouderen in aanmerking komen voor de SI verloopt in vrijwel alle programma's stapsgewijs. Eerst wordt vastgesteld of er een verhoogd risico op kwetsbaarheid is. Vervolgens wordt beoordeeld of er daadwerkelijk sprake is kwetsbaarheid aan de hand van een inschatting van het functioneren van de oudere op verschillende levensgebieden. Daarna wordt beoordeeld of de zorgsituatie complex is of niet. In vrijwel alle programma's wordt gebruik gemaakt van gevalideerde instrumenten om (het risico op) kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie te beoordelen. De klinische blik en het oordeel over de meerwaarde van inzet van de SI voor een individuele oudere van de zorgprofessional zijn doorslaggevend voor de indicering van kwetsbare ouderen voor de SI.

De stapsgewijze beoordeling sluit aan bij de stappen 1 (signalering), 2 (gesprek met oudere en vaststellen kwetsbaarheid) en 3 (multi- domein analyse) van de handreiking *Kwetsbare Ouderen Thuis*.

Een uitgebreidere beschrijving van de stappen en de instrumenten die bij de stappen gebruikt worden staan in bijlage 5.

Kenmerken van kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie

Gebaseerd op de bovenstaande 3 stappen worden in de bestudeerde zorgprogramma's ouderen met kwetsbaarheid en een complexe zorgsituatie beschreven als ouderen met problemen en verminderd functioneren op meerdere levensgebieden (of één ernstig probleem/verminderd functioneren op één gebied) die meerdere zorgverleners hebben en zelf onvoldoende in staat zijn om regie te voeren op de zorg.

In andere woorden, kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie worden gekenmerkt door een combinatie van:

- ✓ problemen: multimorbiditeit, polyfarmacie, cognitieve stoornis, een of meer 'geriatric giants' (vallen, ondergewicht, incontinentie, decubitus, depressie, communicatiestoornis);
- ✓ verminderd functioneren: ADL, mobiliteit, zelfredzaamheid;
- ✓ complexe zorgsituatie: meerdere hulpverleners, frequente (semi) spoedvragen, niet in staat om reguliere controles te volgen, weinig ondersteuning, inadequate eigen regiefunctie.

Indicatie voor de samenhangende interventie:

Voor de indicatie voor de SI hebben we de volgende grote lijn gevonden:

<p>75-plussers* met:</p> <p>Eén of meer van de volgende problemen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Problemen met de cognitie• Een of meer <i>geriatric giants</i>: vallen, ondergewicht, incontinentie, decubitus, depressie, communicatiestoornis• Multimorbiditeit• Polyfarmacie• Problemen met de uitvoer van algemene dagelijkse levensverrichtingen <p>Plus</p> <ul style="list-style-type: none">• Verminderd functioneren op meerdere gebieden of ernstig verminderd functioneren op één gebied <p>Plus</p> <ul style="list-style-type: none">• Zorg van andere zorgverlener(s) anders dan alleen van de huisarts en wijkverpleegkundige <p>Plus</p> <ul style="list-style-type: none">• Verminderd in staat (oudere zelf of mantelzorger) om regie te voeren op zorg en ondersteuning <p>Plus</p> <p>Door betrokken zorgverleners vastgestelde noodzaak tot</p> <ul style="list-style-type: none">• Betere afstemming en coördinatie van zorg en ondersteuning <p>óf</p> <ul style="list-style-type: none">• Meer expertise op het gebied van diagnostiek, behandeling of begeleiding <p>óf</p> <ul style="list-style-type: none">• Casemanagement
--

*Deze leeftijdsgrens komt niet voort uit de analyse van de programma's. Het is een pragmatische grens, gebaseerd op het feit dat een combinatie van kwetsbaarheid en een complexe zorgsituatie vooral voorkomt bij 75 plussers.

Resumerend:

SI Integrale Zorg Voor Thuiswonende Kwetsbare Ouderen met een Complexe Zorgsituatie	
Doelen	<ul style="list-style-type: none">➢ Behoud of verbetering van kwaliteit van leven op alle levensgebieden (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief (SFMPC));➢ Behoud of verbetering van eigen regie en zelfredzaamheid;➢ Preventie van crisissituaties, preventie van ongeplande opnames in het ziekenhuis, preventie of uitstel van opname in Wlz-instelling;➢ Preventie, uitstel of beperking van de functionele achteruitgang van de oudere;➢ Vergroten van de doelmatigheid van de zorg;➢ Preventie of beperking van stress en functionele achteruitgang van de mantelzorger en➢ Continuïteit van (integrale) zorg en ondersteuning.
Kernelementen	<ul style="list-style-type: none">➢ Eerstelijns kernteam en gestructureerd periodiek multidisciplinair overleg;➢ Individueel interdisciplinair opgesteld zorgplan;➢ Casemanagement;➢ Medische eindverantwoordelijkheid bij de huisarts;➢ Regie van SI op patiënt niveau en op het niveau van de organisatie

	van het programma vanuit de huisartsenpraktijk.
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Afspraken in de regio voor de huisartspraktijk overstijgende uitvoering van de SI over organisatie van kernteam en multidisciplinair overleg, dossiervoering
Indicatie	<p>75-plussers met:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ één of meer van de volgende problemen: <ul style="list-style-type: none"> ✓ cognitieve stoornis ✓ één of meer Geriatric giants: vallen, ondergewicht, incontinentie, decubitus, depressie, communicatiestoornis ✓ multimorbiditeit ✓ polyfarmacie ➤ in combinatie met: <ul style="list-style-type: none"> ✓ verminderd functioneren op een of meerdere levensgebieden ➤ plus: <ul style="list-style-type: none"> ✓ zorg van meerdere zorgverleners (anders dan alleen huisarts en wijkverpleegkundige) <u>of</u> ✓ een verminderd vermogen om regie te voeren op de zorg en ondersteuning ➤ plus: <ul style="list-style-type: none"> ✓ door betrokken zorgverleners vastgestelde noodzaak om langdurig zorg beter af te stemmen tussen zorgverleners onderling en op de wensen en situatie van de oudere m.b.t. doelen, inzet van onderzoek, behandelingen (waaronder medicatie), ondersteuning, hulpmiddelen, handelen bij exacerbaties of crises. <u>of</u> ✓ door betrokken zorgverleners vastgestelde noodzaak voor beroepsgroep overtreffende expertise op het gebied van diagnostiek, behandeling, begeleiding <u>of</u> ✓ door zorgverleners vastgestelde noodzaak tot casemanagement.

Bijlages

Bijlage 1

Overzicht van bestudeerde zorgprogramma's	
Bergen op Zoom	http://docplayer.nl/16503786-Richtlijn-vroegsignalering-kwetsbare-ouderen-en-opvolging.html
Zuid Oost Brabant, PoZoB	https://www.pozob.nl/wp-content/uploads/2020/01/Protocol-Zorgprogramma-KODementie-2020.pdf
Utrecht, OmU	https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/Handboek-ouderenzorg-2018-V20180717.pdf
Maastricht, (G)OUD	https://www.zio.nl/wp-content/uploads/2018/07/180105-Ouderenzorg-algemeen-protocol-ketenzorg-versie-180105.pdf
Velp. Praktijk Bertholet	https://praktijkouderengeneeskunde.nl/
Amsterdam, Beter Oud in Amsterdam	https://www.elaa.nl/wat-we-doen/ouderenzorg/beter-oud-in-amsterdam
Eemland	https://huisartseneemland.nl/zorgverleners/kwetsbare-ouderen/#toggle-id-2
Zuid Holland Noord	https://www.knooppuntketenzorg.nl/programmas/ouderen/
Nijmegen, OCE Nijmegen	https://ocenijmegen.nl/sites/ocenijmegen.nl/files/zorgprogramma_ouderen_2019_def_6_mei_2019.pdf

Groningen, GHC	file:///fs/home/MMT/Downloads/20191213%20Zorgprotocol%20Ouderenzorg%20GHC.pdf
Drenthe, HZD	https://www.hzd.nu/ouderenzorg
Apeldoorn	https://www.huisartsenregioapeldoorn.nl/site/kwetsbare-ouderen
West Achterhoek	http://www.ken+nisnetwerkkwetsbareouderen.nl/wms/fm/usefiles/content/7B7E14CC-13D0-2ABA-714D-1327DECE6137.pdf
Delft en omstreken	https://zel.nl/wp-content/uploads/2018/02/Handreiking-PGZ-ouderen-in-de-HAP-DEF.pdf

Bijlage 2

Data extractie
<p>Ieder team lid heeft een aantal zorgprogramma's bestudeerd op de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beoogde doelen van de SI ▪ Essentiële elementen van de SI ▪ Optionele elementen van de SI ▪ Profiel/beschrijving van de ouderen die in aanmerking komen voor de SI ▪ Indicaties voor de SI ▪ Hoe wordt kwetsbaarheid in kaart gebracht en beoordeeld (instrumenten, afkappunten, klinische blik) ▪ Door wie wordt kwetsbaarheid onderzocht en beoordeeld ▪ Hoe wordt complexiteit/ complexe zorgsituatie in kaart gebracht en beoordeeld (instrumenten, afkappunten, klinische blik) ▪ Door wie wordt kwetsbaarheid onderzocht en beoordeeld ▪ Hoe wordt kwetsbaarheid met een complexe zorgsituatie vastgesteld ▪ Door wie wordt kwetsbaarheid met een complexe zorgsituatie vastgesteld ▪ Wie coördineert de SI ▪ Wie zijn betrokken bij de SI ▪ Taken en verantwoordelijkheden van de betrokkenen ▪ Benodigde competenties om (componenten van) de SI uit te voeren ▪ Randvoorwaarden voor de SI <p>De bevindingen zijn verzameld in een Excel bestand</p>

Bijlage 3

Beschrijving elementen van SI die genoemd zijn in de zorgprogramma's
<ol style="list-style-type: none"> 1. Individueel zorgplan Het individueel zorgplan behelst een overzicht van de afspraken van de patiënt en de zorgverleners over zorg, ondersteuning en zelfmanagement en bevat doelen en acties. 2. Advance care planning Het gesprek over welke doelen van zorg en behandeling passen bij de waarden en opvattingen van de patiënt en de gezondheidssituatie en afspraken over toekomstige zorg. 3. Multidisciplinair overleg Het bespreken, afstemmen en maken van afspraken over de zorg en ondersteuning van de patiënt in een multidisciplinaire samenstelling. 4. Functionele- en zorgdiagnostiek Het in kaart brengen van de beperkingen in het dagelijks leven bij patiënt en mantelzorg in een continu proces waarbij ook functionele diagnostiek aan de orde kan zijn, te weten het helpen van de patiënt/cliënt bij het ontwikkelen van inzicht en begrip over de praktische vaardigheden die nodig zijn. 5. Meekijkconsult specialist ouderengeneeskunde Het beantwoorden van een vraag van de huisarts door de specialist

- ouderengeneeskunde over een diagnostisch dilemma, bij vragen over genezing of preventie uitmondend in een behandeladvies.
6. Medicatiebeoordeling
Een systematische beoordeling van het geneesmiddelengebruik op basis van een periodieke, gestructureerde kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische- en gebruiksinformatie.
 7. Casemanagement
Het verzorgen van coördinatie, organisatie en regievoering in de zorgverlening aan de patiënt/cliënt.
 8. Informatie-uitwisseling
Het zorgdragen voor het continu beschikbaar zijn van informatie rondom de zorgverlening van de patiënt voor alle betrokken zorgverleners en het actief kunnen gebruiken van deze informatie in de praktijk.
 9. Noodplan
De huisarts en de verpleegkundige stellen een noodplan op dat aangeeft wie bij calamiteiten moet worden gewaarschuwd en geeft de afspraken weer rondom behandelbeperkingen die ook in het individueel zorgplan staan geregistreerd.
 10. Actieplan
Een actieplan of zorgplan geeft aan wat de wensen, doelen en interventies/acties zijn, beschrijft deze en vormt de basis voor monitoring en continuïteit in de zorg en ondersteuning.
 11. Consult dieetzorg
Een consult bij problemen met over- en ondergewicht bij de geïnccludeerde patiënt met de bedoeling te kijken of en zo ja welke interventies mogelijk zijn om de gezondheidsrisico's te reduceren.
 12. Consult fysiotherapie
Een consult bij problemen op het gebied van bewegingsarmoede, val- en/of mobiliteitsproblematiek en incontinentie om te onderzoeken of fysiotherapeutische interventies en een verwijzing geïndiceerd is.
 13. Gestructureerd periodiek overleg
Vormt een onderdeel van het cyclisch proces van zorgverlening en omvat de informatie-uitwisseling, het vaststellen van de zorgdoelen, interventies afspreken en evalueren en waarborgt gedragen beleid, continuïteit, cliëntgerichtheid, goede verantwoordelijkheidsverdeling en proactieve samenhangende zorg(verlening).
 14. Casemanagement dementie
Het verzorgen van coördinatie, organisatie en regievoering in de zorgverlening aan de patiënt/cliënt en de mantelzorger als de diagnose dementie in de dagelijkse zorgverlening op de voorgrond staat/komt.
 15. Verbinding leggen met het sociaal domein/domein wonen en de ouderenadviseur
Het actief contact leggen met buurtteams, informele zorgnetwerken en welzijnswerk om de proactieve en geïntegreerde zorg en ondersteuning optimaal te laten functioneren en te werken naar een structurele verandering in het domein overstijgend werken rondom de patiënt/cliënt.
 16. Huisarts als regisseur
De huisarts is medisch eindverantwoordelijk, superviseert de probleemanalyse en het individueel zorgplan, signaleert en is verantwoordelijk voor de overdracht naar tweede lijn en follow up na opnames.
 17. Samen beslissen
Het proces waarin de arts en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen en patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen.
 18. (Eerstelijns) Kernteam
Een team bestaande uit huisarts, praktijkondersteuner en de wijkverpleegkundige, waar nodig aangevuld met casemanager dementie, specialist ouderengeneeskunde en ouderen/welzijn adviseur en dat bedoeld is om de zorgcoördinatie en medisch eindverantwoordelijkheid te borgen door gebruik te maken van een gestructureerd

<p>periodiek overleg.</p> <p>19. Evalueren interventies en doelen Het systematisch en periodiek nagaan wat de ingezette interventies en acties opleveren in relatie tot de gestelde doelen en onderzoeken of er bijstelling nodig is in doelen en/of interventies.</p> <p>20. Mantelzorgondersteuning Een vorm van informele zorg en ondersteuning die partners, kinderen, familie en vrienden of andere bekenden aan een naaste verlenen, zo mogelijk in goede samenwerking met professionele zorgverleners zoals de wijkverpleegkundige.</p> <p>21. Palliatieve zorg De zorg die wordt gegeven aan patiënten wanneer er geen genezing van een ziekte meer mogelijk is en heeft tot doel een goede kwaliteit van leven aan de patiënt te geven over een zo lang mogelijke periode volgens de eigen wensen en keuzes van de patiënt en uitgaat van ongemakken voorkomen en klachten te verlichten.</p> <p>22. Connectie sociaal wijkteam Vorm van verbinding leggen met buurtteams e.d. vanuit het individueel zorgplan om de ondersteuning van de behoefte van de patiënt/cliënt in de eigen omgeving te kennen en te weten hoe de sociale kaart er in die omgeving uit ziet en wie daarbinnen wat doet om de integraliteit van de zorg en ondersteuning te organiseren en te borgen.</p> <p>23. Afspraken taak- en rolverdeling Het binnen een zorgprogramma verduidelijken en afspreken welke rollen en taken relevant zijn met de bedoeling richting en vorm te geven aan de samenwerking en de uitvoering op het niveau van de praktijk van de huisarts.</p> <p>24. Inventarisatie problematiek De probleeminventarisatie die de basis was voor de inclusie in het zorgprogramma, wordt periodiek en op geleide van signalen herhaald, veelal gebeurt dit door de beperkingen en problemen te analyseren via de volgende aandachtsgebieden: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief (SFMPC) met als doel een basis te vormen voor nieuwe doelen, interventies en/of acties.</p> <p>25. Samenwerking met medisch specialisten Het op geleide van het individueel zorgplan en indien nodig in het kader van het medische beleid zoeken van contact door de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde met betrokken medisch specialistische behandelaren, om aspecten van de geneeskundige zorg te bespreken en af te stemmen en waar mogelijk 'af te schalen'.</p>
--

Bijlage 4

Indeling elementen van de SI
Zorginhoudelijke elementen gericht op preventie, diagnose en behandeling
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventarisatie problematiek ▪ Medicatiebeoordeling ▪ Meekijkconsult specialist ouderengeneeskunde ▪ Noodplan ▪ Consult dieetzorg ▪ Consult fysiotherapie ▪ Mantelzorgondersteuning
Zorginhoudelijke elementen met betrekking tot diagnose en behandeling
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventarisatie problematiek ▪ Functionele- en zorgdiagnostiek ▪ Meekijkconsult specialist ouderengeneeskunde ▪ Medicatiebeoordeling ▪ Advance care planning ▪ Individueel zorgplan

- Samen beslissen
- Noodplan
- Actieplan
- Palliatieve zorg
- Consult dieetzorg
- Consult fysiotherapie
- Evalueren interventies en doelen
- Samenwerking met medisch specialisten

Coördinatie van de zorg die geleverd wordt door alle betrokken (para)medische/verpleegkundige zorgverleners

- Individueel zorgplan
- Advance care planning
- Gestructureerd periodiek overleg
- Multidisciplinair overleg,
- Zorgprogramma coördinatie
- Casemanagement
- Casemanagement dementie
- Huisarts als regisseur
- (Eerstelijns) Kernteam
- Evalueren interventies en doelen

Afstemming van de (para)medische/verpleegkundige zorg met de ondersteuning uit het sociale domein

- Individueel zorgplan
- Advance care planning
- Multidisciplinair overleg
- Functionele- en zorgdiagnostiek
- Verbinding leggen met het sociaal domein/domein wonen en de ouderenadviseur
- Huisarts als regisseur
- (Eerstelijns) Kernteam
- Connectie sociaal wijkteam
- Afspraken taak- en rolverdeling

Bijlage 5

In kaart brengen van kwetsbaarheid en een complexe zorgsituatie in 3 stappen

Stap 1: Het vaststellen of er een verhoogd risico is op kwetsbaarheid (verhoogd of niet verhoogd)

Dit gebeurt veelal op basis een niet-pluis-gevoel van de huisarts/POH/wijkverpleegkundige naar aanleiding van een consult of visite of bij de huisarts/POH/wijkverpleegkundige gemelde zorgen van andere zorgverleners, ondersteuners, mantelzorgers of familie. Ook wordt een verhoogd risico op kwetsbaarheid vastgesteld door een periodieke screening van het HIS op determinanten van kwetsbaarheid. De *U-PRIM* wordt hier bijvoorbeeld voor gebruikt. Een derde manier om na te gaan of er een verhoogd risico is op kwetsbaarheid is screening via vragenlijsten die ouderen zelf invullen: de *Tilburg frailty indicator vragenlijst deel A TFI-A* of de *Identification of seniors at risk in primary care (ISAR-PC)*. Met de *TFI-A* worden determinanten van kwetsbaarheid (o.a. leeftijd, burgerlijke staat, meer dan 2 aandoeningen, levensgebeurtenissen, tevredenheid met leefomgeving) in kaart gebracht. De *ISAR-PC* geeft een inschatting van het risico op kwetsbaarheid op basis van de antwoorden op 3 vragen m.b.t. hulp die nodig was in de afgelopen maand, problemen met het geheugen en de leeftijd.

Dit suggereert dat van een verhoogd risico op kwetsbaarheid sprake is bij ouderen met een of meer van de volgende problemen: cognitieve stoornis, één of meer 'geriatric giants'

(vallen, ondergewicht, incontinentie, decubitus, depressie, communicatiestoornis), multimorbiditeit en polyfarmacie.

Stap 2: Het beoordelen van kwetsbaarheid (kwetsbaar of niet kwetsbaar)

Om te beoordelen of een oudere kwetsbaar is wordt nagegaan hoe ouderen functioneren op lichamelijk (inclusief zintuigen, mobiliteit, ADL), psychisch, cognitief en sociaal gebied en welke problemen er spelen op deze gebieden. Hiervoor worden verschillende instrumenten worden gebruikt. Vragenlijsten die gebruikt worden zijn: de *Tilburg frailty indicator (TFI) deel B*, *Groningen Frailty Indicator (GFI)*, *Transmurale Zorg Assessment Geriatrie (TRAZAG) Basis*, *Prisma 7*. Bij deze vragenlijsten zijn afkappunten gekozen voor kwetsbaarheid. De *Easycare-TOS trap 1* is een instrument dat gebruikt wordt om op basis van gegevens in het HIS een overzicht te krijgen van de problemen en vervolgens met de klinische blik te bepalen of er sprake is van kwetsbaarheid.

De manier waarop kwetsbaarheid beoordeeld wordt in de verschillende zorgprogramma's suggereert dat ouderen die als kwetsbaar worden aangemerkt: verminderd functioneren/achteruitgaan in functioneren op lichamelijk, psychisch, cognitief en/of sociaal gebied.

Stap 3: Het beoordelen van complexiteit van de zorgsituatie

Om de complexiteit van de zorgsituatie te beoordelen wordt nagegaan welke zorgbehoeften er zijn op de verschillende gebieden op basis van de problemen, het functioneren, de situatie en de wensen van de oudere op de verschillende gebieden. Instrumenten die gebruikt worden om de zorgbehoefte in kaart brengen zijn *de Intermed Self Assessment voor de oudere patiënt (IMSA-E)* en *Easycare trap 2*. Als de zorgbehoefte in kaart is gebracht wordt op basis van het klinische oordeel van de huisarts/POH/wijkverpleegkundige vastgesteld of er sprake is van complexiteit. De vervolgmogelijkheden van de *TRAZAG* worden ingezet om de problemen op verschillende gebieden nader in kaart te brengen. Gebaseerd op het bovenstaande a brengen.

De manier waarop complexiteit van de zorgsituatie wordt beoordeeld in de programma's suggereert dat de zorgsituatie complex genoemd wordt als

✓ Er meer zorgverleners betrokken zijn dan alleen de huisarts, POH en wijkverpleegkundige,

Of

✓ Er meerdere chronische ziektes spelen met langdurig polyfarmacie

In combinatie met:

✓ Een verminderde mogelijkheid tot of meer moeite hebben met regie van de zorg/behandelingen door de oudere, de partner of mantelzorgverlener.

Plus:

✓ De huisarts/POH/wijkverpleegkundige op basis van hun klinische blik de zorgsituatie complex achten

Bijlage 3.

Verkenning van de literatuur over de effectiviteit van integrale zorg voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag.

Samenvatting

Om inzicht te krijgen in de wetenschappelijke onderbouwing voor integrale zorg voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag hebben we de literatuur verkend. We hebben systematische reviews die sinds 2010 zijn gepubliceerd over integrale zorg, casemanagement, multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen, bestudeerd. We hebben ons hierbij gefocust op uitkomstmaten die wij het meest relevant achten: (gezondheid gerelateerd) functioneren, (gezondheid gerelateerde) kwaliteit van leven, tevredenheid over zorg en zorggebruik (niet geplande opname ziekenhuis, bezoek SEH, opname verpleeghuis, vermijdbare opnames).

De 12 relevante systematische reviews die we hebben geïdentificeerd laten zien dat de meerwaarde van integrale zorg in vergelijking tot *care as usual* (niet integraal aangeboden zorg), niet is aangetoond op uitkomstmaten als mortaliteit of totaal zorggebruik. Ook is niet aangetoond dat integrale zorg betere uitkomsten geeft voor functioneren (uitgedrukt in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)) of kwaliteit van leven.

Er zijn wel aanwijzingen dat integrale zorg een positief effect kan hebben op het welbevinden, aantal bezoeken aan de spoedeisende hulp, opnames in het ziekenhuis, verzorgings- of verpleeghuis, en tevredenheid van patiënten.

In verschillende van de systematische reviews wordt in de discussie van de resultaten benoemd dat integrale zorg een complexe interventie is. Integrale zorg is complex in de zin dat het uit meerdere met elkaar interacterende componenten bestaat, er meerdere met elkaar interacterende actoren bij betrokken zijn, de zorg wordt afgestemd op de individuele behoeften, mogelijkheden en context van de oudere. Door de complexiteit wordt integrale zorg steeds weer net iets anders vormgegeven in de praktijk, maar ook in onderzoekssituaties. Verschillende auteurs van de reviews suggereren dat daarom evaluatie van effecten lastig zijn uit te voeren en de resultaten vaak niet conclusief zijn. Zij stellen voor meer aandacht te hebben de mechanismen die de mogelijke effecten van integrale zorg voor ouderen triggeren en deze als proces uitkomstmaten mee te nemen in evaluaties.

Gesuggereerde relevante proces uitkomstmaten zijn onder andere: het gebruik van een individueel zorgplan, multidisciplinair overleg, coördinatie van zorg en ondersteuning, afstemming op de persoonlijke voorkeuren en context, betrokkenheid van informele zorg.

Verkenning

Vraagstelling

Is er wetenschappelijk bewijs voor de meerwaarde van integrale zorg ten opzichte van *care as usual* voor thuiswonende kwetsbare ouderen met een complexe zorgbehoefte?

PICO:

P: thuiswonende kwetsbare ouderen (ouderen met multimorbiditeit, met een of meer geriatric giants) met een complexe zorgbehoefte (verminderde zelfredzaamheid, verminderd vermogen regie te voeren, zorgverleners uit meerdere domeinen)

I: integrale zorg (casemanagement, multidisciplinaire zorg)

C: care as usual

O: (Gezondheid gerelateerd) functioneren, (gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, tevredenheid over zorg, niet geplande opname ziekenhuis, bezoek SEH, opname verpleeghuis, vermijdbare opnames.

Zoekstrategie en selectie van systematic reviews:

In Pubmed hebben we gezocht naar systematic reviews gepubliceerd in de afgelopen 10 jaar.

Search:

((casemanagement OR "case-management" OR "case management" OR "care-management" OR "care coordination") AND (elderly OR "older person" OR "older patient")) AND ("home dwelling" OR "community dwelling")) Filters: Systematic Review, in the last 10 years.

OR

((casemanagement OR "case-management" OR "case management" OR "care-management" OR "care coordination") AND ("frequent user" OR "multimorbidity" OR "multi-morbidity" OR "complex care need") AND ((y_10[Filter]) AND (systematicreview[Filter]))) Filters: Systematic Review, in the last 10 years.

OR

("integrated care") AND ("frequent user" OR "multimorbidity" OR "multi-morbidity" OR "complex care need")) OR (("integrated care") AND ("community dwelling" OR "living at home" OR "home dwelling") AND ("elderly" OR "older person" OR "older patient")))) Filters: Systematic Review, in the last 10 years

Casemanagement was gedefinieerd als: een gerichte, community-based, pro-actieve aanpak met de volgende componenten: case-finding, in kaart brengen van de problematiek (geriatric assessment), plannen van zorg en coördinatie van zorg.

Bij de selectie van reviews hebben we gekeken naar relevantie mbt plaats van interventie (vanuit de eerste lijn) en populatie (thuiswonende ouderen, kwetsbare ouderen, mensen met multimorbiditeit waaronder ouderen, veel gebruikers van zorg waaronder ouderen)

Resultaten:

12 relevante systematische reviews gepubliceerd sinds 2010. Er is overlap tussen de studies die geïnccludeerd zijn in de verschillende systematische reviews.

Casemanagement bij thuiswonende ouderen		
Systematische reviews	Uitkomstmaat	Resultaat
<p><i>The evidence for services to avoid or delay residential aged care admission: a systematic review</i> Luker, 2019 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6686247/</p> <p>Meta analyse: 13 RCTs over complexe interventies waar casemanagement een belangrijk onderdeel van was: risico verschil 2% lager in de interventie groep (RD -0.02; 95% CI -0.03, -0.00; p = 0.04; I2 = 78%) 11 RCTs over single focus interventies: geen verschil (RD 0.00; 95% CI -0.01, 0.01; p = 0.71; I2 = 38%).</p>	Opname in verzorgings- of verpleeghuis	Significant minder opnames
<p><i>Community-based case management does not reduce hospital admissions for older people: a systematic review and meta-analysis</i> Poupard 2020 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30728095/</p> <p>9 gecontroleerde interventie studies Meta analyse: Ziekenhuis opnames: mean difference: -0.09 (95%CI-0.27, 0.10) SEH presentaties: mean difference: -0.26 (95%CI-0.51, -0.01).</p>	Opname in ziekenhuis	Geen significant verschil in aantal opnames in ziekenhuis
	SEH presentaties	Significant minder SEH presentaties
<p><i>The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review,</i> Trivedi 2013 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22891915/</p> <p>37 RCTs, waarin 3 modellen van zorg zijn onderzocht: casemanagement, samenwerken en een multidisciplinair team. Vanwege heterogeniteit mbt studie populatie, uitkomstmaten en periode van follow up is geen meta analyse gedaan.</p>	Opname in ziekenhuis, functionele gezondheid, klinische gezondheid, tevredenheid	Meer dan de helft van de studies laat een positief effect zien. Geen verschil tussen verschillende modellen van inter-professioneel werken
<p><i>Interventions for frail community-dwelling older adults have no significant effect on adverse outcomes: a systematic review and meta-analysis.</i> Van de Elst, 2018 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6195949/</p> <p>9 RCTs over casemanagement bij kwetsbare ouderen Meta analyse effect van casemanagement op opname: OR 0.92 (95% CI: 0.63, 1.32)</p>	Opname in ziekenhuis, verzorgings- of verpleeghuis	Geen significant effect, ook niet bij subgroep analyse van 80 plussers

<p><i>Multidisciplinary interventions for reducing the avoidable displacement from home of frail older people: a systematic review. Sempe 2019</i> https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6830674/</p> <p>4 studies (1RCT, 2 quasi experimentele studies, 1 observationele studie) over casemanagement bij kwetsbare ouderen (hoog en onduidelijk risico op bias).</p>	Vermijdbare opnames/vermijdbaar weg uit de thuissituatie	Geen significant effect
<p><i>Effectiveness of interventions for managing multiple high-burden chronic diseases in older adults: a systematic review and meta-analysis, Kastner, 2018</i> https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6110649/</p> <p>RCTs en quasi experimentele studies over zorgcoördinatie bij ouderen met multimorbiditeit waaronder 1 RCT (n=1001) over zorgcoördinatie plus casemanagement door verpleegkundige bij ouderen met artritis en depressie: significant verbeterde kwaliteit van leven (geen effect maat gerapporteerd)</p>	Kwaliteit van leven (functioneel)	Bij subgroep significante verbetering
<p><i>Quality improvement strategies to prevent falls in older adults: a systematic review and network meta-analysis. Tricco, 2019</i> https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6503939/</p> <p>Netwerk meta analyse (61 RCTs): Combinatie van case management, patient reminders en scholing van staf: Afname aantal vallers: OR: 0.18 (95%CI 0.07–0.47); absoluut risico verschil: –0.29 (95%CI –0.35 tot –0.16). Combinatie van case management en patient reminders: Afname van aantal vallers: OR: 0.36 (95%CI 0.13–0.97]; absoluut risico verschil –0.20 (95%CI –0.32 tot –0.007).</p>	Aantal ouderen dat valt	Significant minder vallers
Casemanagement bij mensen met een hoog zorggebruik en/of multimorbiditeit		
Systematische reviews	Uitkomstmaat	Resultaat
<p><i>Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review, Moe 2017,</i> https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27473387/downloadSupplement(4694x3554)(wiley.com)</p> <p>Subgroep analyse naar effect van casemanagement op SEH bezoek bij mensen met een hoog gebruik van spoedeisende zorg (niet alleen ouderen): afname in 12 van de 13 studies (RCTs en quasi experimentele studies), waarvan bij 11 de afname significant was.</p>	SEH bezoek	(significant) minder bezoek aan SEH

<p><i>Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Smith, 2016, Cochrane</i> https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6703144/</p> <p>18 RCTs over interventies bij patiënten met multimorbiditeit (niet alleen ouderen), waarvan 12 over casemanagement 9 RCTs met uitkomstmaat gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven: 1 studie: veel effect, 2 studies weinig effect, 6 studies heel weinig tot geen effect. (Meta analyse niet mogelijk vanwege heterogeniteit) 5 RCTs met uitkomstmaat opname: 1 minder opnames, 4 geen verschil, echter: kleine aantallen. (geen meta analyse) 3 RCTs met uitkomstmaat gezondheidszorg bezoeken: geen verschil (geen meta analyse)</p>	Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven	Geen significant verschil
	Opname in ziekenhuis	Geen verschil
	Gezondheidszorg bezoek	Geen verschil
<p><i>Effectiveness of Case Management for 'At Risk' Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis, Stokes 2015</i> https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4505905/</p> <p>36 studies, waarvan 28 RCTs. Gemiddelde leeftijd in de studies 75 jaar. Meta analyses: Totale zorgkosten: na =<1 jaar 8 RCTs, na >1 jaar 4 RCTs Zorggebruik na =<1 jaar 23 RCTs, na >1 jaar 4 RCTs Self-reported health: na =<1 jaar 14 RCTs, na > 1 jaar 9 RCTs Tevredenheid na=< 1 jaar 8 RCTs, na>1 jaar 4 RCTs</p>	Totale zorgkosten	Geen verschil
	Gebruik 2 ^e lijn zorg	Geen verschil
	Self-reported gezondheid	Geen significant verschil
	Tevredenheid	Significant meer tevreden na =<1 jaar en na > 1 jaar

Geïntegreerde zorg bij thuiswonende ouderen		
Systematische review	Uitkomstmaat	Meerwaarde
<p><i>The (cost-)effectiveness of preventive, integrated care for community-dwelling frail older people: A systematic review, Looman, 2019</i> https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7379491/pdf/HSC-27-1.pdf</p> <p>46 studies (kwantitatieve studies met een controle groep), over 29 interventies Geen meta analyse, heterogeniteit in populatie (definitie kwetsbaar), interventies en uitkomstmaten.</p> <p>De auteurs suggereren op basis deze review een shift van focus op effectiviteit naar een focus op het proces met uitkomstmaten als behoud van continuïteit van zorg, integratie van zorg met ondersteuning vanuit het sociale domein en mantelzorg.</p>	Welbevinden	Positief effect in 5 van de 9 studies
	Tevredenheid met leven	Positief effect in 2 van 3 studies
	Frailty	Positief effect in de enige studie die dit onderzocht
	Wens tot opname in verzorgings- of verpleeghuis	Positief effect in de enige studie die dit onderzocht
	ADL, cognitief functioneren	Positief effect in de minderheid van de

		studies
	Totaal zorggebruik	Geen effect in 27 studies, in 12 studies toename
	Zorggebruik in ziekenhuis (SEH bezoek, aantal opnames, duur van opnames	Meer studies met afname dan met toename
	Eerstelijnszorg huisarts, paramedisch, tafeltje dekje etc)	Toename
	Opname in verpleeghuis	Geen effect in 14 studies, toename in 2 studies
	Kosten	Geen effect, grote variatie
<p><i>Core components and impact of nurse-led integrated care models for home-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis, Deschodt, 2020 (SELFIE)</i> https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32200100/</p> <p>19 studies, 11 RCTs, 8 niet gerandomiseerde studies naar integrale zorg door een multidisciplinair team, gecoördineerd door een verpleegkundige. onder leiding van een verpleegkundige. Gepoolde analyses: Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven: 5 studies (EQ-5D) en 6 studies (RAND); Verschillende maten voor ADL: 3,3,4 studies voor verschillend ematen voor ADL; Ziekenhuisopname: 12 studies; SEH bezoek: 7 studies; Opname verpleeghuis: 6 studies.</p> <p>De auteurs stellen dat de evidence op basis van deze review niet-conclusief is en van lage kwaliteit. Ze benadrukken dat integrale zorg modellen complexe interventies zijn en dat de complexiteit betrokken zou moeten worden in de evaluaties (theoretisch kader met mechanismes, naast effect evaluatie ook proces evaluaties met relevante, multiple uitkomstmaten)</p>	Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven	Gepoold geen significant effect; positief effect in 3 studies
	ADL	Gepoold en individueel geen significant effect
	Ziekenhuis opname	Gepoold geen significant effect, positief effect in 1 individuele studie
	SEH bezoek	Gepoold geen significant effect, positief effect in 1 individuele studie
	Opname verpleeghuis	Gepoold en individueel geen significant effect