



Zorginstituut Nederland

Notitie kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie

Datum 30 juni 2021
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2021021409
Contactpersoon	drs. C.G. Mastenbroek +31 (0)6 208 677 88
Afdeling Team	Zorg II Ouderenzorg
Uitgebracht aan	Ministerie van VWS

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

Inleiding—7

1 Vraagstelling—9

2 Beantwoording van de vragen—11

2.1 De zorginhoud—11

2.2 Het indicatiegebied—12

2.3 Is deze zorg bij dit indicatiegebied verzekerde zorg?—13

2.4 Effectiviteit van deze zorg—14

2.5 Verhouding zorg en ondersteuning vanuit het sociale domein—15

3 Conclusies—17

Samenvatting

Ouderen blijven langer thuis wonen. Hierdoor zijn er steeds meer kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie in de eigen omgeving. De Handreiking kwetsbare ouderen thuis uit 2019 formuleert proactieve persoonsgerichte, samenhangende zorg en ondersteuning voor deze groep ouderen.

Om de implementatie van deze zorg volgens de handreiking te helpen ondersteunen, beantwoorden wij in deze notitie, op verzoek van VWS, een aantal vragen. We komen tot de conclusie dat de zorginhoudelijke activiteiten voor deze groep tot de reguliere zorg behoren. Ook komen we tot de conclusie dat de activiteiten op het gebied van de afstemming en coördinatie van deze zorg tot de verzekerde zorg behoren omdat ze onderdeel uitmaken van 'professioneel juiste zorg'.

We verduidelijken het indicatiegebied voor deze zorg en ondersteuning mede op basis van onze analyse van de regionale zorgprogramma's voor deze samenhangende zorg en geven een indicatie van de grootte van deze groep ouderen. Het gaat om een groep van ca. 10-20 patiënten per (norm) huisartspraktijk. Ook gaan we nader in op de effectiviteit van deze vorm van zorg. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat deze samenhangende zorg een meerwaarde heeft. Tenslotte geven we in deze notitie ook aan hoe de zorg uit de Zorgverzekeringswet zich verhoudt tot de ondersteuning vanuit het sociale domein en hoe de verzekerde zorg de samenhang met deze ondersteuning versterkt.

Inleiding

Ouderen blijven langer thuis wonen. Hierdoor neemt het aantal kwetsbare ouderen dat een beroep doet op zorg en ondersteuning vanuit de eerste lijn toe. Om zorgverleners te ondersteunen in hun tegemoetkomen aan de complexe zorgvragen die een deel van deze ouderen heeft, is in 2019 de *Handreiking kwetsbare ouderen thuis* uitgebracht. Dertien landelijke partijen uit het medische-, sociale- en zorgdomein hebben hierin actuele inzichten over de zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen bijeengebracht. Kern van de handreiking is het 6-stappenplan. Dit stappenplan geeft aanwijzingen en handvatten voor proactieve persoonsgerichte, samenhangende zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie.

Veldpartijen hebben aangegeven dat het gebrek aan een structurele (landelijke) bekostiging op onderdelen, een obstakel vormt bij het implementeren van de handreiking en het realiseren van deze samenhangende zorg. Hierdoor is deze zorg nu niet beschikbaar voor alle kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie die hier baat bij zouden kunnen hebben.

Om structurele bekostiging mogelijk te maken is het van belang dat vaststaat in hoeverre de zorg- en ondersteuningsactiviteiten die onder deze samenhangende zorg vallen, verzekerde zorg volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn. Het ministerie van VWS heeft daarom het Zorginstituut gevraagd om hier duidelijkheid over te geven.

In deze notitie verduidelijken wij welke zorgactiviteiten deze samenhangende zorg omvat, wat het indicatiegebied ervan is en waarom deze zorg verzekerde zorg volgens de Zvw is.

1 Vraagstelling

De hoofdvraag van VWS is of de zorgactiviteiten die onder de proactieve persoonsgerichte samenhangende zorg volgens de handreiking, kwalificeren als Zw zorg. VWS noemt bij deze activiteiten met name het multidisciplinair overleg. Daarnaast wordt verzocht om duidelijkheid te geven over het indicatiegebied van deze zorg. Tenslotte vraagt VWS om aan te geven waar het snijvlak met ondersteuning vanuit de Wmo ligt (zie bijlage 1).

Voor de beantwoording van de vraag zijn we daarom uitgegaan van de volgende 5 sub vragen:

- Wat is de zorginhoud? Hoe ziet deze proactieve persoonsgerichte samenhangende zorg eruit, welke zorg- en ondersteuningsactiviteiten vallen hieronder?
- Wat is het indicatiegebied voor deze zorg? Met andere woorden: wie komt in aanmerking voor deze zorg?
- Is deze zorg bij dit indicatiegebied verzekerde zorg volgens het plegen te bieden criterium?
- Wat is bekend over de effectiviteit van deze zorg?
- Hoe verhoudt deze zorg zich tot ondersteuning vanuit het sociale domein?

2 Beantwoording van de vragen

2.1 De zorginhoud

De Handreiking kwetsbare ouderen thuis geeft een stappenplan met aanwijzingen, instrumenten, werkwijzen en methodieken voor de concrete invulling van de zorg. Stap 1 tot en met 3 betreffen signalering van mogelijke kwetsbaarheid en het in kaart brengen van de problematiek op de verschillende levensdomeinen en de complexiteit van zorgsituatie. In stap 3 tot en met 6 wordt de zorg beschreven voor ouderen die kwetsbaar zijn en een complexe zorgsituatie hebben.

De beschrijvingen van de zorgactiviteiten in de handreiking alleen geven onvoldoende helderheid over de zorginhoud. Om een concreter beeld te krijgen van wat de samenhangende zorg omvat hebben we een analyse gemaakt van de beschrijvingen en protocollen van 15 lopende programma's voor integrale zorg voor kwetsbare ouderen (zie bijlage 2).

We hebben hierbij alle zorg en ondersteuningsactiviteiten die onder de programma's vallen op een rij gezet. Deze lijst laat zien dat een breed scala van zorg- en ondersteuningsactiviteiten passen onder deze samenhangende zorg.

Het betreft enerzijds activiteiten en zorginhoudelijke interventies die betrekking hebben op de diagnose en behandeling en op geïndiceerde en/of zorggerelateerde preventie. Denk daarbij aan een verpleegkundige anamnese, diagnostiek naar aspecten van het functioneren, consulten van de specialist ouderengeneeskunde, fysiotherapeut of diëtist, maar ook palliatieve zorg, periodieke medicatie beoordeling of vormen van valpreventie.

Anderzijds betreft het activiteiten die tot doel hebben de afstemming en coördinatie van de zorg en ondersteuning in goede banen te leiden.

De eerste categorie (afstemming) is specifiek afgestemd op de individuele patiënt, de tweede categorie (coördinatie) is meer generiek van aard en faciliteert de zorgprocessen (rond)om de patiënt en is gericht op alle patiënten die in aanmerking komen voor deze zorg bijvoorbeeld bij de huisarts, de huisartsenpost of de wijkverpleging. Doordat afstemming en coördinatie de samenhang van de zorg bewerkstelligen zijn ze essentieel voor de proactieve persoonsgerichte samenhangende zorg.

Afstemming

De functionaliteit afstemming is specifiek gericht op de individuele problematiek, context, wensen en voorkeuren van de patiënt. Afstemming gebeurt op basis van de bevindingen van een analyse van de problematiek, mogelijkheden, context en voorkeuren van de ouderen op alle relevante levensdomeinen. Goede afstemming is essentieel voor zowel de persoonsgerichtheid als de samenhang van de zorg.

Zorgactiviteiten die vallen onder afstemming zijn: het opstellen van een individueel zorgplan, advance care planningsgesprekken, overleg met de betrokken zorgverleners of vertegenwoordigers van de betrokken zorg- en ondersteuningsdisciplines. Afstemming met het sociale domein en/of de informele zorg maakt ook onderdeel uit van deze functionaliteit.

Afstemming binnen deze samenhangende zorg is een dynamisch en continu proces.

Coördinatie

De functionaliteit coördinatie heeft ook direct betrekking op de zorg aan de individuele patiënt. De coördinatie rondom de individuele zorg en ondersteuning zoals geformuleerd in het individuele zorgplan, kent meerdere uitingsvormen.

Op het niveau van de patiënt (micro) is coördinatie van de uitvoer van het

individuele zorgplan nodig. Coördinatie op dit niveau betreft bijvoorbeeld het regelen van een aanspreekpunt in de ANW-uren voor een specifieke oudere, of het delen van een actie- of noodplan met de huisartsenpost of de zorgcentrale. Coördinatie is ook nodig op het niveau van de huisartsenpraktijk (meso) voor alle patiënten die in aanmerking komen voor de proactieve persoonsgerichte samenhangende zorg. Op dit niveau betreft coördinatie bijvoorbeeld het maken van afspraken over de beschikbaarheid van benodigde expertise de specialist ouderengeneeskunde en gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook afspraken over wie als aanspreekpunt fungeert en over de beschikbaarheid van de noodplannen in de ANW-uren. Deze twee aan de zorg voor de individuele patiënt gerelateerde aspecten van coördinatie (micro en meso) zijn er uiteindelijk op gericht om de samenhangende zorg en ondersteuning op het niveau van de patiënt en als afgeleide daarvan op het niveau van de huisartsenpraktijk in zijn volle omvang, gecoördineerd te laten verlopen. Daarnaast of 'daarboven' is er ook een vorm van coördinatie noodzakelijk op het niveau van het adherente niveau (lokaal of regionaal) van het functionerende zorgprogramma (macro). Deze coördinatie betreft niet de zorg voor individuele patiënten en is daarmee van een ander niveau.

2.2 Het indicatiegebied

De handreiking richt zich op thuiswonende kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie. Dit zijn ouderen met problemen met profielen 'extreem kwetsbaar' en 'multidomein problematiek'¹. De beschrijving van het indicatiegebied in de handreiking is vrij vaag.

Om een concreter beeld te krijgen van het indicatiegebied hebben we daarom ook een analyse gemaakt van de gehanteerde indicatiegebieden in de zorgprogramma's die we ook hebben bestudeerd om de zorginhoud te concretiseren (zie bijlage 2). Deze analyse laat zien dat kwetsbaarheid wordt vastgesteld op basis van de problemen in het functioneren naast cognitieve problemen, een of meer *geriatric giants* (vallen, ondergewicht, incontinentie, decubitus, depressie, communicatiestoornis), multimorbiditeit, polyfarmacie of problemen met de uitvoer van algemene dagelijkse verrichtingen. Van een complexe zorgsituatie is sprake als er meerdere zorgverleners betrokken zijn naast de huisarts, POH-ouderenzorg en de wijkverpleegkundige en als de oudere of de mantelzorg niet in staat is regie te voeren over de zorg. Daarnaast speelt het oordeel van de zorgverlener over de noodzakelijkheid van goede afstemming en coördinatie van zorg, meer expertise of casemanagement een belangrijke rol in het vast stellen van de complexiteit van de zorgsituatie.

Schematisch kan het indicatiegebied als volgt weergegeven worden.

75-plussers² met:

Eén of meer van de volgende problemen:

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

¹ <https://www.beteroud.nl/lokaal-samenwerken/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis>

² Op basis van gesprekken met experts gaan we ervan uit dat het hierbij vooral, maar niet uitsluitend om 75-plussers gaat.

Plus

- Verminderd functioneren op meerdere gebieden of ernstig verminderd functioneren op één gebied

Plus

- Zorg van andere zorgverlener(s) naast zorg van de huisarts en wijkverpleegkundige

Plus

- Verminderd in staat (oudere zelf of mantelzorger) om regie te voeren op zorg en ondersteuning

Plus

Door betrokken zorgverleners vastgestelde noodzaak tot

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

De geraadpleegde experts herkenden dit indicatiegebied, met de aantekening dat ook een, zij het kleine, groep 75-minners in aanmerking zou moeten komen voor deze zorg.

Omvang van de groep ouderen

Om tot een inschatting te komen van de grootte van de groep ouderen die in aanmerking komt voor de proactieve persoonsgerichte samenhangende zorg hebben we onderzoek laten doen door het AmsterdamUMC aan de hand van data over thuiswonende ouderen in 3 verschillende databases (zie bijlage 4). Dit onderzoek laat zien dat tussen de 5 en 11 procent van de thuiswonende 75-plussers binnen het indicatiegebied past, 5% als het oordeel van de huisarts wordt meegenomen (blijkend uit de onderzochte empirische data), 11% als dat niet wordt meegenomen. Omdat in een normpraktijk van 2095 patiënten, gemiddeld ongeveer 10% van de patiënten 75 plus is, betekent dit dat ongeveer 11-22 75-plussers per praktijk binnen het indicatiegebied vallen.

2.3

Is deze zorg bij dit indicatiegebied verzekerde zorg?

De zorginhoudelijke interventies die betrekking hebben op de diagnose en behandeling en op geïndiceerde en/of zorggerelateerde preventie behoren tot de reguliere zorg. Deze zorgactiviteiten kunnen op basis van bestaande richtlijnen en standaarden ingezet worden. Deze zorgactiviteiten zijn inhoudelijk niet anders als ze ingezet worden binnen de samenhangende zorg bij dit indicatiegebied. Ze kunnen echter wel anders worden ingezet: meer proactief, persoonsgericht en samenhangend. Er vindt afstemming en coördinatie van de zorg plaats. Dit vraagt om een passende organisatie van deze zorg die de gericht is de samenhang bewerkstelligt.

Het is de vraag of de functionaliteiten die de samenhang bewerkstelligen, afstemming en coördinatie van de zorg, en de bijbehorende passende organisatie ook tot de te verzekeren prestaties Zvw kunnen worden gerekend.

Om tot een oordeel hierover te komen grijpen we terug op het rapport 'Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw' van het College voor zorgverzekeringen van 21 september 2009. Om de vraag te beantwoorden of de functionaliteiten afstemming en coördinatie én de organisatie hiervan behoren tot de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet, hebben we onszelf de vraag gesteld die in dit rapport van 2009 is beschreven.

Namelijk de vraag of de specifieke kenmerken of organisatorische aspecten van deze zorg, behoren tot 'professioneel juiste zorg'.

Voor de beantwoording van deze vraag kijken we naar de wijzigingen in de levering van de zorg. Voor het opzetten, inrichten en onderhouden van deze functionaliteiten is een organisatie nodig.

Onze beschrijving van de zorginhoud laat zien dat deze zorg, door afstemming en coördinatie een samenhangend geheel wordt. Daarmee heeft deze zorg het karakter van ketenzorg.

Ketenzorg wordt immers gedefinieerd als een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd. Het is een geïnstitutionaliseerd, regionaal of lokaal samenwerkingsverband, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën.

Het CVZ concludeert in dit rapport uit 2009 dat multidisciplinaire zorg in samenhang georganiseerd (als ketenzorg) in de opvatting van de beroepsbeoefenaren een toegevoegde waarde heeft voor de patiënt en dat dit betekent dat de organisatorische aspecten, die binnen de ketenzorg de structuur en beheersing van het proces bewerkstelligen, deel uitmaken van de te verzekeren prestaties Zvw. Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft kortweg gesteld, zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.

Uit zowel de handreiking als onze analyse van de regionale zorgprogramma's blijkt dat de functionaliteiten afstemming en coördinatie (micro en meso) essentieel zijn voor de inhoud en omvang van deze (keten)zorg.

Afstemming is van belang om het doel van de zorg te (helpen) bereiken en inherent aan de integrale zorg en ondersteuning. Voor de coördinatie op microniveau en daarmee ook op het niveau van alle patiënten binnen de huisartsenpraktijk (organisatorische entiteit), geldt dat ook. Er zijn immers specifieke competenties, deskundigheid en beschikbaarheid voor nodig die een directe relatie hebben met de individuele zorgverlening aan de patiënt.

Omdat de functionaliteiten afstemming en coördinatie ook door de betrokken professionals als essentieel worden benoemd, gaan wij ervan uit dat het hier gaat om 'professioneel juiste zorg' en dat de functionaliteiten afstemming en coördinatie daarom voor dit indicatiegebied, tot de te verzekeren prestaties Zvw behoren. Deze conclusie is voor het omschreven indicatiegebied, de facto een toepassing van de conclusie uit het rapport van 21 september 2009.

Nota bene: deze uitspraak geldt niet voor coördinatie op macroniveau, dat wil zeggen coördinatie die niet de zorg van individuele patiënten betreft. Het is volstrekt duidelijk dat dit een noodzakelijke randvoorwaarde is die in de bekostiging moet worden meegenomen. Daar zijn ook nu al mogelijkheden voor.

2.4 Effectiviteit van deze zorg

Om hier inzicht in te krijgen hebben we een verkenning van de wetenschappelijke literatuur gedaan. We hebben hiertoe systematische reviews over integrale zorg en casemanagement van de afgelopen 10 jaar bestudeerd. Deze verkenning laat zien dat er aanwijzingen zijn dat integrale (samenhangende zorg) zorg meerwaarde heeft ten opzichte van reguliere zorg bij kwetsbare ouderen. Verschillende studies laten positieve effecten zien van een integrale aanpak op tevredenheid van patiënten, hun gevoel van welbevinden en het langer thuis kunnen blijven wonen. Daarnaast zijn positieve effecten op het zorggebruik beschreven: afname van het aantal opnames in ziekenhuizen en bezoeken aan de spoedeisende hulp.

(Zie bijlage 3)

Deze resultaten ondersteunen de hierboven genoemde opvatting van beroepsbeoefenaren dat samenhangende zorg (ketenzorg) meerwaarde heeft.

2.5 Verhouding zorg en ondersteuning vanuit het sociale domein

Omdat het gaat om integrale en proactieve zorg zijn er specifieke samenwerkingsafspraken nodig om de samenhang van de individuele zorgverlening met de ondersteuningstaken uit het sociale domein en de informele zorgverlening, goed te laten verlopen.

Dat geldt bijvoorbeeld voor het voeren van een gestructureerd periodiek overleg (virtueel en of fysiek) over het individueel zorgplan, waarbij ook zaken als dagelijkse ondersteuning, woonsituatie en mantelzorgondersteuning aan de orde kunnen zijn. De professionals uit het sociale domein en de informele zorgverlening kunnen op die manier 'aansluiten' bij de infrastructuur die vanuit het zorgdomein, rondom de patiënt wordt georganiseerd. De feitelijke inzet en/of beschikbaarheid van deze professionals uit het sociale domein, behoort niet tot de interventies op basis van de Zorgverzekeringswet omdat deze niet tot het domein (geneeskundige zorg) van de Zorgverzekeringswet kunnen worden gerekend.

De wijkverpleegkundige vormt een belangrijke schakel in het bewerkstelligen van de samenhang van de zorg en ondersteuning. Veel van de elementen van de integrale zorg voor het beschreven indicatiegebied, vallen onder de verantwoordelijkheid van het zorgdomein. Deze elementen worden vanuit het zorgdomein uitgevoerd, georganiseerd en ondersteund. Een casemanager, in veel gevallen een wijkverpleegkundige of een praktijkverpleegkundige, kan voor het beschreven indicatiegebied op individueel niveau, zorgdragen voor verbinding van - en afstemming met alle betrokkenen in de dagelijkse praktijk van zorg en ondersteuning rondom de patiënt/cliënt in zijn eigen woonomgeving. De uitvoering en bijstelling van het individuele zorgplan staat hierbij centraal. De noodzakelijke (bredere) afstemming en coördinatie en het (meer op het individu gerichte) casemanagement vloeien dan op een natuurlijke manier in elkaar over.

Sinds de decentralisaties van 2015 voeren gemeenten de ondersteuningstaken van onder andere de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uit. In verband met de gewenste integraliteit van zorg en ondersteuning zijn de gemeenten in de regio betrokken bij het geheel aan afspraken en randvoorwaarden. Verzekeraars en gemeenten voeren over de zorg voor ouderen ook specifiek (regionaal) overleg in de zgn. werkstructuren.

3 Conclusies

In deze notitie komen wij tot de conclusie dat:

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

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

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

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