Geriatrische zorg

Een inventariserend onderzoek naar een functionele omschrijving van integrale geriatrische zorg

REGIOPLAN
BELEIDSONDERZOEK

REGIOPLAN

GERIATRISCHE ZORG

Een inventariserend onderzoek naar een functionele omschrijving van integrale geriatrische zorg

- eindrapport -

dr. C.C. Koning
drs. M. Plochg-Holtmann

Amsterdam, november 2007
Regioplan publicatienr. 1533

Regioplan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: +31 (0)20 - 5315315
Fax : +31 (0)20 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

INHOUDSOPGAVE

1 **Inleiding** **1**
- 1.1 Aanleiding 1
- 1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen 1
- 1.3 Onderzoeksaanpak 2
- 1.4 Leeswijzer 3

2 **Het huidige aanbod van geriatrische zorg** **5**
- 2.1 (Integrale) geriatrische zorg: wat, wie en waar? 5
- 2.2 Knelpunten 8
- 2.3 Kansrijke ontwikkelingen 10
- 2.4 Conclusies 12

3 **De vraag naar geriatrische zorg** **15**
- 3.1 De huidige vraag naar geriatrische zorg 15
- 3.2 De toekomstige vraag naar geriatrische zorg 15
- 3.3 Conclusies 18

4 **Het toekomstige aanbod van geriatrische zorg** **21**
- 4.1 Het conceptuele schema ‘integrale geriatrische zorg’ 21
- 4.2 Functies, deskundigheden en instrumenten 23
- 4.3 Functies en ziektespecifieke zorgstandaarden 25

5 **Visie van professionals** **27**
- 5.1 Verantwoording 27
- 5.2 Fase I: ‘Toegang’ 29
- 5.3 Fase II: ‘Behandeling en herstel’ 31
- 5.4 Fase III: ‘Vervolgzorg’ 32
- 5.5 Samenhang tussen de fasen 34
- 5.6 Conclusies 35

6 **Conclusie en discussie** **37**
- 6.1 Samenvatting achtergrond en onderzoeksaanpak 37
- 6.2 Beantwoorden van de onderzoeksvragen 38
- 6.3 Discussie 41
- 6.4 Tot slot 45

Bijlagen **47**
Bijlage 1 Itemlijst en definitiekader voor interviews 49
Bijlage 2 Overzicht van respondenten interviews 53
Bijlage 3 Conceptueel schema ‘integrale geriatrische zorg’ 55
Bijlage 4 ‘Foto’ huidig aanbod geriatrische zorg 57
Bijlage 5 Zorgprofielen 63
Bijlage 6 Webenquête 69
Bijlage 7 Deelnemers klankbordgroep 79
Bijlage 8 Tabellen uit de webenquête 81
Bijlage 9 Aanvullende opmerkingen professionals 85
Bijlage 10 Casus ‘meneer De Graaff’ 87
Bijlage 11 Geraadpleegde bronnen 89

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Met de komst van de Zorgverzekeringswet (ZVW) heeft de functiegerichte omschrijving zijn intrede gedaan. Voor de invulling van het aanbod is de functiegerichte omschrijving van de verzekerde prestaties binnen de ZVW van belang. Een functionele omschrijving laat zorgverzekeraars de ruimte zelf invulling te geven aan wie de zorg gaat leveren en waar de zorg plaatsvindt, zolang het binnen het 'wat' en 'waar' van de verzekerde prestaties valt.
De huidige omschrijving van geriatrische zorg in de ZVW is naar de mening van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) nu en in de toekomst niet toereikend om in de praktijk afspraken te maken over het 'wie en waar' als het gaat om het leveren van de zorg. Ook dient het begrip 'integrale geriatrische zorg' volgens het CVZ verder invulling te krijgen.

Het CVZ heeft Regioplan Beleidsonderzoek de opdracht gegeven voor een inventariserend onderzoek, waardoor zij meer inzicht verkrijgen in de huidige en toekomstige vraag naar en aanbod van geriatrische zorg. Met dit inzicht kan los van de domeinen en professionals een functionele omschrijving van verzekerde aanspraken/prestaties in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en ZVW zo vorm krijgen dat een integraal antwoord op de geriatrische zorgvraag tot stand kan komen.
De functionele omschrijving levert in het belang van de verzekerde een bijdrage aan de samenhang en organisatie binnen de geriatrische zorg. Uiteindelijk faciliteert de functionele omschrijving van het geriatrisch zorgaanbod in het belang van de verzekeraar de contractering van voldoende, regionaal en kwalitatief goede zorg.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het inventariserend onderzoek naar de toekomstige geriatrische zorg heeft een tweeledige doelstelling:

A. Inzicht verkrijgen in de huidige en toekomstige vraag naar en aanbod van geriatrische zorg, zodat duidelijk wordt welke patiënt waar wordt behandeld en door welke hulpverlener.
B. Een vertaalslag maken in het aanbod naar functionele termen: welke deskundigheden en instrumenten zijn nodig om in de (toekomstige) vraag naar geriatrische zorg te voorzien.

Op basis van de deze doelstellingen worden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat wordt er verstaan onder het begrip 'integrale geriatrische zorg'?
2. Hoe is de geriatrische zorg in Nederland op dit moment georganiseerd?

3. Welke knelpunten zijn aanwezig in het zorgaanbod? Welke goede voorbeelden zijn er aanwezig die in het oplossen van knelpunten hebben voorzien?
4. Hoe ontwikkelt zich in de komende tien jaren de vraag naar geriatrische zorg naar aard en omvang?
5. Wat voor aanbod (in deskundigheden en instrumenten) is nodig om te voldoen aan de (toekomstige) vraag naar geriatrische zorg?
6. Hoe kan het zorgaanbod zo worden georganiseerd dat er sprake is van integrale geriatrische zorg?

1.3 Onderzoeksaanpak

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende activiteiten verricht:
1. deskresearch uitvoeren;
2. sleutelfiguren interviewen;
3. een webenquête uitzetten onder professionals;
4. een klankbordgroepbijeenkomst houden met experts.

Ad 1. Deskresearch uitvoeren
Het deskresearch dient twee doelen: een overzicht geven van de huidige en toekomstige vraag naar geriatrische zorg en tot een analyse komen van het huidige aanbod van geriatrische zorg. Deze laatste analyse resulteerde in een korte notitie en een itemlijst (zie bijlage 1), die zijn gebruikt om in de interviews voor te leggen aan de respondenten.

Ad 2. Sleutelfiguren binnen de geriatrische zorg interviewen
Het doel van het interviewen van zorgaanbieders is inzicht verkrijgen in het huidige aanbod van geriatrische zorg, met de knelpunten en kansrijke ontwikkelingen die van invloed zijn op het aanbod van geriatrisch zorg. Om dit in kaart te brengen zijn professionals uit het geriatrische veld geïnterviewd. Ook is gesproken met vertegenwoordigers van aangrenzende specialismen en organisaties die betrokken zijn bij het zorgaanbod voor de oudere zorgvrager. Een overzicht van de respondenten staat in bijlage 2. In de interviews is gevraagd naar aanvulling op en verdieping van de analyse die is gemaakt met de deskresearch en naar de visie op de toekomstige geriatrische zorg. De interviews resulteerden in een conceptueel schema ‘integrale geriatrische zorg’ (bijlage 3).

Ad 3. Een webenquête uitzetten onder professionals
Om een beeld te krijgen van het aanbod dat in de toekomst nodig is om de geriatrische zorg op integrale wijze vorm te geven, is een webenquête uitgezet onder de kerndisciplines uit de geriatrische zorg. De webenquête is niet opgezet in termen van wie welke zorg waar levert, maar juist in termen van welke deskundigheden en instrumenten nodig zijn om de geriatrische patiënt

te voorzien van de juiste zorg. Dit is om tegemoet te komen aan de functionele omschrijving van verzekerde prestaties binnen de ZVW (en AWBZ). Met de resultaten uit de webenquête werd het conceptuele schema aangevuld met de visies van de professionals.

Ad 4. Een klankbordgroepbijeenkomst houden met experts
Het aangevulde conceptuele schema uit de webenquête wordt getoetst tijdens een klankbordgroepbijeenkomst met experts en/of de kerndisciplines uit het geriatrische veld. Het ging erom te ontdekken of het conceptuele schema 'integrale geriatrische zorg' toepasbaar is op de geriatrische zorgvrager en te achterhalen waar sprake is van lacunes of overlap.

1.4 Leeswijzer

In dit onderzoeksrapport doen we verslag van de hierboven beschreven onderzoeksactiviteiten. In hoofdstuk 2 beschrijven we het huidige aanbod van geriatrische zorg met de ervaren knelpunten en kansrijke ontwikkelingen. In hoofdstuk 3 geven we een beknopt overzicht van de huidige vraag naar geriatrische zorg en de ontwikkelingen die van invloed zijn op de toekomstige zorgvraag. In het vierde hoofdstuk maken we een vertaalslag naar functionele termen. Het toekomstige aanbod van integrale geriatrische zorg wordt hierbij weergegeven in een conceptueel schema. In hoofdstuk 5 staat de visie van de professionals op de toekomstige geriatrische zorg centraal. We ronden het rapport af met de conclusies van het onderzoek en bediscussiëren de onderzoeksresultaten.

2 HET HUIDIGE AANBOD VAN GERIATRISCHE ZORG

Voordat we een vertaalslag maken van het aanbod van geriatrische zorg naar functionele termen, bieden wij een beschrijving wat (integrale) geriatrische zorg is, welke professionals deze zorg op dit moment bieden en in welke sectoren deze zorg plaatsvindt. Om een overzicht te geven van het volledige aanbod van geriatrische zorg, hebben we hiervan een 'foto' gemaakt. Deze laat per sector zien wat de primaire financieringsbron(en) zijn, welke geriatrische kerndisciplines in deze sector werken, de voornaamste functies die zij uitvoeren en de primaire kenmerken van de doelgroep die zij bedienen.

Bovendien is per sector aandacht voor de innovatieve vormen en bijzonderheden van de geriatrische zorgverlening. Dit zijn vernieuwende initiatieven en vormen van zorg die in de betreffende sector worden geleverd, maar die niet tot de *core-business* behoren. De volledige 'foto' staat in bijlage 4.
Naast een beschrijving van het aanbod van geriatrische zorg in de diverse sectoren, geven we aan welke knelpunten de integrale geriatrische zorg belemmeren. Ook gaan we in op de kansrijke ontwikkelingen die integrale geriatrische zorg kunnen bevorderen.

De beschrijving van het aanbod van geriatrische zorg en de knelpunten en kansrijke ontwikkelingen is afkomstig van bronnenonderzoek (zie bijlage 11), expertise uit eerdere projecten die Regioplan heeft uitgevoerd[1] en de informatie die is verkregen uit de interviews met professionals en sleutelfiguren.

2.1 (Integrale) geriatrische zorg: wat, wie en waar?

In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in wat geriatrische zorg is, wie de voornaamste zorgaanbieders zijn en hoe het huidige aanbod per sector is georganiseerd. Zoals zojuist is benoemd, staat een tabel met deze informatie in bijlage 4 ('de foto').

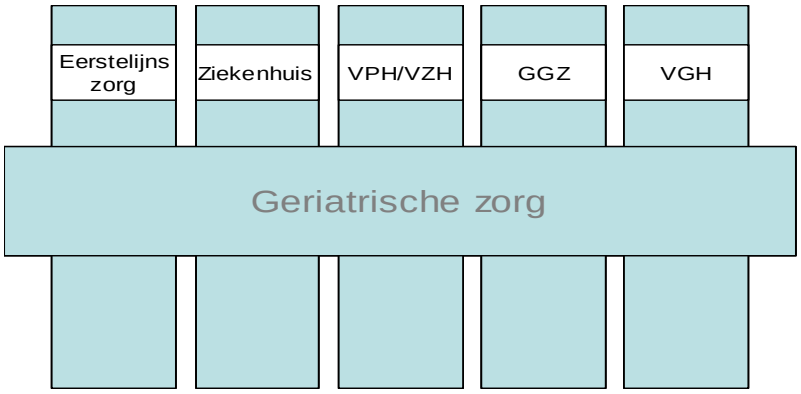
Wat

Geriatrische zorg is multidisciplinaire zorg voor ouderen. Het gaat om patiënten ouder dan zeventig jaar die een complexe zorgvraag hebben, met een atypische presentatie van ziektebeelden. Typerend voor de oudere zorgvrager is dat de zorgvraag zich uitstrekt over de verschillende sectoren heen. Hierdoor is het lastig een passend zorgaanbod te creëren voor de ouder zorgvrager en is het noodzakelijk maar tegelijkertijd ook moeilijk het aanbod

[1] Evaluatie Landelijke Dementieprogramma voor ZonMw; richtlijnontwikkeling decubitus, mondzorg en urineweginfecties voor de NVVA; Bezinning op de toekomst voor de NVVA; efficiëntere zorgverlening op lokaal niveau voor het ministerie van VWS. Zie ook www.regioplan.nl.

van geriatrische zorg integraal vorm te geven. In figuur 2.1 wordt weergegeven dat in alle onderscheiden sectoren een aanbod is op het terrein van geriatrische zorg.

Figuur 2.1 Sectoren met aanbod geriatrische zorg



Wie

Vele professionals leveren zorg aan ouderen: huisartsen, klinisch geriaters, (ouderen)internisten, (geriatrie/gespecialiseerde) verpleegkundigen, neurologen, sociaal geriaters/verpleeghuisartsen, verzorgenden, ouderen-psychiaters en paramedici. Deze professionals zijn werkzaam in verschillende sectoren. Figuur 2.1 suggereert dat er geen samenwerking is tussen de verschillende professionals die geriatrische zorg leveren. Wanneer we echter kijken naar de verschillende sectoren is te zien dat zich wel degelijk initiatieven ontwikkelen richting integrale geriatrische zorg.

Waar

Eerstelijnszorg

Van oudsher worden thuiswonende ouderen met een zorgvraag geholpen in de eerstelijn. Deze wordt gevormd door onder andere de huisarts, de tandarts en de fysiotherapeut. Echter, onder druk van de toenemende vergrijzing, de complexiteit van zorg en de technologische ontwikkelingen ontstaat dynamiek in de organisatie van de zorg voor thuiswonende ouderen in de eerstelijn. Er wordt gezocht naar nieuwe wegen om de thuiswonende ouderen in de eerstelijn te houden.

Dit betekent voor bijvoorbeeld de huisarts dat hij op zoek gaat naar samenwerking met andere huisartsen en taken delegeert aan de praktijkondersteuner. Ook zoekt de huisarts meer samenwerking met andere disciplines, zoals de sociaal geriater/verpleeghuisarts en komt de klinisch geriater op consult in de thuissituatie. De omvangrijker en complexer wordende zorg voor thuiswonende ouderen vraagt ook van de huisarts dat hij zich blijft ontwikkelen op het gebied van de ouderengeneeskunde, bijvoorbeeld met behulp van een kaderopleiding Ouderengeneeskunde.

Wijkverpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, verzorgenden en alphahulpen spelen eveneens een grote rol bij de zorg voor de oudere zorgvrager in de thuissituatie.

Op regionaal niveau is op gebied van eerstelijns, geriatrische zorg steeds

meer samenwerking zichtbaar tussen RIAGG, ouderenpsychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (spv'ers), sociaal geriater/verpleeghuisarts en klinisch geriater. Het gaat hier om kleinschalige initiatieven, zoals DOC (Dementie Onderzoek en Casemanagement)-teams, waarbij men met diverse deskundigen ernaar streeft de dementerende oudere zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Daarnaast is het Landelijk DementieProgramma actief om regionale partijen te ondersteunen in het verbeteren van de zorg voor dementerenden en hun mantelzorgers daarbij vertrekkend vanuit de 14 probleemvelden die een dementerende oudere en zijn mantelzorger kan ervaren.

Ziekenhuis
Als de oudere zorgvrager niet meer in de eerstelijn kan worden geholpen, is opname in het ziekenhuis soms nodig. Hier krijgt de oudere zorgvrager specialistische zorg. Meer dan een miljoen 65-plussers worden per jaar in het ziekenhuis opgenomen. Dit betreft 32,4 procent van alle ziekenhuisopnames (zie bijlage 4 ziekenhuisprofiel).
In een interview wordt aangegeven dat in Nederland 94 ziekenhuizen zijn, waarvan 46 een aandachtsgebied klinische geriatrie hebben. De helft hiervan heeft een klinische geriatrieafdeling. Volgens de sleutelfiguren die wij hebben gesproken zijn academische ziekenhuizen laat gestart met de geriatrie en veelal op projectbasis bij inwendige geneeskunde. Naast de klinisch geriater leveren de (ouderen)internist, neuroloog en orthopedisch chirurg zorg aan de oudere zorgvrager.

Het ziekenhuis is vooral gericht op diagnostiek en behandeling van de geriatrische patiënt. Daarbij is het belangrijk dat de behandeling snel en efficiënt verloopt. Hiervoor komen steeds meer dagdiagnostische centra en poliklinische behandelingen. Ook zijn er schakelafdelingen of transferpunten om het aantal 'verkeerdebedpatiënten' in ziekenhuizen te beperken: de geriatrische patiënt draagt men over naar een goedkopere zorgvorm dan wel een zorgvorm die een meer op de geriatrische patiënt toegespitste omgeving garandeert.

Verpleeghuis en verzorgingshuis
Als de oudere zorgvrager medisch-specialistisch is uitbehandeld, maar zodanige beperkingen heeft dat zelfstandig wonen geen optie meer is, kan de oudere zorgvrager naar een verpleeg- of verzorgingshuis.
De beroepsverenigingen van de verpleeghuisartsen en sociaal geriaters zijn gefuseerd tot één beroepsvereniging van algemeen geriaters. Algemeen geriaters leveren medische zorg aan de oudere zorgvrager met complexe problemen op somatisch en psychogeriatrisch gebied. Zij doen dit zowel intra- als extramuraal. Ook de huisarts kan door invoering van de ZVW zowel in de huisartsenpraktijk als in het verpleeghuis algemene medische zorg leveren.
In toenemende mate zijn er samenwerkingsverbanden zichtbaar tussen de huisarts, het ziekenhuis en het verpleeghuis. Crisisbedden worden bijvoorbeeld beschikbaar gehouden voor onhoudbare thuissituaties en transfers vanuit het ziekenhuis. In een verzorgingshuis leveren verzorgenden de

dagelijkse ondersteunende zorg aan de oudere bewoners van een verzorgingshuis. De huisarts, die iedere bewoner in principe vrij kan kiezen, komt langs op afspraak. Verpleegkundigen hebben in een verzorginghuis en verpleeghuis vaak een leidinggevende positie, maar zijn in toenemende mate schaars in aantal. Dit bemoeilijkt de taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen. Tot slot fuseren steeds meer verpleeg- en verzorgingshuizen in combinatie met thuiszorgorganisaties tot een zorgconcern.

Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
Ouderen met een psychiatrische zorgvraag kunnen worden behandeld door de ouderenpsychiater en sociaal geriater. Dit gebeurt in de thuissituatie of in een intramurale setting (Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen).
Op regionaal niveau komen steeds meer samenwerkingsverbanden met het RIAGG en klinisch geriaters tot stand. In de psychiatrie wordt veel waarde gehecht aan het sociale systeem van de patiënt. Hierin spelen mantelzorgers en casemanagers een belangrijke rol.

Verstandelijk gehandicaptensector (VGS)
Ingegeven door het feit dat verstandelijk gehandicapten steeds ouder worden, neemt in de sector van verstandelijk gehandicapten de zorgvraag van ouderen toe. Deze sector lijkt echter het minst ontwikkeld op het punt van geriatrische zorg. De verstandelijk gehandicapten wonen voornamelijk onder begeleiding in de wijk of in een grotere intramurale setting.
Verstandelijk gehandicapten kampen vanaf jonge leeftijd al met multiproblematiek die op latere leeftijd alleen nog maar problematischer wordt. Bij personen met het syndroom van Down openbaart de ouderdom zich bovendien sneller dan bij andere verstandelijk gehandicapten. In principe wordt de oudere verstandelijk gehandicapte in de eigen instelling verzorgd, maar de nadruk ligt meer op een pedagogisch klimaat dan op een verpleegkundig dan wel medisch klimaat. Overplaatsing naar een verpleeg- of verzorgingshuis behoort in dat geval tot de mogelijkheden.

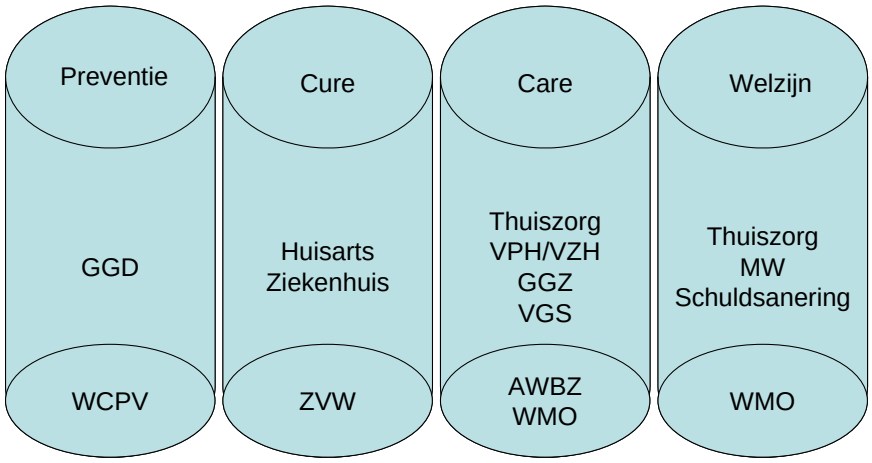
2.2 Knelpunten

Uit de ‘foto’ blijkt dat het aanbod van geriatrische zorg divers is en verdeeld over verschillende sectoren. Hierdoor is nauwelijks sprake van integrale geriatrische zorg. Hier ligt een aantal knelpunten aan ten grondslag. De knelpunten hebben naast een aantal autonome ontwikkelingen als de vergrijzing en ontgroening van de (beroeps)bevolking, vooral te maken met financiering en organisatie van de gezondheidszorg, domeinstrijd en kennisfragmentatie. Deze knelpunten bespreken we achtereenvolgens.

Schotten in financiering en regelgeving van de gezondheidszorg
De geriatrische zorgvrager beweegt zich met zijn complexe zorgvraag over en door de verschillende sectoren heen. Dit maakt het noodzakelijk dat deze

sectoren integraal samenwerken. Echter, de sleutelfiguren geven aan dat de huidige financiering en regelgeving blokkades vormen om tot integrale geriatrische zorg te komen. Op dit moment is de gezondheidszorg georganiseerd in vier silo's: preventie, cure, care en welzijn. Iedere silo wordt op eigen wijze gefinancierd (zie figuur 2.2).

Figuur 2.2 Organisatie gezondheidszorg



Tussen de silo's bestaan schotten in financiering en regelgeving. Het is in het belang van de cliënt nuttig en noodzakelijk dat zorgaanbieders en professionals samenwerken. Vanwege de schotten is dit echter vanuit bedrijfsmatig oogpunt niet altijd logisch of aantrekkelijk. Wanneer een geriatrische patiënt bijvoorbeeld wordt overgedragen van een ziekenhuis naar een verpleeghuis, stopt de financiering van de patiënt via de ZVW. De financiering gaat in dit geval over naar de AWBZ. Een sleutelfiguur geeft hierbij aan dat als de patiënt dan nog behoefte heeft aan geavanceerde apparatuur, zoals een decubituspomp, dit een flinke kostenpost voor het verpleeghuis met zich meebrengt. Dit mag volgens de sleutelfiguur geen reden zijn om een patiënt niet op te nemen, maar het wordt soms wel in de overweging meegenomen. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat de kosten weldegelijk worden vergoed door het zorgkantoor. Er moet alleen een nieuwe indicatie worden gesteld.
Dit voorbeeld laat zien dat de zorgaanbieders blijkbaar onvoldoende bekend zijn met de financieringsmogelijkheden in de overgang van de ZVW naar de AWBZ. Ook kan het zijn dat de zorgaanbieders de schotten in financiering en regelgeving als belemmerend ervaren, omdat een aanvraag voor bijvoorbeeld een decubituspomp in een verpleeghuis extra administratieve lasten met zich meebrengt. Dit zijn administratieve lasten in verband met het stellen van een nieuwe indicatie. De sleutelfiguren geven aan dat een flexibele financiering in de vorm van *'capitated finance'* oftewel een persoonsvolgend budget een goed begin vormt voor integrale geriatrische zorg.

Domeinstrijd
Naast het probleem van schotten in de financiering en regelgeving bemoeilijkt ook de domeinstrijd het realiseren van integrale geriatrische zorg. De professionals uit het geriatrisch veld richten zich ieder op de verantwoordelijkheid en kennisontwikkeling van hun eigen domein. Er is strijd over wie de beste kennis of expertise heeft om de geriatrische patiënt te behandelen. Bijvoorbeeld tussen de huisarts en de verpleeghuisarts/sociaal geriater of de klinisch geriater en verpleeghuisarts/sociaal geriater. Hierdoor lijken de professionals te vergeten dat het belang van de geriatrische patiënt centraal staat. Bovendien bestaat er tussen de geriatrische professionals ook grote onbekendheid over ieders exacte kennis en expertise.
Voor een integraal aanbod van geriatrische zorg is volgens een aantal sleutelfiguren een goede verantwoordelijkheidsverdeling en bekendheid met elkaars kennis en expertise nodig. Deze zaken ontbreken beiden op dit moment volgens de sleutelfiguren. De ouderenpsychiater geeft hierover aan dat de verantwoordelijkheid overdragen voor een patiënt betekent dat de professional eerst moet erkennen dat iemand anders meer kennis van het onderwerp heeft.

Kennisfragmentatie
Door het toenemend aantal oudere zorgvragers zullen niet alleen de huisarts, de klinisch geriater of verpleeghuisarts/sociaal geriater, maar ook andere zorgverleners die niet direct in de ouderenzorg werken, steeds meer met ouderen te maken krijgen. De kennis van geriatrische zorg is op dit moment echter gefragmenteerd, waardoor niet elke zorgverlener hierover beschikt. Het delen van best-practices gebeurt niet op grote schaal en de kennisuitwisseling tussen de eerste- en tweedelijnszorg is bijvoorbeeld gescheiden. Zo geeft de klinisch geriater aan dat het triageren van de geriatrische patiënt hierdoor niet goed verloopt.
Naast de fragmentatie van geriatrische kennis, geeft een aantal deskundigen aan dat de kennis over de geriatrische patiënt beperkt is. Elke universiteit stelt de co-schap ‘kindergeneeskunde’ verplicht, maar alleen de universiteit Nijmegen verplicht een co-schap ‘ouderengeneeskunde’. Een ander voorbeeld is dat van de 94 ziekenhuizen in Nederland slechts 46 ziekenhuizen specifieke aandacht hebben voor klinische geriatrie. Slechts de helft hiervan heeft een afdeling klinische geriatrie. Dit impliceert dat het delen van kennis en kennisontwikkeling op dit moment op kleine schaal plaatsvindt, wat niet ten goede komt aan het bewerkstelligen van integrale geriatrische zorg.

2.3 Kansrijke ontwikkelingen

Naast knelpunten die integrale geriatrische zorg bemoeilijken, zijn ook kansrijke ontwikkelingen gaande die integrale geriatrische zorg kunnen bevorderen. In deze paragraaf bespreken we drie kansrijke ontwikkelingen: (1) krachtenbundeling, (2) innovatieprojecten en (3) het centraal stellen van de geriatrische patiënt.

Krachtenbundeling
De laatste jaren vindt er onder een aantal geriatrische professionals formele krachtenbundeling plaats. Verpleeghuisartsen en de sociaal geriaters zijn gefuseerd tot één beroepsvereniging voor algemeen geriaters. De medische geriatrische professionals (algemeen geriaters, klinisch geriaters, huisartsen en ouderenpsychiaters) hebben onder andere vanuit een beroepsoverstijgend perspectief een visiedocument geschreven waarin zij een geïntegreerde visie op ouderenzorg hebben ontwikkeld. In 2006 is bovendien de Algemene Vereniging Voor Verpleegkundigen (AVVV) gefuseerd met de beroeps-verenigingen tot Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Ook is in 2006 de Brancheorganisatie ActiZ ontstaan na een fusie tussen Z-org en Arcares. Deze krachtenbundeling maakt dat verschillende partijen zouden kunnen samenwerken en in theorie beter in staat zouden moeten zijn integrale zorg te leveren. Echter, het gaat om een fusie van koepelorganisaties. Deze moeten hun beleid, gericht op het bevorderen van samenwerking en integrale zorg, wel uitdragen naar hun achterban.

Innovatieprojecten
Op dit moment vinden allerlei vernieuwingen binnen de ouderenzorg plaats die wijzen op integrale geriatrische zorg. Bijvoorbeeld de ‘omtinker’ in Skewiel Trynwalden (Fr). Dit is een casemanager die de regiefunctie van de oudere patiënt overneemt. Binnen de GGZ is de functie van casemanager al jaren een succes. Een ander voorbeeld is de ‘Community-care’: kleinschalig wonen met zorgaanbod om de hoek. Ook binnen het verpleeghuis vinden diverse innovatieprojecten plaats: de verpleeghuisarts en specialist die elkaar consulteren, om bijvoorbeeld een TIA-straat in te richten.[2] De huisarts die consulten geeft in het verpleeghuis en de onderzoeks- en adviescentra in de eerstelijn. Ook kan de inzet van geriatrisch verpleegkundigen in de regio worden genoemd, de mobiele tandheelkundige praktijk die mondzorg levert thuis, in het verpleeghuis of in het verzorgingshuis en GeriMedica een landelijk netwerk van medische praktijken voor kwetsbare ouderen met chronische aandoeningen, die geholpen worden ongeacht hun woon- of verblijfplaats. Echter, de innovatieprojecten zijn voornamelijk kleinschalig van aard, waar-door een integraal aanbod van geriatrische zorg op regionaal niveau (nog) niet wordt bereikt.

Geriatrische patiënt centraal
De aanbieders van geriatrische zorg zijn zeer gemotiveerd de zorg voor de geriatrische patiënt zo goed mogelijk te laten verlopen, waarbij geriatrische zorg voor hen gelijk staat aan holistische zorg. Dit betekent dat de geriatrische patiënt het centrale uitgangspunt is waarbij somatische, psychische, sociale en fysieke aspecten bij elkaar komen. Door de patiënt als één geheel te zien met alle somatische, psychische, sociale en fysieke aspecten, wil echter nog niet zeggen dat de patiënt centraal staat.

[2] Een TIA-straat is een zorgproces waarbij de doorlooptijd kort is. De diagnose, behandeling en secundaire preventie volgen elkaar snel op.

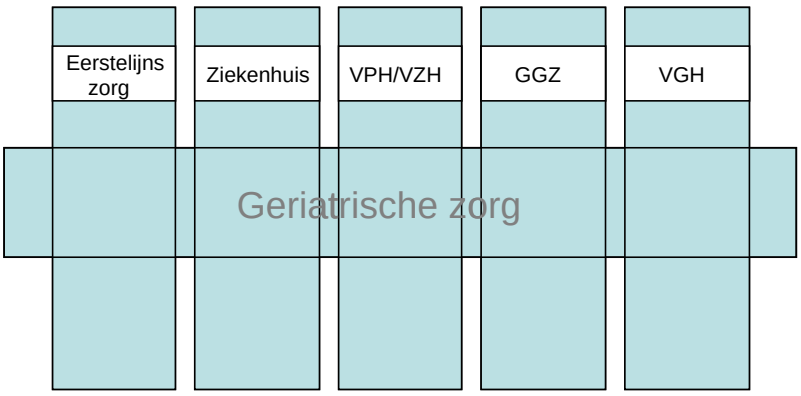
Er zijn echter initiatieven die de patiënt daadwerkelijk centraal stellen zoals het Landelijk Dementie Programma (LDP). Op regionaal niveau wordt de geriatrische zorgvrager als uitgangspunt genomen bij het inventariseren van ervaren probleemvelden. Op basis van deze probleemvelden ontwikkelt de regio aanbod van geriatrische zorg. Bij de uitvoering van het programma en het leveren van het aanbod spelen Alzheimer Nederland en vrijwilligers van deze stichting een belangrijke rol.

2.4 Conclusies

Op basis van de informatie uit de gepresenteerde 'foto' van het aanbod van geriatrische zorg, het bronnenonderzoek en interviews met sleutelfiguren kunnen we een aantal conclusies trekken over het huidige aanbod van geriatrische zorg.

- De eerste conclusie is dat elke geriatrische discipline uitgaat van holistische en integrale zorg. Het aanbod weerspiegelt dit uitgangspunt echter niet. Het aanbod van geriatrische zorg in de verschillende sectoren is divers, maar weinig geïntegreerd en erg sector- en weinig vraaggericht. Als sprake zou zijn van een geïntegreerd aanbod, zouden delen van holistische zorg worden gegeven door diverse zorgaanbieders uit verschillende sectoren die naadloos op elkaar aansluiten.
- De tweede conclusie is dat bij regulier aanbod weinig sprake is van integrale geriatrische zorg: een aantal kleinschalige vernieuwende initiatieven betreffen wel (een aanzet tot) integrale geriatrische zorg. De doorlopende strook uit figuur 2.1 is niet een vorm van samenwerking die in de praktijk op dit moment bestaat. Figuur 2.3 laat meer de werkelijkheid zien.

Figuur 2.3 Werkelijke samenwerking sectoren bij geriatrische zorg



- Over de knelpunten kunnen we concluderen dat deze zich vooral bevinden op het vlak van schotten in financiering en regelgeving, domeinstrijd en kennisfragmentatie. Met name op het vlak van schotten in financiering en

regelgeving kan het zijn dat onbekendheid met de financieringsmogelijkheden en de ervaren administratieve lasten rondom de indicatiestelling hierop van invloed zijn.

- Kansrijke ontwikkelingen binnen de geriatrische zorgverlening zijn met name te zien op terreinen als bundeling van krachten van branche- en beroepsorganisaties, innovatieve projecten die worden opgezet en het daadwerkelijk centraal stellen van de geriatrische patiënt bij de zorgverlening.

3 DE VRAAG NAAR GERIATRISCHE ZORG

In dit hoofdstuk beschrijven wij in het kort de huidige vraag naar geriatrische zorg. Hiervoor zijn per sector zorgprofielen gemaakt. Daarnaast beschrijven wij uitgebreider de invloed van epidemiologische, demografische, technologische en sociaal-culturele ontwikkelingen op de toekomstige geriatrische zorgvraag. De beschrijving van de vraag naar geriatrische zorg is gebaseerd op divers bronnenonderzoek. Een overzicht van de bronnen is opgenomen in bijlage 11.

3.1 De huidige vraag naar geriatrische zorg

Om een indruk te geven van de huidige vraag naar geriatrische zorg, hebben we per sector een zorgprofiel gemaakt. In ieder zorgprofiel staat een aantal kenmerken opgenomen van de oudere zorgvrager: geslacht, leeftijdscategorie, instroom, uitstroom, primaire zorgbehoefte, zorgduur en zorgcomplexiteit. In deze paragraaf geven we kort de hoofdconclusies. Voor een overzicht verwijzen wij naar bijlage 5 waarbij we opmerken dat niet alle gegevens per sector beschikbaar waren.

Het algemene beeld is dat in elke sector de oudere zorgvrager meestal vrouw is. Dit is niet opvallend, aangezien vrouwen over het algemeen meer gebruikmaken van zorg en vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen.
Per sector verschilt het aandeel van de 65-plussers. De thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen bestaan vrijwel alleen uit ouderen (80 tot 100%), terwijl in de GGZ en het ziekenhuis zo'n 20 tot 30 procent van de totale patiëntengroep 65 jaar of ouder is.

De oudere zorgvrager komt voornamelijk vanuit de thuissituatie in een zorginstelling terecht, met uitzondering van het verpleeghuis. De ouderen die hier worden opgenomen komen veelal uit het ziekenhuis. De ouderen met een somatische aandoening gaan vanuit het verpleeghuis veelal terug naar de thuissituatie. De ouderen met een psychogeriatrische indicatie blijven daar meestal tot het overlijden. Ook de ouderen in een verzorgingshuis wonen daar tot hun overlijden of worden overgeplaatst naar een verpleeghuis. De oudere zorgvrager heeft over het algemeen permanente zorg nodig. Deze kan wisselend zijn qua intensiteit en complexiteit.

3.2 De toekomstige vraag naar geriatrische zorg

Hoe de vraag naar geriatrische zorg in de toekomst zal zijn, is moeilijk exact te voorspellen met de documentenanalyse die wij hebben uitgevoerd. Er is wel

een aantal ontwikkelingen te noemen die van invloed kunnen zijn op de zorgvraag van ouderen. Om deze reden omschrijven we in deze paragraaf een aantal epidemiologische, demografische, technologische en sociaal culturele ontwikkelingen die betrekking hebben op de oudere zorgvrager.

Epidemiologische ontwikkelingen

Chronische ziekten

In ziekte en aandoeningen van de bevolking zijn een aantal stadia van epidemiologische transitie. Momenteel zitten we in de vierde fase van epidemiologische transitie: de chronische aandoeningen. Dit betekent dat mensen de welvaartsziekten overleven en hiermee oud en meer chronisch ziek worden (Delnoij et al, 2001). Belangrijke chronische aandoeningen zijn lichamelijk van aard, zoals diabetes, COPD, chronisch hartfalen, CVA, hoge bloeddruk en reumatoide-artritis en psychische aandoeningen als depressie, angststoornissen, dementie en alcoholverslaving (RIVM/VTV, 2003).

Complexiteit

De toename in het aantal chronisch zieken zorgt voor een verhoogde druk op langdurige zorg. Ook is meer sprake van co-morbiditeit. Dit betekent dat mensen meerdere chronische aandoeningen tegelijk hebben die behandeld worden. Het probleem hierbij is dat elke ziekte zijn eigen behandelprotocol kent en de ene behandeling negatief van invloed kan zijn op de andere behandeling. Hierdoor neemt de complexiteit van het zorggebruik toe (Brancherapporten VWS, 2007).

Ziektelast

Ziektelast is een andere maat om epidemiologische gegevens uit te drukken. Ziektelast wordt uitgedrukt in *Disability Adjusted Life Years* (DALY's). Het aantal DALY's is het aantal gezonde levensjaren dat een populatie verliest door ziekten. Hart- en vaatziekten, kanker en psychische stoornissen veroorzaken de meeste ziektelast. Enerzijds komt dit doordat hart- en vaatziekten en kanker de belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte zijn. Anderzijds lijden veel mensen aan deze aandoeningen. Van de totale ziektelast wordt 47 procent gedragen door ouderen boven de 65. Zij verliezen de meeste DALY's aan hart- en vaatziekten, kanker en psychische stoornissen (RIVM/VTV, 2003).

Demografische ontwikkelingen

Vergrijzing

In de komende tien tot vijftien jaar neemt het aantal ouderen toe met ongeveer vijf procent. In 2020 zal de Nederlandse bevolking voor 19,6 procent bestaan uit 65-plussers. Daarnaast stijgt de levensverwachting van zowel mannen als vrouwen naar respectievelijk 80,8 en 83,6 jaar. Het aantal mensen ouder dan 80 neemt de komende jaren ook toe. In 2020 is 4,6 procent van de Nederlandse bevolking ouder dan 80 en in 2038, op het hoogtepunt van de vergrijzing, is dit gestegen tot 7,6 procent. In Nederland komen dus steeds meer oudere ouderen, ook wel *dubbele vergrijzing* genoemd (CBS/Statline prognose 2007-2050). Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen wordt kleiner. Dit betekent dat mensen hun leven langer met een partner delen.

Het RIVM bericht op 26 juli 2007 over de verwachte stijging van het aantal mensen met een chronische ziekte over de komende twintig jaar. Deze stijging is deels te verklaren door de vergrijzing, maak ook deels door ongezond gedrag. Het RIVM geeft aan dat naar verwachting in 2025 ongeveer 940.000 mensen diabetes hebben, 1.200.000 mensen osteoporose en 540.000 mensen chronische obstructieve longziekten.

Allochtonen

Het aantal allochtone ouderen neemt toe. Van de hele bevolking is in 2020 2,7 procent allochtoon en ouder dan 65. In 2038 is dit 4,3 procent (CBS/Statline, prognose 2007-2050). Dit betekent dat ook de migrantenpopulatie in Nederland vergrijst. Deze bevolkingsgroep brengt een andere zorgvraag met zich mee. De oudere allochtoon kenmerkt zich door de gedachte op hogere leeftijd niet meer actief te hoeven zijn en hij wil worden verzorgd door de kinderen. Momenteel zijn er nog grote gezinnen waardoor mantelzorg goed mogelijk is. Echter, in de toekomst zal dit meer problemen opleveren aangezien de kinderen van de ouderen steeds meer integreren in de Nederlandse samenleving en actief zijn op de arbeidsmarkt. Verzorging van ouderen wordt hierdoor bemoeilijkt. Dit betekent dat indien de kinderen de ouderen niet kunnen verzorgen, zij naar een verzorgings- of verpleeghuis moeten. Hierbij verwachten zij dat zij hun geloof kunnen belijden en dat hun normen en waarden worden gerespecteerd.

Technologische ontwikkelingen en kennistoename

De ontwikkelingen in de medische en technologische kennis nemen steeds meer toe. Hierdoor verbeteren de behandelingen, zodat mensen langer en met meer kwaliteit leven. Het zorgt ook voor vroege opsporing van ziekten en een focus op preventie. Dit heeft naast een toename in zorggebruik, het gevolg dat het zorggebruik verschuift.

Toenemend zorggebruik

Zorggebruikers hebben steeds meer keuzemogelijkheden, doordat steeds meer kennis en informatie beschikbaar is. Hierdoor neemt de zorgvraag toe. Een voorbeeld hiervan is het registreren van prestaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars op internet. Daarnaast worden zorgconsumenten mondiger, waardoor zij meer eisen stellen aan de gezondheidszorg en actiever deelnemen aan de eigen behandeling. Dit geldt eveneens voor de oudere zorgvrager. Ook gaat de zorgvrager meer medicijnen gebruiken ter voorkoming van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, omdat door de technologische ontwikkelingen meer aandacht komt voor preventie.

Verschuivend zorggebruik

De verschuiving in zorggebruik komt tot stand door de mogelijkheid dat zorgvragers met behulp van ICT en domotica zelfstandiger kunnen leven en langer thuis kunnen blijven. Dit wordt zichtbaar doordat ouderen steeds minder gebruikmaken van verzorgings- en verpleeghuizen. De gemiddelde verblijfsduur voor psychogeriatrische patiënten is in de afgelopen jaren gedaald van 3 naar 1,5 jaar. Dit heeft wel tot gevolg dat de oudere zorgvrager een veel groter beroep doet op de thuiszorg en de huisarts. In 2004 maken de ouderen 16 keer per jaar gebruik van de huisarts, maar in 2020 wordt het dubbele zorg-

gebruik voor ouderen voorspeld (VWS, 2007).

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Opleiding

Individualisering en toenemende opleidingsgraad van de bevolking zorgen ervoor dat ouderen beter geïnformeerd raken over het aanbod en de werking van de gezondheidszorg. De zorgvrager heeft veel keuzevrijheid en allerlei vormen van zorg komen steeds meer beschikbaar. Dit leidt tot een hogere zorgconsumptie en mondigere ouderen die invloed willen hebben op hun zorgproces (VWS, 2007). Een verhoogd opleidingsniveau heeft wel een gunstig effect op de gezondheidstoestand van de bevolking en op het aantal ouderen dat leeft met fysieke beperkingen. Het aantal 65-plussers dat middelbaar onderwijs of hoger heeft voltooid, stijgt van 25 procent in 2000 naar 44 procent in 2020. Dit heeft tot gevolg dat de zorgvraag vermindert (Timmermans, 2001).

Inkomen

De verwachting is dat de inkomenspositie van ouderen in de nabije toekomst zal toenemen. Dit komt doordat meer ouderen een aanvullend pensioen hebben en het aantal jaren pensioensopbouw toeneemt. Daarnaast zullen de 65-plussers een partner hebben die ook een aanvullend pensioen krijgt. Naast deze inkomensontwikkeling hebben de ouderen een groot eigen vermogen: 40 procent heeft bijvoorbeeld een eigen woning.

Kwetsbaren

Toch zijn er ook financieel kwetsbare ouderen die alleen een (onvolledige) AOW hebben en aangewezen zijn op de bijstand. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen die later naar Nederland zijn gekomen en hierdoor minder AOW rechten hebben opgebouwd. De migrantenpopulatie in Nederland vergrijst de komende jaren, waardoor dit probleem naar verwachting groter zal worden (VWS, 2005).
Inkomen is een belangrijke indicator voor gezondheid. Uit onderzoek blijkt dat naarmate het gemiddelde inkomen lager is, de sterfte aan bijvoorbeeld bepaalde vormen van kanker, hartziekten, CVA en CARA hoger is. Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen nemen in de toekomst toe. Deze achterstand wordt vooral verwacht voor allochtonen, ouderen, alleenstaanden en inwoners van grote steden (Delnoij, 2001).

3.3 Conclusies

Op basis van bovenstaande omschrijving kunnen vier conclusies worden getrokken:

- De omschrijving van het huidige zorggebruik van ouderen laat zien dat de zorgvraag hoofdzakelijk permanent en wisselend qua intensiteit en complexiteit is. Dit vraagt om een flexibele organisatie van de gezondheids-zorg. De meeste ouderen die permanent zorg krijgen verblijven in de thuissituatie. Daarnaast bestaat een grote groep ouderen (bijna de helft)

die op dit moment geen zorgvraag heeft. Zij zijn dusdanig gezond dat zij (nog) geen hulp nodig hebben.

- Diverse ontwikkelingen in de samenleving laten zien hun invloed op de zorgvraag van ouderen. Er is echter weinig te zeggen over het samenspel van deze ontwikkelingen en de toekomstige zorgvraag. De zorgvraag van de oudere is complex: als er een medicijn gevonden wordt tegen Alzheimer, lost dat het probleem van dementie mogelijkerwijs op, maar doordat vaak sprake is van co-morbiditeit, lost het niet alle zorgvragen op.

- De ouderen zullen in de toekomstige samenleving een steeds individualistischer en gedifferentieerder beeld laten zien. Hierdoor ontstaan specifieke levensstijlen die vragen om specifieke behoeften en wensen. Doordat de zorg voor ouderen zo complex, gedifferentieerd en individueel is, is geen sprake van dé geriatrische zorgvrager.

- Tot slot moet het geriatrische zorgaanbod vraaggericht tot stand komen. We hebben een beschrijving gegeven van algemene ontwikkelingen in de zorgvraag van ouderen. Echter, de geriatrische patiënt zelf komt in dit onderzoek niet intensief aan bod behalve bij monde van de belangenorganisatie Alzheimer Nederland.

4 HET TOEKOMSTIGE AANBOD VAN GERIATRISCHE ZORG

In hoofdstuk 2 is een overzicht gegeven van het huidige aanbod van geriatrische zorg. Daarin werd geschetst dat er veel, maar een weinig samenhangend, aanbod is van geriatrische zorg. Echter, welke zorg wordt geleverd, hangt af van de professional en de sector. Begin 2006 is de ZVW van kracht gegaan. Met de komst van deze wet heeft de functiegerichte omschrijving zijn intrede gedaan. Dit betekent dat niet meer vaststaat wie bepaalde zorg waar levert. De vanzelfsprekendheid dat een bepaalde professional bepaalde zorg levert, verdwijnt hiermee. Daarom maken we in dit hoofdstuk een vertaalslag naar een toekomstig aanbod van geriatrische zorg in functionele en vraaggestuurde termen. In dit onderzoek is deze vertaalslag naar functionele termen gemaakt met behulp van professionals uit het geriatrisch veld. Zij zijn geïnterviewd, bevraagd via een webenquête en tijdens een klankbordgroepbijeenkomst om hun visie en mening gevraagd.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk presenteren we een conceptueel schema met daarin de functies die nodig zijn om in de toekomst integrale geriatrische zorg te leveren. In de tweede paragraaf wordt aangegeven wat functies zijn en welke deskundigheden en instrumenten van belang zijn om de functies naar behoren uit te kunnen voeren. Dit wordt verduidelijkt met een aantal voorbeelden. Tot slot laten we zien hoe het conceptuele schema ziektespecifiek wordt gemaakt. Hoofdstuk 5 geeft vervolgens inzicht in de visie van de professionals op de omschrijving van het aanbod van geriatrische zorg in functionele termen en de houdbaarheid van het conceptuele schema in de praktijk.

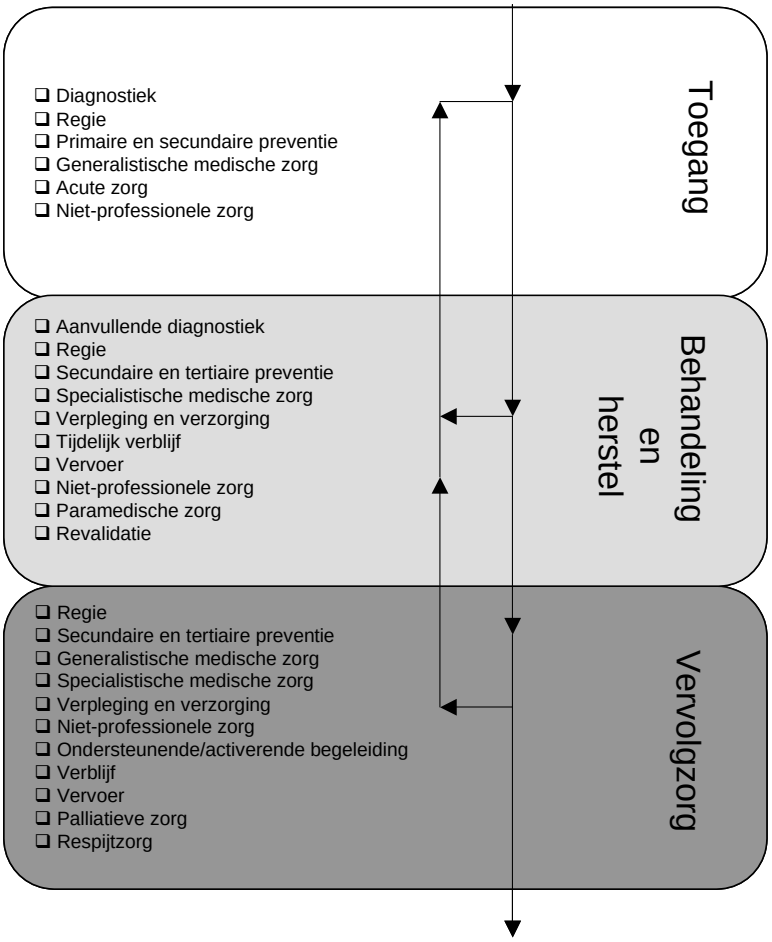
4.1 Het conceptuele schema ‘integrale geriatrische zorg’

Het denken in functionele termen is niet nieuw. De indicatie voor AWBZ-zorg wordt reeds gedaan in functies. Bij de professionals is het denken in functies nog niet volledig ingeburgerd. Zij denken over het algemeen in domeinen, professies en sectoren. Het denken in functies vraagt om een andere *mindset* van professionals en andere relevante partijen. Wanneer wordt uitgegaan van functies, deskundigheden en instrumenten, maakt dat de primaire vraag wordt: wat is nodig om deze specifieke cliënt van goede zorg te voorzien en wie kan dit leveren voor welke kwaliteit en prijs. Bovendien wordt de professional gedwongen transparant te zijn en hoge kwaliteit te leveren.

In dit onderzoek hebben wij een conceptueel schema ontworpen met daarin de voornaamste functies van geriatrische zorg (zie figuur 4.1). De functies moeten een antwoord geven op de zorgvraag van de geriatrische patiënt. De zorgvraag van deze patiëntengroep is echter niet eenduidig. Daarom is een indeling van de zorgvraag in categorieën wenselijk.

Deze zorgvraag kan op meerdere manieren worden gecategoriseerd. Bijvoorbeeld naar de zorgduur die acuut, tijdelijk, intermitterend of permanent kan zijn. Een andere manier is een indeling naar zorgcomplexiteit, zoals laag, midden en hoog complexe zorg. Nog een andere manier zou een medisch inhoudelijke indeling zijn naar de vijf 'geriatric giants': vergeetachtigheid, dementie, doof- en slechtziendheid, incontinentie en mobiliteitsproblemen. En tot slot is het mogelijke een indeling te maken naar zorgfasen, zoals toegang, behandeling en herstel en vervolgzorg.
Bij deze verschillende indelingen is gekeken naar de indeling die het meest onderscheidend is. Dit wil zeggen dat de functies zo veel mogelijk specifiek moeten zijn voor een bepaalde categorie. De eerste drie mogelijkheden bleken hiervoor onvoldoende geschikt, aangezien alle functies in elke categorie terugkwamen. Om deze reden is gekozen het conceptueel schema onder te verdelen naar zorgfase, aangezien deze indeling op voorhand de minste overlap in functies liet zien.

Figuur 4.1 Conceptueel schema 'aanbod integrale geriatrische zorg'[1]



[1] Deze figuur is gebaseerd op het door Plexus Medical Group ontwikkelde model voor de functiecatalogus acute zorg.

Het conceptuele schema is verdeeld in drie fasen: ‘toegang’, ‘behandeling en herstel’ en ‘vervolgzorg’. In de eerste fase ‘toegang’ ligt de nadruk op de entree in de zorg en het bepalen van de vervolgstap. De tweede fase ‘behandeling en herstel’ richt zich op het opheffen van een tekort en in de derde fase ‘vervolgzorg’ gaat het hoofdzakelijk om de kwaliteit van leven.
Het uitgangspunt van het schema met de drie fasen is dat de oudere zorgvrager centraal staat. De oudere zorgvrager komt op enig moment in aanraking met de zorg. Dit begint in de toegangsfase. De patiënt wordt behandeld met mogelijk herstel. Het kan ook zijn dat vervolgzorg nodig is. De pijlen in het schema en de cirkel die deze pijlen vormen, laten zien dat de patiënt de drie fasen zonder hindernissen kan doorlopen, maar ook eenvoudig terug kan keren naar een eerdere fase. Dit impliceert integrale geriatrische zorg, waarbij een soepele overgang tussen de fasen een voorwaarde is. De patiënt moet flexibel kunnen terugvallen op een andere fase al naar gelang de zorgbehoefte. Dit is van belang aangezien de zorgbehoefte van de geriatrische patiënt kan fluctueren en de zorgvraag van de geriatrische patiënt een langdurige karakter heeft die over het algemeen eindigt bij het overlijden van de patiënt.

4.2 Functies, deskundigheden en instrumenten

In het conceptuele schema zijn per fase functies benoemd. In deze paragraaf wordt duidelijk gemaakt wat een functie is en wat de inhoud is van de verschillende functies in het conceptuele schema. Ook wordt aangegeven welke deskundigheden en instrumenten nodig zijn om de functies uit te kunnen voeren.
Een functie is een activiteit of bundeling van activiteiten die nodig zijn om een specifieke zorgvraag van een patiënt te kunnen beantwoorden, zonder dat specifieke professionals of sectoren worden genoemd. Bijvoorbeeld een patiënt heeft een zorgvraag en heeft de functie ‘generalistische medische zorg’ nodig. Normaliter is de eerste gedachte dat de huisarts deze ‘generalistische medische zorg’ biedt. Bij het denken in functies is het niet meer vanzelfsprekend dat de huisarts degene is die deze functie uitvoert. Het gaat erom dat de patiënt ‘generalistische medische zorg’ krijgt en dat dit door een medische professional wordt geleverd die daartoe bevoegd is. Welke professional dit is, een huisarts, algemeen geriater of somatisch arts, is minder belangrijk. In tabel 4.1 staat een beknopte omschrijving van de in het conceptuele schema gehanteerde functies.

Tabel 4.1 Omschrijving van functies

(Aanvullende) diagnostiek	(Hetero)anamnese, lichamelijk, aanvullend onderzoek en dergelijke.
Regie	Het praktisch begeleiden van de geriatrische patiënt in zorgland.
Preventie	Gezondheidsvoorlichting en advies geven over gezond ouder worden, dreigende gevaren als meervoudig medicatiegebruik, vallen en wijzen op verergerende factoren.
Generalistische medische zorg	Zorg op lichamelijk en/of psychisch gebied, beleid uitzetten: medicamenteuze behandeling, voorlichting, controles, consultatie en verwijzing.
Acute zorg	Acute toegang tot lichamelijke of psychische crisishulp.
Niet-professionele zorg	Mantelzorg, welzijnswerk en/of gemeenschapsactiviteiten.
Specialistische medische zorg	Ziektespecifiek beleid uitzetten op lichamelijk en /of psychisch gebied: voorlichting, medicamenteuze behandeling, controles, consultatie en verwijzing.
Verpleging en verzorging	Ondersteuning van de patiënt in algemene dagelijks levensbehoeften en specialistische verpleging en verzorging.
Paramedische zorg	Bijvoorbeeld fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek, logopedie.
Revalidatie	Lichamelijk en/of geestelijk herstel van ziekte of aandoening.
Ondersteunende en activerende begeleiding	Bijvoorbeeld dagbesteding en dergelijke.
(Tijdelijk) verblijf	Opname in intramurale setting permanent danwel tijdelijk.
Vervoer	Vervoer tussen instellingen of tussen huis en instellingen.
Palliatieve zorg	Zorg rondom het levenseinde.
Respijtzorg	Ondersteuning en begeleiding om de mantelzorg te ontlasten.

Om de functies te kunnen uitvoeren, zijn deskundigheden en instrumenten nodig. Onder deskundigheden vallen specifieke kennis en vaardigheden die nodig zijn om de functie uit te voeren.
Instrumenten zijn als het ware ondersteuningsmogelijkheden. In tabel 4.2 en 4.3 staan deze deskundigheden en instrumenten uitgelegd. Hierbij dient te worden vermeld dat deze omschrijvingen onderdeel zijn van het conceptuele schema en dus niet uitputtend zijn. In het volgende hoofdstuk wordt het conceptuele schema getoetst.

Tabel 4.2 Omschrijving van deskundigheden

Kennis van de geriatrische patiënt	Kennis van onder andere ouderdomsziekten, co-morbiditeit, meervoudig medicatiegebruik en de kwetsbare positie van ouderen.
Kennis van de sociale kaart ouderenzorg	Kennis van regionale voorzieningen en hun aanbod voor ouderenzorg.
Multidisciplinaire kennis	Kennis van andere disciplines (domeinen) die zich bezighouden met de zorg rondom de geriatrische patiënt.
Kennis van sociale systeem rondom de geriatrische patiënt	Thuissituatie, mantelzorg en ondersteuning daarbij.
Gespecialiseerde kennis	Kennis bij (para)medici van specifieke aandachtsgebieden als dementie, palliatieve zorg, CVA et cetera.

Tabel 4.3 Omschrijving van instrumenten

Mogelijkheid tot entree professionele zorg	Via huisarts, spoedeisende hulp of zorgloket ouderenconsultatiebureau.
Indicatieprotocol	Toegang tot AWBZ-zorg.
Protocol	Ziektegerelateerd of risicosignalerend zoals delier of vallen.
Transmuraal protocol	Regionale oriëntatie: samenwerking met andere zorginstellingen als een ziekenhuis of verpleeghuis.
Kwaliteitsrichtlijn	Zoals CVA-zorg, diabeteszorg, palliatieve zorg.
Multidisciplinair dossier	Een dossier toegankelijk voor verschillende disciplines.
Casemanagement	Professionele regievoering.
Mogelijkheid tot entree niet-professionele zorg	Steunpunt mantelzorg, zorgloket, vrijwilligerswerk.
Techniek voor de zorg	Zoals Elektronisch Patiënten Dossier, Domotica.
Langere spreekuren/ consulttijden	
Kaderopleiding ouderenzorg	Aanvullende opleiding specifiek gericht op ouderen voor alle niveaus en soorten professionals.
Regelgeving	Zoals transmurale dbc's of zorgarrangementen.

Om te verduidelijken hoe de functies, deskundigheden en instrumenten met elkaar samenhangen, geven we per fase een voorbeeld. In fase I 'toegang' staat voor de geriatrische patiënt de functie 'diagnostiek'. Om deze functie goed uit te kunnen voeren, dient de professional te beschikken over onder andere de deskundigheid 'kennis van de geriatrische patiënt'. Als hulpmiddel kan een 'kaderopleiding ouderenzorg' ondersteunend zijn. In fase II 'behandeling en herstel' kan de geriatrische patiënt de functie 'gespecialiseerde medische zorg' nodig hebben. De professional die deze functie levert dient dan bijvoorbeeld te beschikken over de deskundigheid 'gespecialiseerde kennis' en 'kennis van de geriatrische patiënt'. Een passend hulpmiddel kan dan zijn een 'ziektegerelateerd of risicosignalerend protocol'. Een ander voorbeeld is in fase III 'vervolgzorg' de functie 'palliatieve zorg'. Een deskundigheid hierbij is het beschikken over 'gespecialiseerde kennis' met als hulpmiddel een 'kwaliteitsrichtlijn palliatieve zorg'.

4.3 Functies en ziektespecifieke zorgstandaarden

Met de functionele omschrijvingen uit het conceptuele schema zou de zorgverzekeraar in theorie integrale geriatrische zorg moeten kunnen inkopen. Geriatrische zorg is echter een breed begrip en kenmerkend voor de geriatrische patiënt is dat hij meerdere aandoeningen tegelijk kan hebben. Voor een verzekeraar is het van belang te weten of hij ziektespecifiek zorg kan inkopen in een regio. Per regio kan dan bijvoorbeeld worden achterhaald hoeveel oudere patiënten er zijn met dementie of een CVA, waardoor de zorgverzekeraar ziekte- en functiegerichte zorg kan inkopen voor ouderen in de regio.
Om deze reden hebben wij een variant gemaakt op het conceptueel schema waarbij wij onderscheid maken in veelvoorkomende geriatrische

aandoeningen. Het gaat om de zeven aandoeningen met het hoogste prevalentiecijfer onder 65-plussers in 2000 (Gezondheidsraad, 2005). Dit zijn dementie, psychiatrische aandoeningen, hartziekten, astma/COPD, beroerte, diabetes en ziekten van het bewegingsapparaat.
De vooronderstelling is dat het conceptueel schema generieke en specifieke functies bevat. Generieke functies zijn functies die een zorgverzekeraar altijd zou kunnen inkopen, ongeacht de aandoening van een patiënt. Deze functies moeten dus standaard aanwezig zijn in de fasen ‘toegang’, ‘behandeling en herstel’ en ‘vervolgzorg’. Naast deze generieke functies zouden er mogelijk specifieke functies zijn die wel samenvallen met een bepaalde aandoening. Als dit zo is, kan de zorgverzekeraar in theorie ziektespecifieke functies inkopen en daarmee per regio een betere inschatting van de zorgbehoefte maken.
Door de zeven aandoeningen over het conceptueel schema te leggen, ontstaat een matrix. De indeling naar zorgproces en matrix geven richting bij het beantwoorden van de diverse geriatrische zorgvraag. De te verzekeren prestaties, de functies met bijbehorende deskundigheden en instrumenten, kunnen hierdoor naar ons idee inzichtelijk worden gemaakt.
De matrix van functies (per fase) en aandoeningen die op deze wijze ontstaat, is getoetst in een webenquête onder geriatrische professionals met diverse specialismen die overeenkomen met de zeven geselecteerde aandoeningen. De resultaten hiervan staan beschreven in hoofdstuk 5.

5 VISIE VAN PROFESSIONALS

De visie van professionals op de toekomstige geriatrische zorg in functionele termen staat centraal in dit hoofdstuk. Het conceptuele schema ‘integrale geriatrische zorg’ is getoetst onder professionals aan de hand van een web-enquête. Het doel hiervan was een indicatie te krijgen van welke functies, deskundigheden en instrumenten de professionals belangrijk vinden als ze de juiste zorg willen bieden aan de geriatrische patiënt met een specifieke ziekte of aandoening. De webenquête is opgenomen in bijlage 6. De resultaten van de webenquête zijn voorgelegd aan een klankbordgroep van deskundigen, met als doel lacunes of overlap op te sporen in de functies, deskundigheden en instrumenten. Ook is nagegaan in hoeverre het conceptuele schema houdbaar is in de praktijk, door het toe te passen op een casus van een geriatrisch patiënt (zie bijlage 10).

Op basis van de analyse van de webenquête en de klankbordgroep wordt het conceptuele schema verder ingevuld, waardoor een eerste omschrijving ontstaat van de functies, deskundigheden en instrumenten die nodig zijn om integrale geriatrische zorg in te kopen.

De eerste paragraaf geeft een verantwoording van de resultaten. In paragraaf 5.2 staat hoe professionals aankijken tegen de functies, de deskundigheden en de instrumenten uit de fase I ‘toegang’ van het conceptuele schema aankijken. De derde en vierde paragraaf geven deze visie weer voor respectievelijk fase II en III. In de vijfde paragraaf staat de samenhang tussen de drie fasen centraal. Tot slot worden de conclusies besproken.

5.1 Verantwoording

De mening van de geriatrisch professionals is op een aantal manieren gewaarborgd in dit onderzoek. De professionals zijn geïnterviewd, ze hebben hun mening gegeven via een webenquête en zijn gehoord tijdens een klankbordgroepbijeenkomst. De lijst van geïnterviewde professionals en de deelnemers van de klankbordgroep staan respectievelijk in bijlage 2 en 7. In deze paragraaf ligt de nadruk op de respons van de webenquête.

De webenquête is gestuurd naar 3278 professionals uit beroepsgroepen die gespecialiseerd zijn in of veel te maken hebben met de oudere zorgvrager. Tabel 5.1 geeft een overzicht van deze beroepsgroepen met het aantal en percentage respons op de webenquête.

Tabel 5.1 Respons per beroepsgroep (N=3278)

Beroepsgroep	Aantal (n)	Percentage(%)
Verpleegkundig specialisten geriatrie (N=40)	21	52,5
Ouderenpsychiaters (N=102)	29	28,4
Artsen verstandelijk gehandicapten (N=124)	21	16,9
Klinisch geriaters (N=180)	29	16,1
Verpleeghuisartsen/sociaal geriaters (N=1472)	199	13,5
Internisten ouderengeneeskunde (N=25)	3	12,0
Maatschappen interne geneeskunde (N=126)	8	6,3
Neurologen (N=709)	44	6,2
Huisartsen (N=500)	14	2,8
Orthopeden	-	-
Totaal (N=3278)	**368**	**11,2**

Een totale respons van 11,2 procent is adequaat voor het beoogde doel van de webenquête: een indicatie krijgen van welke functies, deskundigheden en instrumenten de professionals van belang vinden om de juiste zorg te bieden aan de geriatrische patiënt met een specifieke ziekte of aandoening.
De respons verschilt nogal per beroepsgroep. De beroepsgroepen die ‘de geriatrie’ als specialisme hebben, zijn het meest vertegenwoordigd. Dit zegt iets over de betrokkenheid bij het onderwerp van de webenquête. De orthopeden zijn met dit onderzoek nooit bereikt omdat de beroepsvereniging van orthopeden te laat in actie kwam om de enquêtes te verspreiden binnen de looptijd van het veldwerk. Tot slot dient de relatief ruime vertegenwoordiging van de artsen verstandelijk gehandicapten te worden opgemerkt. Zij hebben in alle fasen van het onderzoek aangegeven vaak te worden vergeten waar het gaat om geriatrische zorg, terwijl deze specifieke zorg ook belangrijk is voor de groep verstandelijk gehandicapten. Door deze laatste groep te betrekken zijn alle huidige sectoren vertegenwoordigd in het onderzoek.

De professionals hebben ieder dezelfde webenquête gekregen, maar de ziekte of aandoening waaraan de vragen waren gekoppeld, verschilde. In bijlage 7 staat een overzicht van de verdeling van de aan de webenquête gekoppelde ziekte of aandoeningen over de beroepsgroepen. De ziekten zijn:

- dementie;
- psychiatrische aandoeningen;
- hartziekten;
- astma/COPD;
- beroerte;
- diabetes Mellitus;
- ziekten van het bewegingsapparaat.

De ziekten of aandoeningen met de hoogste prevalentiecijfers onder de 65-plussers in 2000, zijn gekozen om uitspraken te kunnen doen of integrale geriatrische zorg differentieert naar ziekten of aandoeningen zodat de zorgverzekeraar ziektespecifieke geriatrische zorg in kan kopen.

In de volgende paragrafen worden de resultaten uit de webenquête per fase besproken gecombineerd met de resultaten uit de klankbordgroepbijeenkomst.

5.2 Fase I: 'Toegang'

In dit hoofdstuk staat de visie centraal van de professionals op de toekomstige integrale geriatrische zorg, zoals gepresenteerd in het conceptuele schema. Voor fase I 'toegang' wordt aangegeven hoe de professionals denken over de beschreven functies, deskundigheden en instrumenten. De exacte cijfers zijn verwerkt in de tabellen in bijlage 8. De aanvullingen die de professionals hebben gegeven op de inhoud van het conceptuele schema worden expliciet benoemd. Figuur 5.1 geeft een overzicht van de functies, deskundigheden en instrumenten die als uitgangspunt zijn genomen in fase I.

Figuur 5.1 Fase I: Toegang met functies, deskundigheden en instrumenten

Functies	**Doel**	Zorgvraag achterhalen, risico inschatten en vervolgstap bepalen.
- Diagnostiek - Regie - Primaire en secundaire preventie - Generalistische medische zorg - Acute zorg - Niet-professionele zorg	**Deskundigheden**	Kennis van de geriatrische patiënt Kennis van de sociale kaart ouderenzorg Multidisciplinaire kennis Kennis van sociale systeem rondom de geriatrische patiënt Gespecialiseerde kennis
	Instrumenten	Mogelijkheid tot entree professionele zorg Indicatieprotocol Ziektegerelateerd of risicosignalerend protocol Transmuraal protocol Kwaliteitsrichtlijn Multidisciplinair dossier Casemanagement Mogelijkheid tot entree tot niet-professionele zorg Techniek voor de zorg Langere spreekuren/ consulttijden Kaderopleiding ouderenzorg Regelgeving

Fase I Toegang

De professionals geven aan dat alle functies, deskundigheden en instrumenten in fase I belangrijk zijn. Alleen waar het gaat om benodigde instrumenten lopen de belangen die professionals aan enkele instrumenten hechten iets meer uiteen, zoals het belang dat wordt gehecht aan een indicatieprotocol of bepaalde regelgevingen.

Aanvullingen

De professionals vinden dat een aantal functies ontbreekt die wel in de toegangsfase behoren: 'specialistische zorg', 'consultatiefunctie' en 'informatievoorziening'. De functie 'specialistische zorg' is nodig, aangezien de geriatrische patiënt ook in deze fase vraagt om specifieke kennis, mede

vanwege de co-morbiditeit. De consultatiefunctie is van belang om andere disciplines eenvoudiger te raadplegen en de patiënt zo lang mogelijk thuis te houden. De professionals noemen de functie ‘informatievoorziening’ als een laagdrempelige mogelijkheid om professionele informatie te verstrekken aan de oudere zorgvrager en diens mantelzorger. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat al veel informatiepunten bestaan en het niet wenselijk is hier nóg een aan toe te voegen. Dit kan betekenen dat de informatievoorzieningen die er al zijn wellicht meer bekendheid nodig hebben.
Als aanvulling op de deskundigheden wordt kennis van co-morbiditeit en polyfarmacie genoemd, maar dit kan in principe worden geschaard onder ‘gespecialiseerde kennis’.
Als aanvulling op de instrumenten merken de professionals op dat er behoefte is aan deskundigheidsbevordering en meer personeel met de juiste deskundigheid om de toekomstige geriatrische zorgvragers van de juiste zorg te voorzien. Zij willen dat alle betrokken professionals beschikken over gespecialiseerde kennis die nodig is voor de geriatrische zorgvrager. Zij geven aan dat de wil er wel is om goede zorg te leveren, maar dat er tegelijkertijd ook een randvoorwaardelijk knelpunt is. Verpleeg- en verzorgingshuizen willen bijvoorbeeld taakherschikking bewerkstelligen, maar door een gebrek aan verpleegkundigen met een functieniveau vier of vijf, is dit onmogelijk.

Veel professionals geven aanvullende opmerkingen over het hulpmiddel ‘indicatieprotocol’. Zij vinden de huidige indicatiestelling niet optimaal. Het probleem voor hen is dat de geriatrische zorgvraag fluctueert en de financiën achterblijven bij de indicatiestelling. Dit zorgt ervoor dat niet direct voldoende formatie aanwezig is om de zorgvraag van de geriatrische patiënt te beantwoorden. Daarnaast vinden de professionals de indicatiestelling te bureaucratisch, wat te veel tijd kost. Zij zien meer in een flexibele integrale financiering, zodat de zorg tussen de fasen makkelijker te regelen is.

Extra nadruk

Een aantal functies krijgt extra nadruk, zoals de functie ‘regie’ ‘diagnostiek’ en ‘niet-professionele zorg’. De professionals vatten de functie ‘regie’ in de breedste zin van het woord op. Het gaat niet alleen om medische regie, zoals het afstemmen van medisch beleid of om praktische regie zoals het zorg-dragen voor een eenduidige informatiestroom, maar ook om het ondersteunen van de eigen regie van de patiënt. Waar mogelijk blijft de patiënt en de mantel-zorger de regisseur van het eigen zorg- of ziekteproces. De professional neemt deze taak niet over, maar volgt de patiënt kritisch en stuurt zonodig bij.

De functie ‘diagnostiek’ dient net als ‘regie’ breed te worden opgevat. Het gaat om functionele, ziekte- en systeemdiagnostiek. Verder is het belangrijk een plan van aanpak te maken, waarbij de professional anticipeert op de toekomstige zorgbehoefte.
De functie ‘niet-professionele zorg’ vinden de professionals belangrijk, omdat de mantelzorgers een belangrijke taak hebben in onder andere de hetero-anamnese bij de diagnosestelling. Echter, niet-professionele zorg’ is niet inkoopbaar. Het kan alleen worden gefaciliteerd en ondersteund (door de

zorgverzekeraar), bijvoorbeeld door middel van mantelzorgondersteuning en respijtzorg. Een andere mogelijkheid kan zijn de mantelzorger financieel te compenseren via de werkgever.
Een algemene opmerking is dat de professionals ‘samenwerking’ belangrijk vinden. Dit is moeilijk te plaatsen onder een functie, deskundigheid of hulpmiddel, maar wel van belang voor integrale geriatrische zorg.

5.3 Fase II: ‘Behandeling en herstel’

In deze paragraaf wordt aangegeven hoe de professionals denken over de beschreven functies, deskundigheden en instrumenten in fase II ‘behandeling en herstel’. Figuur 5.2 geeft een overzicht van de functies, deskundigheden en instrumenten die als uitgangspunt zijn genomen in deze fase. De exacte cijfers zijn verwerkt in de tabellen in bijlage 8.

Figuur 5.2 Fase II ‘Behandeling en herstel’ met functies, deskundigheden en instrumenten

Functies	**Doel**	Het opheffen van een tekort op lichamelijk of psychische vlak
- (Aanvullende) diagnostiek - Regie - Secundaire en tertiaire preventie - Specialistische medische zorg - Verpleging en verzorging - Vervoer - Tijdelijk verblijf - Niet-professionele zorg - Paramedische zorg - Revalidatie	**Deskundigheden**	Kennis van de geriatrische patiënt Kennis van de sociale kaart ouderenzorg Multidisciplinaire kennis Kennis van sociale systeem rondom de geriatrische patiënt Gespecialiseerde kennis
	Instrumenten	Mogelijkheid tot entree professionele zorg Indicatieprotocol Ziektegerelateerd of risicosignalerend protocol Transmuraal protocol Kwaliteitsrichtlijn Multidisciplinair dossier Casemanagement Mogelijkheid tot entree tot niet-professionele zorg Techniek voor de zorg Langere spreekuren/consulttijden Kaderopleiding ouderenzorg Regelgeving

Fase II Behandeling en herstel

Net als in fase I geven de professionals bij fase II aan dat alle genoemde functies, deskundigheden en instrumenten belangrijk zijn. Het belang dat wordt gehecht aan de functies en deskundigheden verschilt niet erg. Echter, net als in fase I, lopen ook hier de meningen van de professionals iets meer uiteen waar het gaat om de belangen die professionals hechten aan enkele instrumenten. Dit geldt ook voor de instrumenten ‘indicatieprotocol’ en ‘regelgeving’.

Aanvullingen Extra nadruk

De professionals vinden dat de functies ‘geestelijke verzorging’ en ‘psychosociale begeleiding’ ontbreken. Deze horen wel thuis in fase II ‘behandeling en herstel’. Ze zijn volgens de professional nodig omdat de zorgvraag van de geriatrische patiënt complex is en ingrijpend in het leven van de patiënt en zijn naasten. De functie ‘regie’ krijgt ook in fase II extra nadruk als functie die integrale geriatrische zorg moet bewerkstelligen. Als aanvulling op de deskundigheden geven de professionals aan behoefte te hebben aan meer personeel met gespecialiseerde kennis. Als aanvulling op de instrumenten merken de professionals op dat zij meer tijd en deskundig personeel nodig hebben om meer aandacht te besteden aan de geriatrische patiënt.

Ook in fase II geven veel professionals aanvullende, veelal overeenkomstige opmerkingen met fase I, over het hulpmiddel ‘indicatieprotocol’. Een bijkomend probleem bij de indicatiestelling in fase II is dat patiënten niet voor twee verschillende grondslagen tegelijk kunnen worden geïndiceerd. Bijvoorbeeld: een patiënt met een indicatie voor ‘psychogeriatrie’ kan niet gelijktijdig worden geïndiceerd voor ‘revalidatie’. Een indicatie voor meerdere grondslagen is juist onontbeerlijk voor de geriatrische patiënt, die gekenmerkt wordt door co-morbiditeit.

5.4 Fase III: ‘Vervolgzorg’

In deze paragraaf wordt aangegeven hoe de professionals denken over de beschreven functies, deskundigheden en instrumenten in fase III ‘vervolgzorg’. Figuur 5.3 geeft een overzicht van de functies, deskundigheden en instrumenten die als uitgangspunt zijn genomen in deze fase. De exacte cijfers zijn verwerkt in tabellen in bijlage 8.

Figuur 5.3 Fase III 'Vervolgzorg' met functies, deskundigheden en instrumenten

Functies	**Doel**	Kwaliteit van leven
- Regie - Secundaire en tertiaire preventie - Generalistische medische zorg - Specialistische medische zorg - Verpleging en verzorging - Vervoer - Verblijf - Niet-professionele zorg - Ondersteunende/ activerende begeleiding - Palliatieve zorg - Respijtzorg	**Deskundigheden**	Kennis van de geriatrische patiënt Kennis van de sociale kaart ouderenzorg Multidisciplinaire kennis Kennis van sociale systeem rondom de geriatrische patiënt Gespecialiseerde kennis Kennis en vaardigheden op terrein van geestelijke verzorging
	Instrumenten	Mogelijkheid tot entree professionele zorg Indicatieprotocol Ziektegerelateerd of risicosignalerend protocol Transmuraal protocol Kwaliteitsrichtlijn Multidisciplinair dossier Casemanagement Mogelijkheid tot entree tot niet-professionele zorg Techniek voor de zorg Langere spreekuren/ consulttijden Kaderopleiding ouderenzorg Regelgeving

Fase III Vervolgzorg

Ook in fase III geven de professionals aan dat alle functies, deskundigheden en instrumenten in deze fase belangrijk zijn.

Aanvullingen Extra nadruk

In deze fase wordt als aanvullende functie 'paramedische zorg' genoemd. Deze functie valt in de huidige praktijk ook wel onder 'secundaire of tertiaire preventie'. Ook in deze fase krijgt de functie 'regie' extra nadruk. De professionals geven aan dat de geriatrische patiënt een professioneel begeleider nodig heeft die het gehele zorgproces overziet en zo nodig andere disciplines in kan schakelen.

De professionals geven hun ontevredenheid weer over de functie 'vervoer'. Zij schatten de behoefte aan vervoer hoger in dan wat de geriatrische patiënt op dit moment vergoed krijgt.

In fase III is in het conceptuele schema voor het eerst de deskundigheid 'kennis en vaardigheden op terrein van geestelijke verzorging' opgenomen. De professionals hechten hier veel waarde aan, maar geven aan dat deze deskundigheid niet alleen nodig is in deze laatste fase, maar ook al eerder in het zorgproces.

In fase III uiten de professionals wederom hun kritiek op het 'indicatieprotocol' als hulpmiddel. De inhoud van hun kritiek is hetzelfde als die in fase I en II.

5.5 Samenhang tussen de fasen

Er blijkt tussen de drie fasen enige samenhang in het belang dat de professionals hechten aan verschillende functies, deskundigheden en instrumenten. Deze samenhang wordt in deze paragraaf kort besproken.

Niet-professionele zorg

De functie ‘niet-professionele zorg’ wordt in de loop van de fasen steeds belangrijker. De mantelzorger wordt steeds belangrijker in de ondersteuning van de patiënt naar mate de patiënt langer in het zorgproces zit. Dit kan komen doordat de zorgvraag complexer wordt en de zelfstandigheid van de geriatrische patiënt afneemt.

Regie

De functie ‘regie’ vinden de professionals in elke fase zeer belangrijk en zij benadrukken dit in elke fase. Het is mogelijk dat de functie ‘regie’ belangrijker wordt naarmate iemand langer in zorg is, omdat het overzien van het hele zorgproces complexer is: de zorgvraag strekt zich vaak uit over de verschillende sectoren heen, die in de praktijk van elkaar gescheiden zijn. Dat ‘regie’ een belangrijke functie blijft, wordt benadrukt doordat de professionals met het toenemen van de fasen, het hulpmiddel ‘casemanagement’ belangrijker vinden. ‘Casemanagement’ kan een hulpmiddel zijn om de functie ‘regie’ te bewerkstelligen.

Sociaal systeem

Professionals vinden ‘kennis van het sociale systeem rondom de zorgvrager’ een belangrijke deskundigheid om de haalbaarheid van een behandeltraject adequaat in te schatten. Het belang van deze deskundigheid neemt met de fasen toe. De professionals geven aan dat in elke fase opnieuw moet worden ingeschat hoe haalbaar een behandeltraject is en daarin speelt het sociale systeem rondom de geriatrische zorgvrager een belangrijke rol.

Entree

De professionals vinden het hulpmiddel ‘entree professionele zorg’ met het toenemen van de fasen minder belangrijk worden. Het kan zijn dat wanneer een geriatrische patiënt eenmaal in zorg is, deze niet meer uit zorg komt. Dit benadrukt de vooropgestelde langdurige relatie die de geriatrische zorgvrager en de professional met elkaar aangaan.

Indicatiestelling Regelgeving

In alle fasen komt bij de instrumenten terug dat professionals een ‘indicatieprotocol’ en ‘regelgeving’ aanzienlijk minder belangrijk vinden dan de andere instrumenten. Echter het belang van ‘indicatiestelling’ en ‘regelgeving’ neemt met de fase toe. Dit komt wellicht doordat het in fase I voornamelijk gaat om zorg gefinancierd via de ZVW en in fase III om AWBZ-zorg. Om AWBZ-zorg te ontvangen, is een ander indicatiesysteem nodig dan voor zorg die onder de ZVW valt.

5.6 Conclusies

In het algemeen kan worden gesteld dat de professionals de functies, deskundigheden en instrumenten uit het conceptuele schema onderschrijven. In de webenquête en tijdens de klankbordgroep zijn hierop waardevolle aanvullingen gegeven. Er werden aanvullingen gegeven die gekoppeld zijn aan een specifieke beroepsgroep. het lijkt dat we deze aanvullingen kunnen terugvoeren op professionele domeinen en ze zijn dus niet bepalend voor het algemene conceptuele schema. Let wel, deze opmerkingen vormen een potentiële bron van domeinstrijd tussen verschillende professionals. Deze opmerkingen en aanvullingen zijn terug te vinden in bijlage 9.

Het conceptuele schema ‘integrale geriatrische zorg’ blijkt in de praktijk goed toepasbaar te zijn op een casus van een willekeurige geriatrische patiënt. Uit deze webenquête blijkt eveneens dat het maken van onderscheid naar ziekten of aandoeningen bij de geriatrische patiënt niet per se noodzakelijk is of een meerwaarde heeft. Daarom zijn de resultaten niet per aandoening apart besproken en hebben ze betrekking op de geriatrische patiënt in het algemeen. De reden dat de ziekten of aandoeningen niet differentiëren is dat de geriatrische patiënt zich kenmerkt door co-morbiditeit: de geriatrische zorgvrager kan zowel een zorgvraag hebben op gebied van hartfalen als op gebied van aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Echter, de klankbordgroep geeft aan dat als een onderscheid wordt gemaakt naar andere groepen, zoals psychogeriatrische patiënten of verstandelijk gehandicapten, mogelijk wél differentiatie kan ontstaan. Nader onderzoek zou dit moeten uitwijzen.

6 CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In dit afsluitende hoofdstuk wordt kort de achtergrond en aanpak van het onderzoek weergegeven en worden vervolgens de onderzoeksvragen beantwoord. In de discussie gaan wij in op wat het conceptueel schema kan betekenen voor de oudere zorgvrager en de zorgverzekeraar.

6.1 Samenvatting achtergrond en onderzoeksaanpak

Regioplan heeft voor het CVZ een inventariserend onderzoek uitgevoerd, waardoor zij meer inzicht verkrijgt in de huidige en toekomstige vraag naar en aanbod van geriatrische zorg. Met dit inzicht kan los van domeinen en professionals een functionele omschrijving van verzekerde aanspraken/ prestaties in de AWBZ en ZVW zo vorm krijgen dat een integraal antwoord op de geriatrische zorgvraag tot stand kan komen. Deze functionele omschrijving levert in het belang van de verzekerde een bijdrage aan de samenhang en organisatie binnen de geriatrische zorg. Uiteindelijk faciliteert de functionele en integrale omschrijving van het geriatrisch zorgaanbod in het belang van de verzekeraar de contractering van voldoende, regionaal en kwalitatief goede zorg.

Het inventariserend onderzoek naar de toekomstige geriatrische zorg had een tweeledige doelstelling:

A. Inzicht verkrijgen in de huidige en toekomstige vraag naar en aanbod van geriatrische zorg, zodat duidelijk wordt welke patiënt waar wordt behandeld en door welke hulpverlener.

B. Een vertaalslag maken in het aanbod naar functionele termen: welke deskundigheden en instrumenten zijn nodig om in de (toekomstige) vraag naar geriatrische zorg te voorzien.

Om deze doelstellingen te bereiken zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat wordt er verstaan onder het begrip ‘integrale geriatrische zorg’?
2. Hoe is de geriatrische zorg in Nederland op dit moment georganiseerd?
3. Welke knelpunten zijn aanwezig in het zorgaanbod? Welke goede voorbeelden zijn er aanwezig die in het oplossen van knelpunten hebben voorzien?
4. Hoe ontwikkelt zich in de komende jaren de vraag naar geriatrische zorg naar aard en omvang?
5. Wat voor aanbod (in deskundigheden en instrumenten) is nodig om te voldoen aan de (toekomstige) vraag naar geriatrische zorg?
6. Hoe kan het zorgaanbod zo worden georganiseerd dat er sprake is van integrale geriatrische zorg?

Deze onderzoeksvragen worden in de volgende paragraaf beantwoord. Dit is mogelijk doordat tijdens het onderzoek de volgende activiteiten zijn verricht:

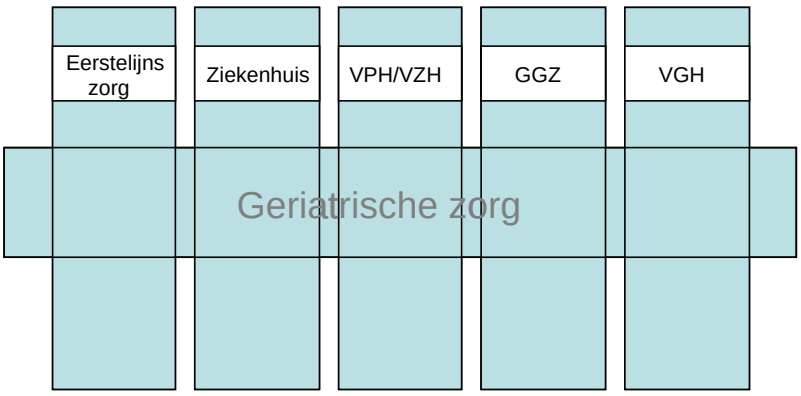
1. deskresearch uitvoeren;
2. sleutelfiguren interviewen;
3. een webenquête uitzetten onder professionals;
4. een klankbordgroepbijeenkomst houden met experts.

6.2 Beantwoorden van de onderzoeksvragen

In deze paragraaf wordt een antwoord geformuleerd op de hierboven gestelde onderzoeksvragen. Deze worden tevens bediscussieerd in het licht van ander onderzoek van Regioplan Beleidsonderzoek.

1&2. Wat wordt er verstaan onder het begrip 'integrale geriatrische zorg' en hoe is de geriatrische zorg in Nederland op dit moment georganiseerd?
Geriatrische zorg is multidisciplinaire zorg voor ouderen. Het gaat om patiënten ouder dan zeventig jaar die een complexe zorgvraag hebben met een atypische presentatie van ziekten. Typerend voor de zorgvraag van de oudere zorgvrager is dat deze zich uitstrekt over de verschillende sectoren heen. Hierdoor is het creëren van een passend zorgaanbod voor de ouder zorgvrager lastig en het integraal vormgeven van het aanbod van geriatrische zorg noodzakelijk, maar tegelijkertijd ook moeilijk.
Dat het integraal vormgeven van het aanbod van geriatrische zorg moeilijk is, illustreert de 'foto' die tijdens dit onderzoek is gemaakt van het aanbod van geriatrische zorg. Hierbij werd duidelijk dat elke geriatrische discipline wel uitgaat van holistische en integrale zorg, maar dat het aanbod dit uitgangspunt niet weerspiegelt. Het aanbod van geriatrische zorg in de verschillende sectoren is divers, maar weinig geïntegreerd. Daarbij richt het aanbod zich op de sector en niet op de zorgvraag. Als sprake zou zijn van een geïntegreerd aanbod, zouden delen van holistische zorg worden gegeven door diverse zorgaanbieders uit verschillende sectoren die naadloos op elkaar aansluiten. Figuur 6.1 laat zien op welke manier integrale geriatrische zorg op dit moment wordt geboden.

Figuur 6.1 Aanbod geriatrische zorg



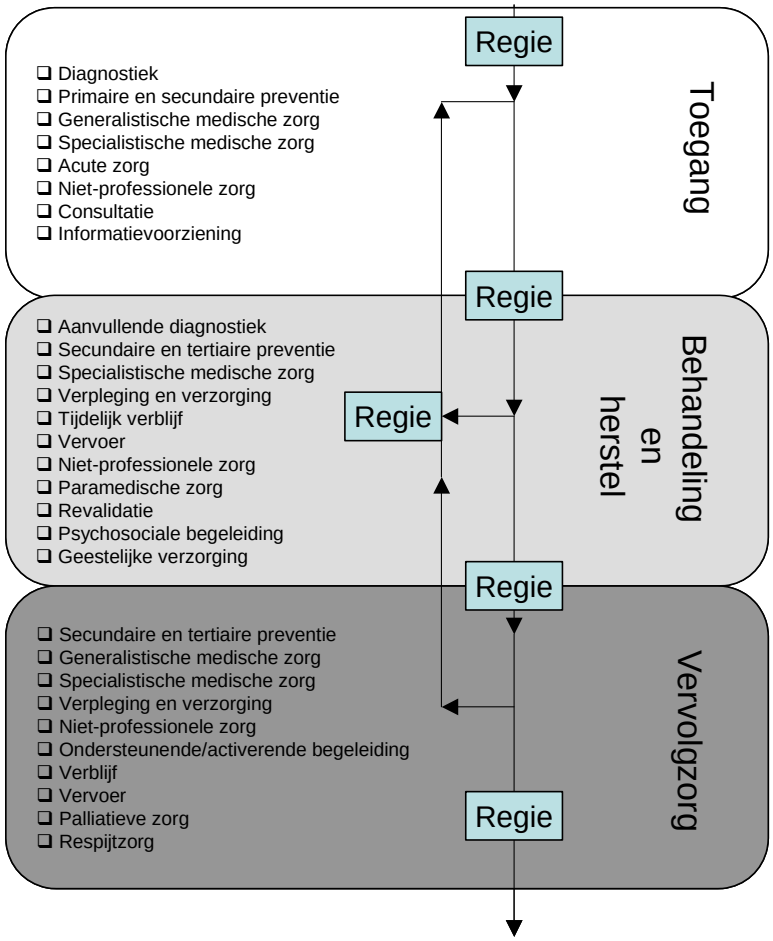
3. Welke knelpunten zijn aanwezig in het zorgaanbod? Welke goede voorbeelden zijn er aanwezig die in het oplossen van knelpunten hebben voorzien?
Over de knelpunten kunnen we concluderen dat volgens de deskundigen deze vooral liggen op het vlak van schotten in financiering en regelgeving, domeinstrijd en kennisfragmentatie. Hierbij is het mogelijk dat de ervaren knelpunten op gebied van financiering en regelgeving deels worden veroorzaakt door onbekendheid met de mogelijkheden en de ervaren extra administratieve lasten die gepaard gaan met nieuwe indicatiestellingen en regelgevingen van andere aard.
Kansrijke ontwikkelingen binnen de geriatrische zorgverlening zijn met name te zien op terreinen als bundeling van krachten van branche- en beroepsorganisaties, innovatieve projecten die worden opgezet en het daadwerkelijk centraal stellen van de geriatrische patiënt bij de zorgverlening. Op dit moment lijkt een aantal kansrijke ontwikkelingen vaak nog af te hangen van persoonlijke factoren als een intrinsieke motivatie om de zorg te verbeteren. Belangrijke randvoorwaarden voor de kansrijke ontwikkelingen zijn onder andere de steun van het management van een zorginstelling en ook de bekendheid met de mogelijkheden van wet- en regelgeving. Een andere randvoorwaarde is dat de zorgaanbieders integraal of beroepsgroepoverstijgend gaan denken. Dit vraagt echter om een andere *mindset* bij de betreffende professionals en bij beleidsmakers.

4. Hoe ontwikkelt zich in de komende jaren de vraag naar geriatrische zorg naar aard en omvang?
Het huidige zorggebruik van ouderen laat zien dat de zorgvraag hoofdzakelijk permanent en wisselend is qua intensiteit en complexiteit. Dit vraagt om een flexibele organisatie van de gezondheidszorg. Daarnaast heeft een grote groep ouderen (bijna de helft) geen directe zorgvraag. Dit betekent dat er ook een grote groep gezonde ouderen is.
Nederland verzilvert: anno 2007 kent Nederland 3 miljoen 65-plussers. In 2038 (op de top van de vergrijzing) zal dit zijn toegenomen tot ongeveer 4,3 miljoen. In dit onderzoek zijn diverse ontwikkelingen weergegeven die hun invloed laten zien op de aard van de zorgvraag van ouderen. Er is echter weinig te zeggen over het samenspel van deze ontwikkelingen en de aard van de toekomstige zorgvraag. De zorgvraag van de oudere is complex: als er een medicijn wordt gevonden tegen Alzheimer, lost dat het probleem van deze vorm van dementie mogelijkerwijs op, maar doordat vaak sprake is van co-morbiditeit, lost het niet alle zorgvragen op.
Ook laten de ouderen in de toekomstige samenleving een steeds meer individualistisch en gedifferentieerder beeld zien. Hierdoor ontstaan specifieke levensstijlen die vragen om specifieke behoeften en wensen. Doordat de zorg voor ouderen zo complex, gedifferentieerd en individueel is, is er geen sprake van dé geriatrische zorgvrager.

5&6. Wat voor aanbod (in deskundigheden en instrumenten) is nodig om te voldoen aan de (toekomstige) vraag naar geriatrische zorg en hoe kan het zorgaanbod zo worden georganiseerd dat er sprake is van integrale geriatrische zorg?

In dit onderzoek is een aanzet gegeven voor een toekomstige omschrijving van geriatrische zorg in functies, deskundigheden en instrumenten. Het conceptueel schema dat hiervoor is ontwikkeld, lijkt in de basis in de praktijk bruikbaar. Door de inbreng van professionals kan het conceptueel schema worden aangepast (zie figuur 6.2). Deze figuur is een vereenvoudigde weergave van het conceptueel schema. Onderliggend bevat het schema de benodigde deskundigheden en instrumenten die nodig zijn om de functies adequaat uit te voeren. Voor een gedetailleerd overzicht en een omschrijving van deze deskundigheden en instrumenten verwijzen we naar bijlage 6 en 8.

Figuur 6.2 Aangepast conceptueel schema



6.3 Discussie

In dit onderzoek is een vertaalslag gemaakt van het huidige aanbod van geriatrische zorg naar een aanbod in functionele termen. Dit is gedaan aan de hand van een conceptueel schema. Op basis van de resultaten uit de interviews, webenquête en expertmeeting is het conceptueel schema aangepast, zoals weergegeven in figuur 6.2. het is interessant om te bezien of het door Regioplan ontwikkelde conceptueel schema voor het functioneel beschrijven van integrale geriatrische zorg in de praktijk ook daadwerkelijk kan worden toegepast, in wiens belang het is en met welke voorwaarden rekening moet worden gehouden.
De twee vragen die daarom in deze discussie centraal staan, zijn (1) of het conceptueel schema, in het belang van de verzekerde, een bijdrage levert aan de samenhang en organisatie binnen de geriatrische zorg en (2) of het conceptueel schema, in het belang van de zorgverzekeraar, een bijdrage levert aan meer inzicht in het inkopen van voldoende, regionale en kwalitatief goede zorg. Beide vragen beantwoorden we achtereenvolgens in deze slotparagraaf.

De verzekerde
Het conceptueel schema dat tijdens dit inventariserend onderzoek is ontworpen, draagt voor de verzekerde deels wel en deels niet bij aan de samenhang en organisatie binnen de integrale geriatrische zorg. In deze paragraaf gaan we eerst in op de drie punten waarop het schema wel bijdraagt aan het belang van de verzekerde en vervolgens op de drie punten waarop het schema (nog) niet bijdraagt aan het belang van de verzekerde.

Bijdrage in het belang van de verzekerde
De eerste bijdrage aan de samenhang en organisatie in de zorg wordt gecreëerd door de zorg voor ouderen onder te verdelen in drie fasen: toegang, behandeling en herstel en vervolgzorg. De oudere zorgvrager komt op enig moment in aanraking met zorg. Dit wordt de fase ‘toegang’ genoemd. De andere twee fasen ‘behandeling en herstel’ en ‘vervolgzorg’ volgen hier logischerwijs uit. Op deze manier is de route die de oudere zorgvrager aflegt als uitgangspunt genomen.
De oudere zorgvrager kenmerkt zich vaak door het feit dat hij een langdurige zorgrelatie met verschillende zorgaanbieders aangaat. Daarnaast laat de zorgvraag van de oudere zorgvrager zich niet altijd goed voorspellen. De pijlen in het conceptueel schema laten zien dat de zorgvraag dynamisch van aard kan zijn. De oudere zorgvrager kan de fasen chronologisch doorlopen, maar kan ook weer terugvallen naar een eerdere fase. Hij blijft echter altijd in beeld en hoeft niet steeds terug naar ‘af’. Dit betekent dat zorgaanbieders in principe op de hoogte moeten zijn van de zorgsituatie van de oudere zorgvrager, ongeacht de fase waarin deze zich bevindt.

De tweede bijdrage aan de samenhang en organisatie in de zorg wordt gecreëerd door de functie ‘regie’. Uit het onderzoek blijkt dat regie binnen en tussen de verschillende fasen van groot belang wordt geacht. Dit schema maakt dit grote belang inzichtelijk door de functie ‘regie’ binnen en tussen de fasen centraal te stellen. De functie regie kan worden ingevuld door een regiehouder. Dit betekent voor de oudere zorgvrager dat tijdens het hele zorgproces een regiehouder, bijvoorbeeld in de vorm van een casemanager, zorgt voor het overzicht en de samenhang in het benodigde zorgaanbod. Dit levert een bijdrage aan de continuïteit van zorg, aan het integraal geriatrisch zorgaanbod en uiteindelijk aan een betere kwaliteit van zorg voor de oudere zorgvrager.
De professionals geven aan dat een belangrijke invulling van de regiefunctie eruit bestaat dat niet de regie van de patiënt bij voorbaat wordt overgenomen. Juist de eigen regie van de oudere zorgvrager dient te worden ondersteund en waar nodig moet de professional op het juiste moment ingrijpen of bijsturen. Het overnemen van de eigen regie zou volgens de professionals verlammend werken op de zorgvrager. Dit betekent wel dat de invulling van de regie per situatie en intensiteit kan verschillen.

Tot slot wordt voor de verzekerde de samenhang en organisatie in de geriatrische zorg gecreëerd door een nieuwe functie aan het conceptueel schema toe te voegen: de functie ‘niet-professionele zorg’. Deze niet-professionele zorg wordt over het algemeen geleverd door naaste familieleden, mantelzorgers of vrijwilligers. Dit is een belangrijke functie voor de oudere zorgvrager. Zij ondersteunen de zorgvrager, waar professionals dat niet kunnen en hebben vaak het overzicht over welke zorg de zorgvrager ontvangt. Zij hebben als het ware een soort regie.

(Nog) geen bijdrage in het belang van de verzekerde
Het conceptueel schema levert niet op alle punten een bijdrage in het belang van de verzekerde. Ten eerste zouden de functies vraaggericht tot stand moeten worden gebracht. Het conceptueel schema is weliswaar gemaakt met de oudere zorgvrager als uitgangspunt, maar deze is niet in dit onderzoek betrokken geweest behalve bij monde van de belangenorganisatie Alzheimer Nederland.
Voor het vraaggericht tot stand brengen van functies is het van belang dat ook bij de oudere zorgvrager zelf wordt nagegaan of het schema de zorgbehoeften weerspiegeld. Op basis hiervan kan het schema worden aangevuld of aangepast.

Ten tweede levert het conceptueel schema nog geen directe bijdrage aan de integrale geriatrische zorg, omdat op dit moment de regiefunctie ontbreekt in het zorgaanbod voor de geriatrische zorgvrager. De regie blijft daarom nog afhankelijk van de goede bedoelingen of interesses van een professional. Dit is kwetsbaar en niet structureel. Een randvoorwaarde voor het slagen van een regiefunctie is dat er financieringsgrond komt voor bijvoorbeeld een case-manager. Dit kan door de functie ‘regie’ op te nemen in het pakket van de

ZVW of als AWBZ-indicatie.
De vraag is echter hoe en door wie de regiefunctie kan worden ingevuld. De professionals geven niet een eenduidig beeld wie dit kan doen. Veelal wordt in dit kader de ‘casemanager’ genoemd die de patiënt en de familie begeleidt in het volledige zorgproces.
Het voordeel van een casemanager is, is dat deze persoon het overzicht heeft over het gehele zorgproces. Dit overzicht is prettig voor de verschillende professionals die een stukje van de zorg leveren aan de oudere patiënt. Deze heeft dan ook een vast aanspreekpunt en iemand die hem begeleidt in het versnipperde zorgaanbod. Deze regiefunctie levert daarbij een bijdrage aan het tot stand brengen van integrale geriatrische zorg.
Bij de functie van casemanager zijn ook een aantal kanttekeningen te plaatsen. De eerste is dat de casemanager hoofdzakelijk op verpleegkundig niveau werkt. Dit biedt de verpleegkundigen een kans zich te professionaliseren. Maar het is de vraag of verpleegkundigen medici kunnen stimuleren tot samenwerking en tot protocolontwikkeling. Om dit voor elkaar te krijgen zou de regiefunctie eerder op medisch niveau vorm moeten krijgen. De vraag is echter wie dat kan doen, want dat raakt direct aan de domeinstrijd.
Een andere kanttekening bij de regiefunctie is dat het een extra functie is die een risico op hogere administratieve lasten en verdere bureaucratisering met zich meebrengt. Echter, als de regiefunctie goed wordt ingevuld, kan dit juist soepelere overgangen creëren tussen de verschillende fasen.

Tot slot levert het conceptueel schema nog geen samenhang voor de oudere zorgvrager door de ervaren knelpunten op het gebied van de indicatiestellingen. In principe zou integrale geriatrische zorg mede kunnen worden bevorderd door een soepele indicatiestelling. Als deze niet soepel verloopt, kan dit zelfs fragmentatie van de zorg in de hand werken. Op dit moment wordt de indicatiestelling door verschillende professionals als fragmentatiebevorderend ervaren.
Professionals bekritiseren de scheiding in financiering van de indicatiestelling via de ZVW en AWBZ-zorg. Dit maakt het voor hen onoverzichtelijk en bureaucratisch om de juiste zorg te leveren. De kritiek is deels gebaseerd op onbekendheid met alle regels rondom de verschillende financieringsmogelijkheden.
De professionals geven aan behoefte te hebben aan een flexibele vorm van indicatiestelling, waarbij de indicatietijd wordt verkort of bijvoorbeeld een vorm waarin de administratie achteraf kan worden afgehandeld. Een mogelijkheid is het gebruik van een centraal digitaal indicatiedossier door alle relevante instanties. Een voorbeeld hiervan is VWS in het programma ‘Stroomlijning Indicatieprocessen in Zorg en Sociale Zekerheid’.

De zorgverzekeraar
De tweede vraag van deze discussieparagraaf is of het conceptueel schema in het belang van de zorgverzekeraar een bijdrage levert aan meer inzicht in het inkopen van voldoende, regionale en kwalitatief goede zorg. Het conceptueel schema dat is ontworpen tijdens dit inventariserend onderzoek draagt hieraan

deels wel en deels niet bij. In deze paragraaf gaan we eerst in op de vijf punten waarop het schema wel bijdraagt aan het belang van de zorgverzekeraar en vervolgens op een punt waarop het schema niet bijdraagt aan het belang van de zorgverzekeraar.

Bijdrage in het belang van de zorgverzekeraar
Ten eerste kan het conceptueel schema door de zorgverzekeraar worden gebruikt als een eerste checklist bij het contracteren van zorgaanbod, door bijvoorbeeld na te gaan wie in een regio de benodigde functies biedt met de daarbij behorende deskundigheden en instrumenten.

Een tweede bijdrage van het conceptueel schema is dat het de zorgverzekeraar ondersteunt in het inkopen of bevorderen van functie-gecombineerd zorgaanbod in de regio. Per fase zijn verschillende functies geclusterd. Het conceptueel clusteren van functies betekent niet automatisch dat de professionals samenwerken om de verschillende functies te leveren. Echter, in de praktijk is er al zorgaanbod dat een aantal functies bundelt. Dit betekent voor een zorgverzekeraar dat niet alle functies apart hoeven te worden gecontracteerd.
Het meest duidelijk is dit het geval voor het zorgaanbod in fase I ‘toegang’, maar ook voor fase II ‘behandeling en herstel’ zijn voorbeelden te noemen. Voorbeelden van gecombineerde functies in bestaand aanbod zijn de dagdiagnostische centra, de DOC-teams en de consultatiebureaus voor ouderen. De dagdiagnostische centra zorgen voor een snelle diagnostiek, vervolgstappen en afstemming in de zorg. De DOC-teams richten zich met name op het langer thuiswonen van dementerende ouderen. Hierbij werken verschillende professionals met elkaar samen. De consultatiebureaus voor ouderen hebben een laagdrempelige toegang, er is veel informatie aanwezig en vooral aandacht voor preventie en niet-professionele zorg. Het voordeel van de consultatiebureaus is dat hierdoor mogelijk op termijn het beroep dat op de thuiszorg wordt gedaan en ook de vraag naar AWBZ-zorg vermindert. Er zou binnen de ZVW, WCPV en de WMO kunnen worden geïnventariseerd of er een manier is om de consultatiebureaus voor ouderen structureel te financieren.
In fase II ‘behandeling en herstel’ worden de verschillende functies gecombineerd in bijvoorbeeld een standaard consult voor 65-plussers die in een ziekenhuis komen. Hierdoor wordt preventie, consultatie, informatievoorziening en medische zorg gecombineerd. Een ander voorbeeld wordt gevormd door de consultatiemogelijkheden van een klinisch geriater bij patiënten in de thuissituatie.

Ten derde brengt het conceptueel schema voor de zorgverzekeraar een nieuwe functie duidelijk in beeld: de functie van niet-professionele zorg. Voor de verzekerde is dit een belangrijke functie, want deze leunt sterkt op de mantelzorger. Voor de professional is de mantelzorger van belang voor het verkrijgen van extra informatie over de oudere zorgvrager en vaak heeft de mantelzorger overzicht over het totale zorggebruik van de oudere zorgvrager.

Als zorgverzekeraar is deze zorg op zich niet te contracteren. Echter, de zorgverzekeraar kan wel een faciliterende rol spelen door bijvoorbeeld respijtzorg te financieren. Door het stimuleren van deze niet-professionele zorg, levert de zorgverzekeraar tegelijkertijd een bijdrage aan de samenhang in de geriatrische zorg.

Ten vierde brengt het conceptueel schema voor de zorgverzekeraar een andere nieuwe functie duidelijk in beeld: de regiefunctie. Deze functie lijkt een noodzakelijke voorwaarde om te kunnen spreken van integrale geriatrische zorg.

Tot slot levert het conceptueel schema voor de zorgverzekeraar een belangrijk inzicht in het inkopen van ziektespecifieke zorg voor geriatrische patiënten. Uit het onderzoek blijkt dat dit niet mogelijk is. De gedachte was dat bepaalde functies ziektespecifiek zouden kunnen zijn, waardoor het voor de zorgverzekeraar mogelijk was ziektespecifieke functies in te kopen in een regio. De zeven aandoeningen die zijn opgenomen in het conceptueel schema, waardoor er een matrix ontstond, blijken niet het juiste onderscheid op te leveren. Waarschijnlijk komt dit doordat geriatrische patiënten zich kenmerken door co-morbiditeit: ze hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Het is mogelijk dat een uitsplitsing naar andere groepen patiënten (bijvoorbeeld ouderen met een verstandelijke handicap, ouderen met een GGZ-indicatie, allochtone ouderen) deze differentiatie wel biedt. Nader onderzoek zou dit kunnen uitwijzen.

Geen bijdrage in het belang van de zorgverzekeraar
Ook voor de zorgverzekeraar levert het conceptueel schema niet op alle punten een positieve bijdrage. We noemen hier één blijvend knelpunt waarop het conceptueel schema geen bijdrage levert, namelijk dat alle fasen niet binnen één wetgeving vallen. Problemen rondom de indicatiestelling worden met dit conceptueel schema dus bij voorbaat niet zomaar opgelost.

6.4 Tot slot

Met dit onderzoek naar vraag en aanbod van de huidige en toekomstige geriatrische zorg, is een eerste aanzet gegeven tot het omschrijven van geriatrische zorg in functies, deskundigheden en instrumenten. Deze omschrijvingen moeten echter nog verder worden uitgewerkt, voordat ze volledig bruikbaar zijn in de praktijk. Het conceptueel schema kan dus gezien worden als een groeimodel.
In de discussieparagraaf is een aantal punten genoemd waarin het schema (nog) geen bijdrage levert aan integrale geriatrische zorg. Het opheffen van de daarbij genoemde knelpunten zal een positieve bijdrage hebben aan het creëren van toekomstige integrale geriatrische zorg.
Dat het een groeimodel is, is ook te zien aan het feit dat het denken in

functies, deskundigheden en instrumenten voor de professionals nog niet vanzelfsprekend is en dat deze omschrijvingen (nog) niet passen bij hun huidige manier van werken. Hierdoor is het voor hen moeilijk in deze termen mee te denken. Het denken in functionele termen vraagt dus nog om een andere *mindset* bij de professionals en beleidsmakers.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Itemlijst en definitiekader voor interviews

ITEMLIJST INTEGRALE GERIATRISCHE ZORG

Achtergrond respondent

1. Wat is uw functie?
2. Wat zijn uw werkzaamheden in relatie tot het onderwerp?

Definitiekader integrale geriatrische zorg

Doel: Verrijken definitiekader integrale geriatrische zorg met input van betrokkenen.

Voorafgaand aan dit interview heeft u een definitiekader van integrale geriatrische zorg toegestuurd gekregen, opgesteld en gehanteerd voor dit onderzoek door Regioplan Beleidsonderzoek.

3. Vindt u het definitiekader van Regioplan dekkend of mist u bepaalde elementen?
4. Kunt u elementen of voorwaarden noemen om het definitiekader aan te vullen?
5. Welke elementen zijn voor u onmisbaar in het definitiekader geriatrische zorg?
6. Bij welke leeftijdsgrens begint geriatrische zorg volgens u en waarom?

Huidige aanbod van geriatrische zorg

Doel: Vergaren opinies van betrokkenen over huidig aanbod van geriatrische zorg. En het maken van een sterkte-zwakteanalyse van de huidige geriatrische zorg.

7. Welke rol speelt uw beroepsvereniging/organisatie binnen het huidige aanbod van geriatrische zorg? Van welke zorgfuncties is er sprake en hoe ziet dit eruit (bijvoorbeeld: wat wordt er aan preventie gedaan? En waarom wel/niet?)
   - preventie;
   - diagnostiek;
   - generalistische medische zorg;
   - specialistische medische zorg;
   - zorg aan huis;
   - acute zorg;
   - farmaceutische zorg;
   - beweging en mobiliteit;
   - mondzorg;
   - (langdurige) verpleging en/of verzorging buitenshuis.

8. Kunt u projecten/programma's benoemen binnen de huidige zorgverlening die volgens u een goed voorbeeld van integrale geriatrische zorg zijn? Waarom zijn deze succesvol, wat zijn volgens u hier de randvoorwaarden voor?
9. Welke huidige projecten zouden behouden moeten blijven en/of moeten worden uitgebreid?
10. Bent u van mening dat er binnen het huidige aanbod van geriatrische zorg knelpunten zijn? Zo ja, op welk gebied en waarom?
11. Als u knelpunten ziet, wie zouden deze problemen moeten/kunnen oplossen en wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden, middelen, etc.)?

Rol vereniging/organisatie/beroepsgroep bij toekomstige geriatrische zorg

Doel: rol betrokkenen bij toekomstig aanbod geriatrische zorg verduidelijken.

12. Welke rol verwacht u dat uw beroepsvereniging/organisatie zal spelen binnen het toekomstige aanbod van geriatrische zorg? Van welke zorgfuncties verwacht u dat er sprake is:
    - preventie;
    - diagnostiek;
    - generalistische medische zorg;
    - specialistische medische zorg;
    - zorg aan huis;
    - acute zorg;
    - farmaceutische zorg;
    - beweging en mobiliteit;
    - mondzorg;
    - (langdurige) verpleging en/of verzorging buitenshuis.

13. Wat verwacht u dat voor uw beroepsgroep/organisatie de knelpunten zullen zijn bij de toekomstige geriatrische zorg?
14. In hoeverre denkt u dat uw beroepsgroep/organisatie een rol kan spelen in de verbetering van de huidige knelpunten en welke hulpmiddelen verwacht u daarvoor nodig te hebben?

Toekomstige integrale geriatrische zorg

Doel: verwachting van betrokkenen verduidelijken over toekomstige, algemene integrale geriatrische zorg en de benodigde randvoorwaarden daarbij.

15. Welke ontwikkelingen, aan de vraag- en aanbodzijde, zijn volgens u van belang voor de toekomstige integrale geriatrische zorg?
16. Welke deskundigheden en hulpmiddelen zijn volgens u nodig om de toekomst binnen de geriatrische zorg tegemoet te treden? Is er in voldoende mate geanticipeerd op een veranderende zorgvraag?

DEFINITIEKADER INTEGRALE GERIATRISCHE ZORG

Geriatrie is de wetenschap die zich bezighoudt met somatische en psychische stoornissen en afwijkingen mede als gevolg van het ouder worden.

Een geriatrische patiënt is een patiënt van 70 jaar of ouder, die door een veelheid van ziekten op lichamelijk, geestelijk en/of sociaal gebied een complex ziektebeeld vertoont. Dit betekent dat zich een atypisch klachtenpatroon kan voordoen. Veelvoorkomende problemen van geriatrische patiënten betreffen een combinatie van:

- geheugenproblematiek en verwardheid;
- mobiliteitsstoornissen en vallen;
- continentieproblemen;
- voedingsproblematiek;
- polyfarmacie, ofwel het gebruiken van verschillende medicamenten tegelijkertijd;
- stemmingsstoornissen;
- onverklaarde achteruitgang in het dagelijks functioneren.

Gebruik van zorgfuncties

De geriatrische patiënt maakt gebruik van een **combinatie** van de volgende zorgfuncties:

- preventie;
- diagnostiek;
- generalistische medische zorg;
- specialistische medische zorg;
- zorg aan huis;
- acute zorg;
- farmaceutische zorg;
- beweging en mobiliteit;
- mondzorg;
- (langdurige) verpleging en/of verzorging buitenshuis.

Zorgaanbod

De geriatrische patiënt kan onder andere te maken krijgen met een sociaal geriater, klinisch geriater, ouderenpsychiater, internist, neuroloog, huisarts, (geriatrisch) verpleegkundige, ergotherapeut, fysiotherapeut, transfer-/ liaisonverpleegkundige en diëtist.

Plaats van zorgverlening

De geriatrische patiënt is niet gebonden aan een bepaalde locatie. De geriatrische patiënt verblijft thuis, in het ziekenhuis, in het verpleeg- of verzorgingshuis, in een ggz-instelling of in een instelling voor verstandelijk gehandicapten.

Integrale geriatrische zorg

Dit bovenstaande leidt tot de volgende definitie van integrale geriatrische zorg: Integrale geriatrische zorg is multidisciplinaire zorg voor de patiënt ouder dan 70 jaar die een complex ziektebeeld vertoont met een mogelijk atypisch klachtenpatroon en daardoor gebruikmaakt van gecombineerde zorgfuncties.

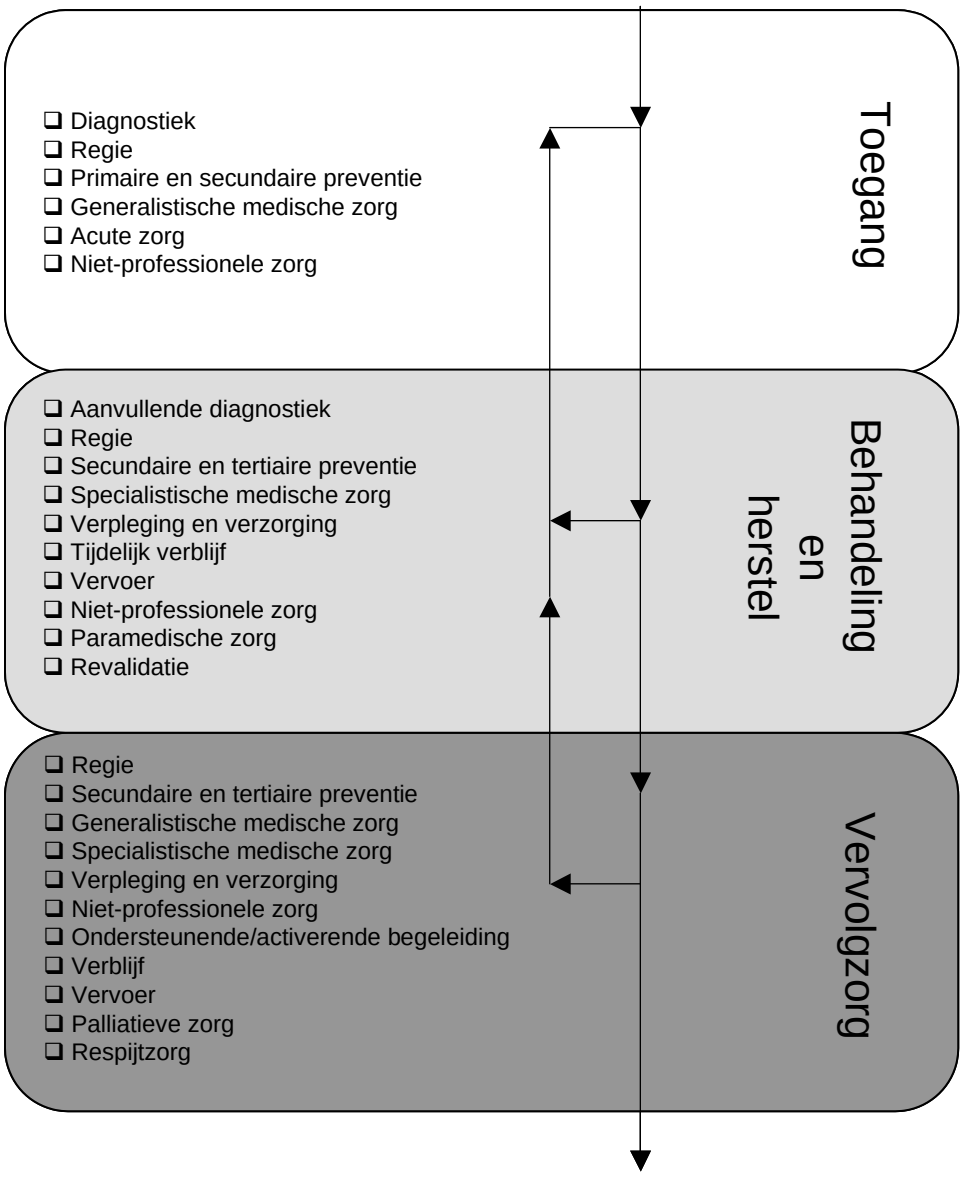
BIJLAGE 2

Overzicht van respondenten interviews

ActiZ	Organisatie van zorgondernemers
Alzheimer Nederland	Organisatie voor mensen met dementie en hun familieleden
AVVV	Overkoepelende organisatie voor meer dan 41 beroepsorganisaties verpleging en/of verzorging
CVZ	Internist
De Friesland	Zorgverzekeraar
LHV	Landelijke HuisartsenVereniging
Menzis	Afdeling Zorg en Inkomen
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVVA	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen en Sociaal geriaters
OP	Ouderenpsychiatrie
VGS	Verstandelijkgehandicaptenzorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

BIJLAGE 3

Conceptueel schema ‘integrale geriatrische zorg’



BIJLAGE 4

‘Foto’ huidig aanbod geriatrische zorg

Sector	Professional (geriatrische kerndiscipline)	Functie	Doelgroep	Innovatieve vormen	Bijzonderheden
Eerstelijnszorg / Zorg aan huis Aantal personen dat extramurale verzorging, verpleging en/of begeleiding door het verpleeghuis (vh) krijgt: 96.100[1] Gemiddeld aantal cliënten 65+ in thuiszorg: 330.400[1]	Huisarts (ha)	• Generalistische medische zorg • Diagnostiek • Acute zorg • Preventie • Farmaceutische zorg	I. Thuiswonende ouderen, met een variërende zorgvraag van enkelvoudig tot complex II. Mantelzorg	• Ha vergroten hun schaal door samenwerking, waardoor meer expertise • Consultatiebureaus voor ouderen • DOC-teams: diverse deskundigen om de dementerende patiënt thuis zorg te leveren. • Alzheimer Nederland organiseert en bevordert: - landelijke Alzheimercafe’s - telefonisch consult - buddyprojecten • Landelijk Dementie Programma (differentiatie zorgaanbod en invloed cliënt) • Op regionale schaal samenwerking tussen RIAGG, ouderen psychiater, spv’er, sociaal geriater/vh-arts en klinisch geriater (lokale geriatrische netwerken in wijken eerste lijn) • Op verzoek ha gaat de klinisch geriater ook op consult in de thuissituatie • Advies- en behandel-centrum thuiswonende ouderen	➢ Door een toename aan ICT in de thuiszorg is het mogelijk steeds zwaardere zorgvragen thuis te beantwoorden. ➢ Sociaal geriater/ vh-arts zijn gefuseerd. Er zal nog een overkoepe-lende naam voor deze functie komen. ➢ NHG biedt kaderopleiding ouderengeneeskunde aan. ➢ Twee grootste problemen: 1-multiproblematiek (reparatie of onderhoud) 2- versnippering van zorg (regierol ha) ➢ Gebruik pgb komt steeds meer in zwang
	Praktijkondersteuner huisarts Nurse Practioner	• Generalistische zorgdiagnostiek • Farmaceutische zorg • Ondersteunen mantelzorg			
	Wijkverpleegkundigen (specialistisch als wond-, incontinentie, et cetera) Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (spv’ers) Verzorgenden	• Generalistische of specialistische zorgdiagnostiek • Farmaceutische zorg • Verpleging en/of verzorging • Preventie • Revalidatie • Acute zorg • Palliatief terminale zorg			
Financiering: AWBZ , WMO en ZVW	Verzorgenden	• Zorgdiagnostiek • Farmaceutisch beleid • Zorgverlening			
	Alphahulp	• Huishoudelijke zorg • Ondersteunende functie			
	Sociaal geriater/vh-arts	• Specialistische medische zorg • (Psychische) diagnostiek • Farmaceutische zorg, • Acute (psychische) zorg			

[1] Actiz, de branche in cijfers. Kengetallen per type zorgorganisatie. September 2006.

Sector	Professional (geriatrische kerndiscipline)	Functie	Doelgroep	Innovatieve vormen	Bijzonderheden
Ziekenhuis (zh) Aantal opnamen 65+'ers: 1021340[2]	Klinisch geriater	• Specialistische medische zorg • Diagnostiek • Acute zorg • Preventie • Farmaceutische zorg • Beweging en mobiliteit • Palliatief zorg	I. Ouderen met een specialistische zorgvraag al dan niet van acute aard komende vanuit thuissituatie dan wel uit intramurale setting	• Geriatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis. De afdeling is gericht op socialisatie van de geriatrische patiënt (GAAZ) • Geïntegreerde poli's, als val-, geheugen-, farmacie-,triage- en/of incontinentiepoli • Schakelafdeling: afdeling in zh voor verkeerdebed-patiënten die wachten op opname in vh bijvoorbeeld • Transferpunt: bemiddeling in vervolgzorg na zh-opname • Expertisecentrum Ouderenzorg in/nabij zh (vh onderzoek en adviescentrum) • Dagdiagnostische centra (snelle diagnose en vervolgtraject)	➢ Bij enkele ziekenhuizen een standaard consultatie van geriater bij opname van personen boven 65 jaar. ➢ Klinisch geriater ziet mogelijkheden voor samenwerking met vh-arts of ha. ➢ Aantekening ouderen geneeskunde is recente ontwikkeling binnen interne geneeskunde. ➢ Oudere patiënt verblijft op afdeling geriatrie of op een andere verpleegafdeling (neurologie/ orthopedie/ interne). ➢ Vh-arts geeft consultatie in zh over zorg-behandelplan.
	(Ouderen)internist Neuroloog Orthopedisch chirurg	• Specialistische medische zorg • Acute zorg (heup, CVA, psychose) • Farmaceutische zorg • Voorlichting • Beweging en mobiliteit/revalidatie			
	(Geriatrisch) verpleegkundigen Verpleegkundig specialist geriatrie	• Generalistische of specialistische zorgdiagnostiek • Farmaceutische zorg • Verpleging en/of verzorging • Preventie • Revalidatie • Acute zorg • Palliatief terminale zorg			
Financiering: ZVW	Paramedici	• Zorgdiagnostiek • Preventie • Farmaceutisch beleid • Beweging en mobiliteit/revalidatie • Palliatief terminale zorg			

[2] Prismant, ziekenhuisstatistieken. LMR-registratie. Landelijk aantal opnamen, kliniek en dagverpleging, verpleegdagen en gemiddelde verpleegduur per diagnose onderverdeeld naar leeftijd en geslacht.

Sector	Professional (geriatrische kerndiscipline)	Functie	Doelgroep	Innovatieve vormen	Bijzonderheden
Verpleeghuis Psychogeriatrie Somatiek Aantal vh-bewoners: 66.329[1]	Verpleeghuisarts/sociaal geriater	• Specialistische medische zorg (aan huis in wijk) • Diagnostiek • Acute zorg • Preventie • Farmaceutische zorg • Beweging en mobiliteit • Palliatief zorg	I. De oudere patiënt met een complexe zorgvraag II. Deelnemers aan substitutie-project in vzh (zie aldaar) II. Mantelzorg	• Kleinschalige verpleeghuisvormen (extramuralisering). • Toenemende samen-werkingsverbanden/ regionale netwerken ha, professionals uit vh en zh (consult vh aan huis of in zh/consult complexe ouderenzorg). • Crisisbedden worden beschikbaar gehouden voor onhoudbare thuis-situaties of hoog-complexe transfers uit het zh. • Intervalopname en respijtzorg horen eveneens tot aanbod vanuit het vh. • Toenemende aandacht voor wonen, privacy en leefomgeving van het vh • Inzet nurse practioner in vh. • Vh-arts in eerstelijns gezondheidscentrum • Geriatrisch onderzoeks en adviescentrum en inzet geriatrisch verpleeg-kundigen in eerste lijn • Dagbehandeling (somatiek en pg)	➢ Vh-arts/sociaal geriater zijn gefuseerd. Er zal nog een overkoepelen-de naam voor deze functie komen. ➢ Mondzorg wordt een steeds belangrijker onderdeel van zorg in het vh. Er zijn steeds meer mensen met een eigen gebit. ➢ Huisarts zou door verandering in AWBZ ook in vh generalistische medische zorg mogen leveren. ➢ Complexiteit van zorg bij instroom wordt steeds hoger, ligduur van patiënten steeds korter.
	Verpleegkundigen Verzorgenden	• Generalistische of specialistische zorgdiagnostiek • Farmaceutische zorg • Verpleging en/of verzorging • Preventie • Revalidatie • Acute zorg • Palliatief terminale zorg			
	Paramedici (logopedist/ fysiotherapie/ ergotherapie)	• Zorgdiagnostiek • Begeleiding (OB/AB) • Beweging en mobiliteit (revalidatie) • Activiteitenbegeleiding			
Financiering: AWBZ	Tandarts Mondhygiëniste	• Specialistische medische zorg • Mondzorg			

Sector	Professional (geriatrische kerndiscipline)	Functie	Doelgroep	Innovatieve vormen	Bijzonderheden
Verzorgingshuis (vzh) Aantal vzh-bewoners: 100.213[1]	Verzorgenden Verpleegkundige	• Zorgdiagnostiek • Verpleging • Verzorging • Begeleiding (OB/AB), • Farmaceutische zorg • Regievoering • Palliatief terminale zorg	I. Ouderen met een lichtere zorgvraag dan in vh. Deze doelgroep vraagt vooral om onder-steuning in het dagelijkse leven. II. Complexiteit zorgvraag in vzh neemt toe. Ouderen hebben wens om niet te verhuizen: zorg op het vh-niveau wordt in vzh gegeven	• Substitutieafdeling • Meerzorgafdeling • Dagbehandeling • Nachtopname • Maaltijdverzorging • Logeerbedden • Zorg in aanleunwoningen (extramuralisering) bijvoorbeeld in vorm van zorgabonnementen/ alarmeringsysteem	➢ Steeds meer verpleeghuizen en verzorgingshuizen fuseren tot één zorgorganisatie veelal ook in combinatie met thuiszorgorganisaties. ➢ Complexiteit bewoners vzh neemt steeds meer toe en groeit toe naar niveau vh-bewoners. ➢ In principe kan ieder bewoner zijn eigen ha houden bij verhuizing naar vzh. ➢ Door invoering ZVW kan vh-arts ook in de wijk en in het vzh generalis-tische medische zorg leveren.
	Huisarts	• Generalistische medische zorg • Diagnostiek • Acute zorg • Preventie • Farmaceutische zorg • Palliatief terminale zorg			
	Activiteitenbegeleider	• Begeleiding mobiliteit • Dagactiviteiten			
Financiering: AWBZ					

Sector	Professional (geriatrische kerndiscipline)	Functie	Doelgroep	Innovatieve vormen	Bijzonderheden
GGZ Aantal 65+'ers in behandeling: 69.231[3]	Ouderenpsychiater	• Specialistische medische zorg • Diagnostiek • Farmaceutische zorg • Acute zorg • Palliatief zorg • Beweging en mobiliteit • Preventie	I. Ouderen met een psychiatrische zorgvraag uit thuissituatie of intramurale situatie II. Mantelzorg	• Op regionale schaal samenwerking met RIAGG, ouderen psychiater, spv'er, sociaal geriater/ vh-arts en klinisch geriater. • Alzheimer Nederland gespreksgroepen, begeleiding, ondersteuning mantelzorg • In de GGZ zijn speciale observatieafdelingen voor ouderen aanwezig waar in zes weken diagnostiek wordt uitgevoerd en vervolgzorg wordt vastgesteld.	➢ In psychiatrie wordt groot belang gehecht aan het sociaal systeem (milieu) van de cliënt; mantelzorg en casemanager hebben een belangrijke rol. ➢ In GGZ is veel aandacht voor extramuralisering.
	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv'er) / casemanager	• Zorgdiagnostiek • Milieumanagement • Verpleging • Begeleiding (OB/AB), • Farmaceutische zorg • Regievoering			
Financiering: AWBZ ZVW WMO	Sociaal geriater/ verpleeghuisarts	• Specialistische medische zorg • Preventie • Diagnostiek • Acute zorg • Zorg aan huis • Farmaceutische zorg • Palliatief zorg			

[3] Sectorrapport GGZ 2003-2005. Toenemende zorg. Amersfoort. December 2006.

Sector	Professional (geriatrische kerndiscipline)	Functie	Doelgroep	Innovatieve vormen	Bijzonderheden
Verstandelijk gehandicapten zorg (vgz) Aantal bijdrageplichtigen 65+: 3259[4]	Verstandelijkgehandicaptenarts (vga)	• Specialistische medische zorg • Diagnostiek • Farmaceutische zorg • Voorlichting • Palliatief terminale zorg	I. De oudere verstandelijk gehandicapten die woonachtig zijn: • in een voorziening voor begeleid wonen; • in de intramurale setting; • in vh/vzh.	• Binnen instellingen vinden geen/weinig innovaties plaats gericht op gezond ouder worden. • Er is een onderzoekslijn 'gezond ouder worden met een verstandelijke beperking' opgezet. Hierin wordt aandacht gevestigd op gezondheidsaspecten tijdens dagbesteding, in samenwerking met vier zorgaanbieders. • Innovaties gericht op dementie met screeningslijst. • PGB is in deze sector een gangbare financierings-vorm van de zorg	➢ Meeste oudere verstan-delijk gehandicapten (vg) wonen thuis, complexere zorgvragen komen voor in de centrale setting of in een vh. ➢ Vg's worden op dezelfde leeftijd als 'gewone' mensen geriatrisch patiënt maar hebben vaak al aangeboren multiproble-matiek. Mensen met het syndroom van Down krijgen eerder een geriatrische zorgvraag. ➢ Binnen de centrale setting is er veel specialistische zorg, bv. mondzorg, bij begeleid wonen in de wijk veel minder. ➢ Er zijn innovaties gericht op dementie of gedrag, nog niet op gezondheid.
	(Verpleegkundige) groepsbegeleiding	• Zorgdiagnostiek • Farmaceutische zorg • Verpleging en/of verzorging • Palliatief terminale zorg • Begeleiding cliënt en familie			
	Activiteitenbegeleiding	• Zorgverlening • Activering van mobiliteit • Begeleiding cliënt en familie			
	Orthopedagoog (gezondheidspsycholoog)	• (Sociale) diagnostiek (cognitief, motorisch, sociaal-emotioneel,communicatief, zelfredzaamheid), • Begeleiding cliënt +leefomgeving			
	Huisarts	• Generalistische medische zorg, • Diagnostiek • Acute zorg • Preventie • Farmaceutische zorg			
Financiering: AWBZ	Sociaal geriater/ verpleeghuisarts	• Specialistische medische zorg • Preventie • Diagnostiek • Acute zorg • Farmaceutische zorg • Palliatief zorg • Revalidatie			➢ Preventie is binnen vg-zorg niet ontwikkeld. Diagnostiek wordt ingezet op het moment dat het personeel erom vraagt, de cliënten zelf klagen niet.

[4] Aantal geregistreerde bijdrageplichtigen 2005. CAK Bijzondere Zorgkosten. Jaaroverzicht 2005.

BIJLAGE 5

Zorgprofielen

Deze bijlage geeft de profielen weer van de geriatrische patiënt binnen de diverse zorgsectoren weer. Niet van elke sector is evenveel informatie beschikbaar, de lacunes zijn cursief weergegeven.

GGZ-profiel

Kenmerken	Categorie	Percentage
Geslacht	Man	34
	Vrouw	66
Leeftijdscategorie	65 - 80	11,4
	80+	9,3
Herkomst (instroom)	Andere GGZ-instelling	13
	Verslavingszorg	1
	Huisarts	64
	Ziekenhuis/verpleeghuis	9
	Maatschappelijke opvang/politie	2
	Eigen initiatief/omgeving	9
Bestemming (uitstroom)	GGZ	9
	Somatische zorg	18
	Maatschappelijke opvang	4
	Niet verwezen	69
Primaire zorgbehoefte	Verpleging	
(nadruk ligt op…)	Verzorging	
	Behandeling	X
	Begeleiding	
Zorgduur	Ambulant	88
	Deeltijd	1,5
	Gemengd residentieel	2,5
	Residentieel	8
Zorgcomplexiteit	Lichte zorgproblematiek	
	Middelmatige zorgproblematiek	X
	Zware zorgproblematiek	

Bron: *Sectorrapport 2003-2005 GGZ Nederland*. GGZ Nederland. Amersfoort december 2006

Profiel verzorgingshuizen

Kenmerken	Categorie	Percentage
Geslacht	Man	22
	Vrouw	78
Leeftijdscategorie	65 - 80	18
	80+	82
Herkomst	Huis (of thuiszorg)	90
	Ziekenhuis	3
	Verzorgingshuis	4
	Verpleeghuis	3
	GGZ-instelling	-
	Verstandelijkgehandicaptenzorg	-
Bestemming	Huis (of thuiszorg)	3
	Ziekenhuis	1
	Verzorgingshuis	3
	Verpleeghuis	20
	GGZ-instelling	-
	Verstandelijkgehandicaptenzorg	-
	Overleden	73
Primaire zorgbehoefte	Verpleging	
(nadruk ligt op…)	Verzorging	X
	Behandeling	
	Begeleiding	
Duur	Tijdelijk	
	Intermitterend	
	Permanent	X
Zorgcomplexiteit	Lichte zorgproblematiek	54
	Middelmatige zorgproblematiek	32
	Zware zorgproblematiek	14

Bron: *Brancherapporten VWS*. Den Haag: VWS, <http://www.brancherapporten.minvws.nl> versie 2.1, 18 mei 2005

Profiel Verpleeghuizen

Kenmerken	Categorie	Percentage	
Geslacht	Man	34	
	Vrouw	68	
Leeftijdscategorie	65+	92,2	
		PG	Somatiek
Herkomst (instroom)	Huis (of thuiszorg)	23,3	44,1
	Ziekenhuis	66,6	20,3
	Verzorgingshuis	3,5	10,8
	Verpleeghuis	4,8	23,6
	GGZ-instelling	-	-
	Verstandelijkgehandicaptenzorg	-	-
		PG	Somatiek
Bestemming (uitstroom)	Huis (of thuiszorg)	7	42,6
	Ziekenhuis	2,2	3,9
	Verzorgingshuis	2,9	9,4
	Verpleeghuis	7,7	7,1
	GGZ-instelling	-	
	Verstandelijkgehandicaptenzorg	-	-
	Overleden	80,1	36,2
Primaire zorgbehoefte (nadruk ligt op…)	Verpleging	X	
	Verzorging		
	Behandeling		
	Begeleiding		X
Duur	Tijdelijk		X
	Intermitterend		
	Permanent	X	X
		PG	Somatiek
Zorgcomplexiteit	Lichte zorgproblematiek		
	Middelmatige zorgproblematiek		X
	Zware zorgproblematiek	X	

Bron: *Brancherapporten VWS*. Den Haag: VWS, <http://www.brancherapporten.minvws.nl> versie 2.1, 18 mei 2005

Profiel ziekenhuis

Kenmerken	Categorie	Percentage
Geslacht	Man	43,9
	Vrouw	56,1
Leeftijdscategorie	65 - 80	23,4
	80+	9
Herkomst (instroom)	*Huis (of thuiszorg)*	
	Ziekenhuis	
	Verzorgingshuis	
	Verpleeghuis	
	GGZ-instelling	
	Verstandelijkgehandicaptenzorg	
Bestemming (uitstroom)	*Huis (of thuiszorg)*	
	Ziekenhuis	
	Verzorgingshuis	
	Verpleeghuis	
	GGZ-instelling	
	Verstandelijkgehandicaptenzorg	
	Overleden	
Primaire zorgbehoefte	Verpleging	
(nadruk ligt op…)	Verzorging	
	Behandeling	X
	Begeleiding	
Duur	Tijdelijk	X
	Intermitterend	
	Permanent	
Zorgcomplexiteit	Lichte zorgproblematiek	
	Middelmatige zorgproblematiek	X
	Zware zorgproblematiek	

Bron: http://www.prismant.nl/informatieproducten/ziekenhuisstatistieken/ 05-04-07. LMR Prismant. Landelijk aantal opnamen, kliniek en dagverpleging, verpleegdagen en gemiddelde verpleegduur per diagnose onderverdeeld naar leeftijd en geslacht.

Profiel thuiszorg

Kenmerken	Categorie	Percentages
Geslacht	*Man*	
	Vrouw	
Leeftijdscategorie	65+	80
Herkomst (instroom)	*Huis (of thuiszorg)*	
	Ziekenhuis	
	Verzorgingshuis	
	Verpleeghuis	
	GGZ-instelling	
	Verstandelijkgehandicaptenzorg	
Bestemming (uitstroom)	*Huis (of thuiszorg)*	
	Ziekenhuis	
	Verzorgingshuis	
	Verpleeghuis	
	GGZ-instelling	
	Verstandelijkgehandicaptenzorg	
	Overleden	
Primaire zorgbehoefte	*Verpleging*	
(nadruk ligt op…)	*Verzorging*	
	Behandeling	
	Begeleiding	
Duur	*Tijdelijk*	
	Intermitterend	
	Permanent	
Zorgcomplexiteit	*Lichte zorgproblematiek*	
	Middelmatige zorgproblematiek	
	Zware zorgproblematiek	

Bron: Actiz, de branche in cijfers. Kengetallen per type zorgorganisatie, september 2006

Profiel verstandelijk gehandicapten

Kenmerken	Categorie	Percentage
Geslacht	*Man*	
	Vrouw	
Leeftijdscategorie	50 - 59	8,7
	60 - 64	2,1
	65+	3,2
Algemene woonsituatie (ongeacht leeftijd)	Bij familie	20
	Verzorgd	52
	Zelfstandig	12
	Beschermd	16
Bestemming (uitstroom (ongeacht leeftijd))	*Huis (of thuiszorg)*	
	Ziekenhuis	
	Verzorgingshuis	
	Verpleeghuis	
	GGZ instelling	
	Verstandelijke gehandicapte zorg	
	Overleden	
Primaire zorgbehoefte (nadruk ligt op…)	Verpleging	
	Verzorging	
	Behandeling	
	Begeleiding	X
Duur	Tijdelijk	
	Intermitterend	
	Permanent	X
Zorgcomplexiteit	Lichte zorgproblematiek	
	Middelmatige zorgproblematiek	X
	Zware zorgproblematiek	

Bron: Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag. Woittiez, Coone. SCP. 2005. Den Haag

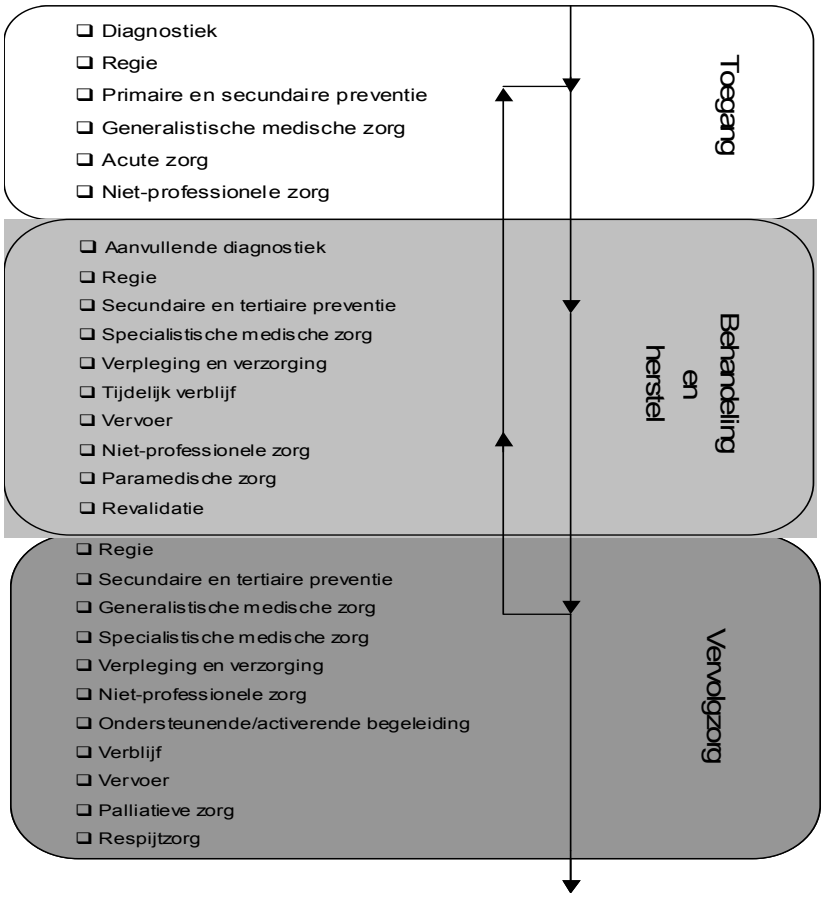
BIJLAGE 6

Webenquête

Dit is een voorbeeld webenquête over de aandoening Astma/COPD. Voor alle overige aandoeningen zijn dezelfde webenquêtes gebruikt.

Benodigde achtergrondinformatie bij de webenquête
Het zorgproces voor geriatrische zorg omschrijven wij in drie fasen: toegang, behandeling en herstel en vervolgzorg (zie onderstaand figuur). De geriatrische patiënt kan alle drie de fasen doorlopen en (medische) zorg ontvangen. Per fase wordt specifieke hulp geboden waar deskundigheden en hulpmiddelen voor nodig zijn. Deze specifieke hulp omschrijven wij in zorgfuncties.
In deze webenquête vragen wij u per fase hoe belangrijk u de genoemde zorgfuncties vindt en welke zorgfuncties volgens u ontbreken. Deze zorgfuncties verschillen per fase.
Gezien uw expertise op het gebied van Astma/COPD vragen wij tevens uw mening te geven over de deskundigheden en hulpmiddelen die u van belang acht om de zorgfuncties te kunnen leveren. Deze zullen per fase niet verschillen. Het kan echter wel zijn dat u bepaalde deskundigheden of hulpmiddelen in de ene fase van groter belang acht dan in een andere fase. Daarom is het belangrijk de hele webenquête in te vullen.

Figuur B6-1 Fases in geriatrisch zorgproces



Fase I: Toegang

De geriatrische patiënt komt in de toegangsfase van het zorgproces terecht wanneer hij of zij een ongediagnosticeerde Astma/COPD-klacht heeft. Het doel van deze fase is het inschatten van het risico of de behoefte, het verhelderen van de zorgvraag en/of het uitzetten van de vervolgstap in het zorgproces.

Zorgfuncties

1 Kunt u voor de toegangsfase aangeven welk belang u hecht aan de hieronder beschreven zorgfuncties?

Zorgfuncties tbv toegang	Niet belangrijk	Neutraal belang	Belang-rijk
Diagnostiek (Anamnese afnemen, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek doen, e.d.)	☐	☐	☐
Regie (Het begeleiden van de geriatrische patiënt bij de regievoering in het zorgproces).	☐	☐	☐
Primaire en secundaire preventie (Gezondheidsvoorlichting en advies geven over dreigende gevaren als meervoudig medicatiegebruik, vallen e.d.)	☐	☐	☐
Generalistische medische zorg (Zorg op lichamelijk en/of psychisch gebied, beleid uitzetten: medicamenteuze behandeling, controles, voorlichting, consultatie en verwijzing)	☐	☐	☐
Acute zorg (Acute toegang tot lichamelijk of psychische hulp)	☐	☐	☐
Niet-professionele zorg (Mantelzorg, welzijnswerk en/of gemeenschapsactiviteiten)	☐	☐	☐

2 Vindt u andere primaire functies in de toegangsfase ook van belang die niet genoemd zijn in bovenstaand schema?

❑ Nee

❑ Ja, namelijk

Deskundigheden

Om de bovenstaande zorgfuncties adequaat uit te kunnen voeren zijn bepaalde deskundigheden nodig. Hieronder noemen wij er een aantal.

3 Kunt u voor de genoemde zorgfuncties in de toegangsfase aangeven of u de deskundigheden belangrijk vindt om de zorg aan geriatrische patiënten met Astma/COPD te kunnen leveren?

Deskundigheden tbv toegang	Niet belangrijk	Neutraal belang	Belang-rijk
Kennis van de geriatrische patiënt (Zoals ouderdomsziekten, co-morbiditeit, multi-farmacie en de kwetsbare positie van ouderen)	□	□	□
Kennis van de sociale kaart ouderenzorg (Regionale voorzieningen voor ouderenzorg)	□	□	□
Multidisciplinaire kennis (Kennis van andere domeinen)	□	□	□
Kennis van sociale systeem rondom de geriatrische patiënt (Thuissituatie, mantelzorg)	□	□	□
Gespecialiseerde verpleegkundige kennis	□	□	□

Hulpmiddelen

Naast deskundigheden zijn ook hulpmiddelen nodig om zorgfuncties adequaat uit te kunnen voeren. Hieronder noemen wij een aantal hulpmiddelen die hiervoor van belang kunnen zijn.

4 Kunt u voor de toegangsfase aangeven welk belang u hecht aan de hieronder beschreven hulpmiddelen?

Hulpmiddelen tbv toegang	Niet belangrijk	Neutraal belang	Belang-rijk
Mogelijkheid tot entree professionele zorg (Via huisarts, spoedeisende hulp, zorgloket of ouderenconsultatiebureau)	□	□	□
Indicatieprotocol (Toegang tot AWBZ)	□	□	□
Protocol (Ziektegerelateerd of risicosignalerend zoals delier, vallen, et cetera)	□	□	□
Transmuraal protocol (Regionale oriëntatie: samenwerking met andere zorginstellingen als een ziekenhuis of verpleeghuis)	□	□	□
Kwaliteitsrichtlijn (Voor CVA-zorg, diabeteszorg, palliatieve zorg et cetera)	□	□	□
Multidisciplinair dossier (Toegankelijk voor verschillende disciplines)	□	□	□
Casemanagement (Professionele regievoering)	□	□	□
Mogelijkheid tot entree tot niet-professionele zorg (Steunpunt mantelzorg, zorgloket, vrijwilligerswerk)	□	□	□
Techniek voor de zorg (Elektronisch Patiënten Dossier, Domotica)	□	□	□
Langere spreekuren/ consulttijden	□	□	□
Kaderopleiding ouderenzorg (Voor (para)medici, verpleging en verzorging)	□	□	□
Regelgeving (Zoals transmurale dbc's of zorgarrangementen)	□	□	□

5 Vindt u andere deskundigheden en/of hulpmiddelen in de toegangsfase ook van belang die niet genoemd zijn in bovenstaande schema's?

❑ Nee>>> u kunt gelijk door naar fase II

❑ Ja, en wel de volgende deskundigheden:

❑ Ja, en wel de volgende hulpmiddelen:

Fase II: Behandeling en herstel

De geriatrische patiënt komt in de fase behandeling en herstel van het zorgproces terecht wanneer hij of zij een gediagnosticeerde Astma/COPD-klacht heeft. Het doel van deze fase is het opheffen van een tekort en zo naar een 'normaal' functioneren te streven.

Zorgfuncties

6 Kunt u van de volgende zorgfuncties aangeven welk belang u hieraan hecht in de fase behandeling en herstel?

Zorgfuncties tbv behandeling en herstel	Niet belangrijk	Neutraal belang	Belang-rijk
(Aanvullende) diagnostiek (Anamnese afnemen, lichamelijk onderzoek en aanvullende onderzoeken)	□	□	□
Regie (Het begeleiden van de geriatrische patiënt bij de regievoering van het zorgproces)	□	□	□
Secundaire en tertiaire preventie (Advies over dreigende gevaren en het voorkomen van complicaties bij bestaande problemen)	□	□	□
Specialistische medische zorg (Ziektespecifiek beleid uitzetten op lichamelijk en psychisch gebied: voorlichting, medicamenteuze behandeling, controles, consultatie en verwijzing)	□	□	□
Verpleging en verzorging (Bij verminderende zelfredzaamheid van de geriatrische patiënt in de thuissituatie of in intramurale situatie)	□	□	□
Vervoer (Patiënt is geïndiceerd voor vervoer tussen instellingen of voor vervoer van huis naar instelling)	□	□	□
Tijdelijk verblijf (Tijdelijke opname in bepaalde zorginstelling)	□	□	□
Niet-professionele zorg (Mantelzorg, welzijnswerk en/of gemeenschapsactiviteiten)	□	□	□
Paramedische zorg (Disciplines als fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek, logopedie en dergelijke)	□	□	□
Revalidatie (Gericht op herstel van lichamelijke en geestelijke functies)	□	□	□

7 Vindt u andere primaire functies in de fase van behandeling en herstel ook van belang die niet genoemd zijn in bovenstaand schema?

❑ Nee

❑ Ja, namelijk

Deskundigheden

Om de zorgfuncties in de fase van behandeling en herstel adequaat uit te kunnen voeren zijn bepaalde deskundigheden nodig. Hieronder noemen wij er een aantal.

8 Kunt u voor de genoemde zorgfuncties in de fase van behandeling en herstel aangeven of u de deskundigheden belangrijk vindt om de zorg aan geriatrische patiënten met Astma/COPD te kunnen leveren?

Deskundigheden tbv behandeling en herstel	Niet belangrijk	Neutraal belang	Belang-rijk
Kennis van de geriatrische patiënt (Zoals ouderdomsziekten, co-morbiditeit, multifarmacie en de kwetsbare positie van ouderen)	□	□	□
Kennis van de sociale kaart ouderenzorg (Regionale voorzieningen voor ouderenzorg)	□	□	□
Multidisciplinaire kennis (Kennis van andere domeinen)	□	□	□
Kennis van sociale systeem rondom de geriatrische patiënt (Thuissituatie, mantelzorg)	□	□	□
Gespecialiseerde verpleegkundige kennis	□	□	□

Hulpmiddelen

Naast deskundigheden zijn ook hulpmiddelen nodig om zorgfuncties adequaat uit te kunnen voeren. Hieronder noemen wij een aantal hulpmiddelen die hiervoor van belang kunnen zijn.

9 Kunt u voor de fase van behandeling en herstel aangeven welk belang u hecht aan de hieronder beschreven hulpmiddelen?

Hulpmiddelen tbv behandeling en herstel	Niet belangrijk	Neutraal belang	Belang-rijk
Mogelijkheid tot entree professionele zorg (Via huisarts, spoedeisende hulp of zorgloket ouderenconsultatiebureau)	☐	☐	☐
Indicatieprotocol (Toegang tot AWBZ)	☐	☐	☐
Protocol (Ziektegerelateerd of risicosignalerend zoals delier, vallen)	☐	☐	☐
Transmuraal protocol (Regionale oriëntatie: samenwerking met andere zorginstellingen als een ziekenhuis of verpleeghuis)	☐	☐	☐
Kwaliteitsrichtlijn (Voor CVA-zorg, diabeteszorg, palliatieve zorg et cetera)	☐	☐	☐
Multidisciplinair dossier (Toegankelijk voor verschillende disciplines)	☐	☐	☐
Casemanagement (Professionele regievoering)	☐	☐	☐
Mogelijkheid tot entree niet-professionele zorg (Steunpunt mantelzorg, zorgloket, vrijwilligerswerk)	☐	☐	☐
Techniek voor de zorg (Elektronisch Patiënten Dossier, Domotica)	☐	☐	☐
Langere spreekuren/ consulttijden	☐	☐	☐
Kaderopleiding ouderenzorg (Voor (para)medici, verpleging en verzorging)	☐	☐	☐
Regelgeving (Zoals transmurale dbc's of zorgarrangementen)	☐	☐	☐

10 Vindt u andere deskundigheden en/of hulpmiddelen in de fase van behandeling en herstel ook van belang die niet genoemd zijn in bovenstaande schema's?

❑ Nee >>> u kunt gelijk door naar fase III

❑ Ja, en wel de volgende deskundigheden:

❑ Ja, en wel de volgende hulpmiddelen:

Fase III: Vervolgzorg

De geriatrische patiënt komt in de fase vervolgzorg van het zorgproces terecht wanneer geen verder herstel meer mogelijk is voor de gediagnosticeerde Astma/COPD-klacht. De nadruk in deze fase ligt op het waarborgen van de kwaliteit van leven.

Functies

11 Kunt u voor de fase van vervolgzorg aangeven welk belang u hecht aan de hieronder beschreven zorgfuncties?

Functies tbv vervolgzorg	Niet belangrijk	Neutraal belang	Belang-rijk
Regie (Het begeleiden van de geriatrische patiënt bij de regievoering van het zorgproces).	☐	☐	☐
Secundaire en tertiaire preventie (Advies over dreigende gevaren en het voorkomen van complicaties bij reeds bestaande problemen)	☐	☐	☐
Generalistische medische zorg (Beleid uitzetten: voorlichting, medicamenteuze behandeling, controles, consultatie en verwijzing)	☐	☐	☐
Specialistische medische zorg (Ziektespecifiek beleid uitzetten: voorlichting, medicamenteuze behandeling, controles, consultatie en verwijzing)	☐	☐	☐
Verpleging en verzorging (Bij verminderende zelfredzaamheid van de geriatrische patiënt in de thuissituatie of in intramurale situatie)	☐	☐	☐
Niet-professionele zorg (Mantelzorg, welzijnswerk, gemeenschapsactiviteiten)	☐	☐	☐
Vervoer (Patiënt is geïndiceerd voor vervoer tussen instellingen of voor vervoer van huis naar een instelling)	☐	☐	☐
Verblijf (Opname in een intramurale setting)	☐	☐	☐
Ondersteunende en activerende begeleiding (Dagbesteding, e.d.)	☐	☐	☐
Palliatieve zorg (Medische en verpleegkundige zorg in de terminale zorg fase)	☐	☐	☐
Respijtzorg (Ondersteuning en begeleiding om de niet-professionele hulp te ontlasten)	☐	☐	☐

12 Vindt u andere primaire functies in de fase vervolgzorg ook van belang die niet genoemd zijn in bovenstaand schema?

- ❑ Nee
- ❑ Ja, namelijk

Deskundigheden

Om de zorgfuncties in de fase vervolgzorg adequaat uit te kunnen voeren zijn bepaalde deskundigheden van belang. Hieronder noemen wij er een aantal.

13 Kunt u voor de genoemde zorgfuncties in de fase van vervolgzorg aangeven of u de deskundigheden belangrijk vindt om de zorg aan geriatrische patiënten met Astma/COPD te kunnen leveren?

Deskundigheden tbv vervolgzorg	Niet belangrijk	Neutraal belang	Belang-rijk
Kennis van de geriatrische patiënt (Zoals ouderdomsziekten, co-morbiditeit, multi-farmacie en de kwetsbare positie van ouderen)	□	□	□
Kennis van de sociale kaart ouderenzorg (Regionale voorzieningen voor ouderenzorg)	□	□	□
Multidisciplinaire kennis (Kennis van andere domeinen)	□	□	□
Kennis van sociale systeem rondom de geriatrische patiënt (Thuissituatie, mantelzorg)	□	□	□
Gespecialiseerde verpleegkundige kennis	□	□	□
Kennis en vaardigheden op terrein van geestelijke verzorging (Psychische ondersteuning)	□	□	□

Hulpmiddelen

Naast deskundigheden zijn hulpmiddelen ook van belang om zorgfuncties adequaat uit te kunnen voeren. Hieronder noemen wij een aantal hulpmiddelen die hiervoor van belang kunnen zijn.

14 Kunt u voor de fase van vervolgzorg aangeven welk belang u hecht aan de hieronder beschreven hulpmiddelen?

Hulpmiddelen tbv vervolgzorg	Niet belangrijk	Neutraal belang	Belang-rijk
Mogelijkheid tot entree tot professionele zorg (Via huisarts, spoedeisende hulp, zorgloket, ouderenconsultatiebureau)	□	□	□
Indicatieprotocol (Toegang tot AWBZ)	□	□	□
Protocol (Ziektegerelateerd of risicosignalerend zoals delier, vallen)	□	□	□
Transmuraal protocol (Regionale oriëntatie: samenwerking met andere zorginstellingen als een ziekenhuis of verpleeghuis)	□	□	□
Kwaliteitsrichtlijn (Voor CVA-zorg, diabeteszorg, palliatieve zorg et cetera)	□	□	□
Multidisciplinair dossier (Toegankelijk voor verschillende disciplines)	□	□	□
Casemanagement (Professionele regievoering)	□	□	□
Loket (Steunpunt mantelzorg, vrijwilligerswerk)	□	□	□
Techniek voor de zorg (Elektronisch Patiënten Dossier, Domotica)	□	□	□
Langere spreekuren/ consulttijden	□	□	□
Kaderopleiding ouderenzorg (Voor (para)medici, verpleging en verzorging)	□	□	□
Regelgeving (Zoals transmurale dbc's of zorgarrangementen)	□	□	□

15 Vindt u andere primaire deskundigheden of hulpmiddelen ook van belang bij uitvoering van de zorgfuncties in de fase van vervolgzorg die zijn niet genoemd in bovenstaand schema?

❑ Nee >>> u kunt gelijk door naar het gehele zorgproces

❑ Ja en wel de volgende deskundigheden:

❑ Ja en wel de volgende hulpmiddelen:

Gehele zorgproces

Achtereenvolgens hebben we de drie fases van het zorgproces (toegang, behandeling en herstel en vervolgzorg) doorlopen. Daarbij is u gevraagd naar het belang dat u hecht aan de bijbehorende zorgfuncties, en de deskundigheden en hulpmiddelen die hiervoor als randvoorwaarden dienen. Nu u alle fases doorlopen heeft rest ons een afsluitende vraag.

16 Bent u van mening dat de besproken zorgfuncties, deskundigheden en hulpmiddelen in het gehele zorgproces (toegang, behandeling en herstel én vervolgzorg) de toekomstige vraag naar geriatrische zorg kunnen beantwoorden?

❑ Ja

❑ Nee, er ontbreekt

17 Kunt u hieronder aangeven tot welke beroepsgroep u behoort?

☐ Klinisch geriater

☐ Ouderenpsychiater

☐ Verpleeghuisarts/ sociaal geriater

☐ Internist ouderengeneeskunde

☐ Internist

☐ Neuroloog

☐ Orthopeed

☐ Huisarts

☐ Arts verstandelijk gehandicapten

☐ Verpleegkundig specialist geriatrie

Dit was de vragenlijst Astma/COPD, onderdeel van de webenquête Geriatrische Zorg. Hartelijk dank voor het invullen!

BIJLAGE 7

Deelnemers klankbordgroep

Voorzitter VVVG
Mevrouw T.F. van der Kruk-Kamstra,

Landelijke Huisartsen Vereniging
Mevrouw L. Romijn

Arts verstandelijk gehandicapten
Mevrouw H.M. Evenhuis

Klinisch geriater
Mevrouw J.L. Parlevliet

Ouderenpsychiatrie NVvP
Mevrouw C. Kessel

Voorzitter Raad van Toezicht NVVA
Mevrouw R. Dijkman

BIJLAGE 8

Tabellen uit de webenquête

Fase I 'Toegang'

Tabel B8-1 Belang van functies in fase I 'Toegang'

Functies (n=424[1])	Belangrijk	Niet belangrijk
Diagnostiek	97,4	0,5
Regie	77,1	1,9
Primaire en secundaire preventie	73,8	3,1
Generalistische medische zorg	84,9	1,2
Acute zorg	79,0	3,3
Niet-professionele zorg	53,8	9,2

Tabel B8-2 Belang deskundigheden in fase I 'Toegang'

Deskundigheden (n=424)	Belangrijk	Niet belangrijk
Kennis van de geriatrische patiënt	95,3	0,5
Kennis van de sociale kaart	61,6	5,9
Multidisciplinaire kennis	75,9	1,4
Kennis van het sociale systeem rondom de patiënt	79,7	1,7
Gespecialiseerde verpleegkundige kennis	55,4	4,5

Tabel B8-3 Belang hulpmiddelen in fase I 'Toegang'

Hulpmiddelen (n=424)	Belangrijk	Niet belangrijk
Entree professionele zorg	91,7	0.7
Indicatieprotocol	31,8	22,6
Ziekte- of risicogerelateerd protocol	60,1	5,4
Transmuraal protocol	64,9	6,6
Kwaliteitsrichtlijn	61,8	5,9
Multidisciplinair dossier	64,9	6,4
Casemanagement	62.0	6,4
Entree niet-professionele zorg	45,0	10,4
Techniek van de zorg	43,9	10,4
Langere spreekuren	57,8	7,3
Kaderopleiding ouderenzorg	58,0	7,1
Regelgeving	32,1	22,6

[1] Het aantal (n) is in fase I en II groter dan in fase III, omdat niet alle respondenten de hele webenquête hebben afgerond. De resultaten gaan uiteindelijk over de 368 respondenten die de volledige vragenlijst hebben afgerond.

Fase II ‘Behandeling en herstel’

Tabel B8-4 Belang van functies in fase II ‘Behandeling en herstel’

Functies (n= 379)	Belangrijk	Niet belangrijk
Diagnostiek	76,5	2,1
Regie	90,5	0,8
Niet-professionele zorg	66,0	3,4
Secundaire en tertiaire preventie	79,9	1,1
Specialistische medische zorg	85,0	1,6
Verpleging en verzorging	90,2	0,3
Vervoer	54,6	3,4
Tijdelijk verblijf	77,6	1,1
Paramedische zorg	80,2	1,3

Tabel B8-5 Belang deskundigheden in fase II ‘Behandeling en herstel’

Deskundigheden (n= 379)	Belangrijk	Niet belangrijk
Kennis van de geriatrische patiënt	95,5	0,8
Kennis van de sociale kaart	75,2	1,6
Multidisciplinaire kennis	84,4	1,1
Kennis van het sociale systeem rondom de patiënt	84,7	0,8
Gespecialiseerde verpleegkundige kennis	80,2	1,6

Tabel B8-6 Belang hulpmiddelen in fase II ‘Behandeling en herstel’

Hulpmiddelen (n= 379)	Belangrijk	Niet belangrijk
Entree professionele zorg	77,3	3,4
Indicatieprotocol	43,8	17,4
Ziekte- of risicogerelateerd protocol	65,7	4,2
Transmuraal protocol	74,9	4,5
Kwaliteitsrichtlijn	69,1	4,2
Multidisciplinair dossier	75.5	2,4
Casemanagement	77,3	2,9
Entree niet-professionele zorg	60,2	5,0
Techniek van de zorg	52,5	6,6
Langere spreekuren	56,2	5,5
Kaderopleiding ouderenzorg	65,7	4,2
Regelgeving	41,2	16,1

Fase III 'Vervolgzorg'

Tabel B8-7 Belang van functies in fase III 'Vervolgzorg'

Functies (n =368)	Belangrijk	Niet belangrijk
Regie	89,2	1,4
Generalistische medische zorg	79,9	1,1
Niet-professionele zorg	79,1	1,4
Secundaire en tertiaire preventie	72,9	2,4
Specialistische medische zorg	57,7	6,2
Verpleging en verzorging	91,1	0,3
Vervoer	62,1	5,4
Verblijf	73,2	2,2
Ondersteunende en activerende begeleiding	86,7	1,6
Palliatieve zorg	86,2	2,2
Respijtzorg	81,0	2,2

Tabel B8-8 Belang deskundigheden in fase III 'Vervolgzorg'

Deskundigheden (n =369)	Belangrijk	Niet belangrijk
Kennis van de geriatrische patiënt	93,0	1,1
Kennis van de sociale kaart	76,7	1,4
Multidisciplinaire kennis	81,0	2,2
Kennis van het sociale systeem rondom de patiënt	85,9	0,8
Gespecialiseerde verpleegkundige kennis	77,0	1,6
Geestelijke verzorging	79,9	1,9

Tabel B8-9 Belang hulpmiddelen in fase III 'Vervolgzorg'

Hulpmiddelen (n =369)	Belangrijk	Niet belangrijk
Entree professionele zorg	69,9	3,8
Indicatieprotocol	46,6	14,1
Ziekte- of risicogerelateerd protocol	57,7	7,9
Transmuraal protocol	67,8	4,1
Kwaliteitsrichtlijn	61,0	4,6
Multidisciplinair dossier	75,0	2,7
Casemanagement	75,9	4,3
Loket	56,4	4,1
Techniek van de zorg	50,9	8,9
Langere spreekuren	50,4	8,7
Kaderopleiding ouderenzorg	64,2	4,1
Regelgeving	40,2	18,2

BIJLAGE 9

Aanvullende opmerkingen professionals

In deze bijlage geven we een beknopt overzicht van een aantal analyses die voor de webenquête per beroepsgroep zijn gedaan. We geven enkel de opvallende zaken aan. Het overzicht is opgebouwd per fase van het conceptuele schema: daarin geven we de opvallende resultaten weer over functies, deskundigheden en hulpmiddelen.

Fase I Toegang

- De neurologen hechten in fase I in verhouding tot de andere beroepsgroepen een groter belang aan de functie acute zorg voor de patiënt met een beroerte. De beroepsgroep geeft aan directe toegang tot specialistische medische zorg te willen.
- Internisten hechten in verhouding tot andere beroepsgroepen in fase I minder waarde aan primaire preventie. Met de aanname dat internisten vooral werkzaam zijn in de tweede lijn is het lagere belang te verklaren.
- De huisartsen hechten in deze fase naar verhouding de meeste waarde aan de functie generalistische medische zorg wat goed te verklaren is door de sleutelrol die zij spelen in de eerste lijnsgezondheidszorg.
- Artsen verstandelijk gehandicapten (AVG's), neurologen en internisten hechten in verhouding tot de andere beroepsgroepen minder belang aan de deskundigheden voor fase I.
- In de toegangsfase hechten AVG's in verhouding tot de andere beroepsgroepen een groter belang aan het indicatieprotocol als hulpmiddel. Voor de patiëntengroep van deze artsen is dit vaak het moment dat er al een aanvraag voor langdurige zorg wordt gedaan. Bij de andere beroepsgroepen vindt indicatiestelling in de tweede en derde fase van het zorgproces plaats.
- In fase I is het belang dat huisartsen hechten aan het hulpmiddel ziekte- of risicogerelateerd protocol opvallend. 30 procent van de huisartsen vindt dit hulpmiddel belangrijk en 14,3 procent van de respondenten vindt het niet belangrijk. Deze percentages zijn opvallend omdat de huisartsen in de toegangsfase een grote rol in diagnostiek hebben, waarbij de aanname is dat wordt gebruikgemaakt van ziekte of risicogerelateerde protocollen.

Fase II Behandeling en herstel

- De klinisch geriaters hechten in verhouding tot de andere beroepsgroepen minder waarde aan diagnostiek in fase II: 58,6 procent. In verhouding met de andere beroepsgroepen is dit opvallend omdat de klinisch geriaters vooral in de tweede lijn van de gezondheidszorg een belangrijke rol hebben in de diagnostiek. Regie wordt zoals eerder aangegeven als belangrijk gezien in deze fase II.

- De (AVG's) en de verpleeghuisartsen/ sociaal geriaters waarderen naar verhouding deze functie minder. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de patiëntengroep van deze artsen in een professioneel zorgsysteem worden opgenomen en dat de mantelzorger daarbij een andere rol krijgt toebedeeld.
- De ouderenpsychiaters hechten naar verhouding de meeste waarde aan de functie vervoer. In de aanvullingen benoemen de respondenten het belang van dagbehandeling waarvoor vervoer beschikbaar moet zijn.
- Multidisciplinaire kennis wordt belangrijk gevonden als deskundigheid in de fase 'behandeling en herstel'. De neurologen vinden in verhouding deze deskundigheid minder belangrijk. Een verklaring zou kunnen zijn dat neurologen de nadruk willen leggen op acute zorg en revalidatie.
- Het hulpmiddel kwaliteitsrichtlijn vinden AVG's opvallend belangrijk in fase II. Een mogelijke verklaring is dat het niet altijd goed communiceren is met deze doelgroep en dat daarom extra waarde aan een protocol wordt toegeschreven.
- In fase II geven de klinisch geriaters aan entree tot niet-professionele zorg als hulpmiddel belangrijk te vinden, in fase III krijgen zij bijval van de verpleegkundig specialisten. Een verklaring is dat deze professionals baat hebben bij de rol van de niet-professionele zorg door het afnemen van een heteroanamnese.

Fase III Vervolgzorg

- De neurologen hechten minder waarde aan de functie regie en specialistische medische zorg in fase III ten opzichte van de overige beroepsgroepen. Dit kan worden verklaard door het grote belang dat deze beroepsgroep hecht aan acute zorg en revalidatie in vooral fase I en II. Mogelijk zien zij voor zichzelf geen duidelijke rol in fase III.
- Aan specialistische medische zorg hechten de beroepsgroepen veel belang in deze derde fase van het zorgproces. De huisartsen waarderen deze functie minder.
- Vervoer vinden alle beroepsgroepen in deze fase belangrijker ten opzichte van de vorige fasen. Een verklaring is dat dit verband houdt met het grote belang dat aan activerende/ondersteunende begeleiding wordt gehecht.
- De beroepsgroepen hechten veel belang aan de benoemde deskundigheden voor fase III. In verhouding waarderen internisten en neurologen de deskundigheden voor deze fase minder.
- Tijdens de interviews voorafgaand aan de enquête benoemen de diverse professionals, vooral huisartsen, dat langere spreekuren en techniek in de zorg belangrijk zijn bij de beantwoording van de toekomstige geriatrische zorgvraag. Een deel van de respondenten hecht een neutraal belang aan deze hulpmiddelen in deze derde fase. De waardering van huisartsen voor het hulpmiddel langere spreekuren zijn terug te zien in de waarde die zij hechten aan dit hulpmiddel in fase III.

BIJLAGE 10

Casus ‘meneer De Graaff’

Fase I.
Meneer De Graaff is een 84-jarige man die in zijn leven altijd hard heeft gewerkt: is opgeklommen van wijkagent tot commissaris bij de politie. Hij heeft samen met zijn 81-jarige vrouw een gezin met vier kinderen en zeven klein-kinderen. Het is een trotse, introverte man, die veel waarde hecht aan fatsoen, verzorgdheid en een goed gesprek. Hij geniet van de mensen om zich heen, een goede maaltijd en van zijn dagelijkse fietstocht van minstens vijftien kilometer.
Dertig jaar geleden heeft meneer de Graaff een hartinfarct gehad. Hier is hij destijds goed van hersteld, maar hij blijft medicatie gebruiken en staat onder medische controle. Nadat hij met pensioen is gegaan, kan hij ’s nachts moeilijker in slaap komen en heeft ook problemen met plassen gekregen. Voor zowel het inslapen als het plassen krijgt hij medicijnen.
De laatste tijd merkt zijn vrouw kleine gedragsveranderingen op bij haar man: hij lijkt minder interesse te hebben in het fietsen, eet zijn bord maar half leeg en ligt ’s nachts geregeld wakker. Overdag treft ze hem nogal eens slapend in de stoel aan. Met het aankleden merkt ze dat zijn kleding niet meer netjes zit, terwijl hij altijd zo verzorgd is geweest. Ze vraagt zich af wat er met haar man aan de hand is en waar ze met haar vragen terecht kan.
Een paar maanden later vindt mevrouw haar man erg achteruit gaan. Tijdens een fietstocht is hij gevallen waarbij hij lelijk op zijn hoofd terecht is gekomen. Meneer is medisch onderzocht en komt uiteindelijk met de schrik vrij. Echter, sindsdien laat hij de fiets staan, lijkt hij in zichzelf gekeerd en valt hij zichtbaar af.
‘s Nachts wordt meneer de Graaff steeds onrustiger en loopt hij te rommelen in het huis. Zijn vrouw treft ook gespaarde etensresten aan in zijn nachtkastje. De vrouw vraagt om advies, maar merkt dat ze tegenstrijdige informatie krijgt en dat niet alle hulpverleners op de hoogte zijn van de situatie rondom haar man.

Fase II.
Meneer de Graaff krijgt inmiddels meer medicijnen om de nachten rustiger door te komen. Desondanks escaleert het thuis. Op een nacht treft mevrouw haar man aan op de grond in een natte badkamer. Hij is uitgegleden en zijn been ligt in een vreemde stand. Het doet erg zeer. Als ze hem probeert te helpen, wordt haar man agressief en angstig. Even lijkt hij zijn vrouw niet meer te herkennen. De vrouw schakelt medische hulp in.
De heup blijkt gebroken en meneer de Graaff wordt hiervoor behandeld. De operatie is goed gegaan, maar meneer zelf gaat achteruit. Als mevrouw de Graaff bij haar man op bezoek komt, staart hij alleen nog stilletjes voor zich uit. Mevrouw kent haar man zo niet. Bij controle blijkt dat de bloedsuikerwaarden

van meneer nogal schommelen. Hier wordt hij voor behandeld, waarna meneer goed opknapt.

Fase III.
Een jaar later is meneer de Graaff gerevalideerd na zijn heupfractuur, maar is hij blijvend afhankelijk van een rollator en heeft hij voor lange afstanden een rolstoel. Dit vindt hij vreselijk en als het even kan, laat hij zijn rollator staan. Hierdoor beweegt meneer steeds minder.
Zijn vrouw helpt hem met wassen en het toiletbezoek. Psychisch gaat meneer verder achteruit. Hij herkent zijn vrouw nog wel, maar vergist zich vaak bij het benoemen van zijn kinderen. De nachten worden steeds zwaarder, want meneer wil zijn bed uit om naar zijn werk te gaan en raakt in paniek als zijn kinderen niet in hun bed liggen. Zijn vrouw doet wat zij kan, maar de situatie is zorgelijk en zwaar. Ze heeft het gevoel er alleen voor te staan en vindt het moeilijk juiste beslissingen te nemen voor haar man.

OPRACHT
I. Lees de casus en beantwoord de volgende vragen in uw groep:

1. Kan de zorgverzekeraar met deze functionele omschrijvingen integrale geriatrische zorg inkopen voor meneer de Graaff?
    - Zijn er aanvullingen te geven op de functionele omschrijvingen?
    - Waar zitten lacunes?
    - Waar zit er overlap?
2. Noem voor uw fase (groep 1 toegang; groep 2 behandeling en herstel; groep 3 vervolgzorg) de drie belangrijkste discrepanties tussen de wenselijkheid en de werkelijkheid: hoe zou de zorg voor een geriatrische patiënt als meneer de Graaff moeten zijn en hoe gebeurt dit momenteel? NB: Professor in de verstandelijk gehandicaptenzorg geeft aan wat de drie belangrijkste discrepanties zijn tussen de wenselijkheid en werkelijkheid in het geval van een geriatrische patiënt met een verstandelijke handicap.
3. Wat kan de zorgverzekeraar betekenen in het tot stand brengen van integrale geriatrische zorg?

II. Schrijf de bevindingen op een flap-over.

III. Presenteer de bevindingen in de groep. Het gaat om een korte presentatie van niet meer dan vijf minuten. Na de drie presentaties vindt een plenaire discussie plaats.

BIJLAGE 11

Geraadpleegde bronnen

Delnoij, D.M.J. et al. (2001). *Gezondheid, zorg en stelsel.* AMC/UvA-achtergrondstudie bij Vraag aan bod. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

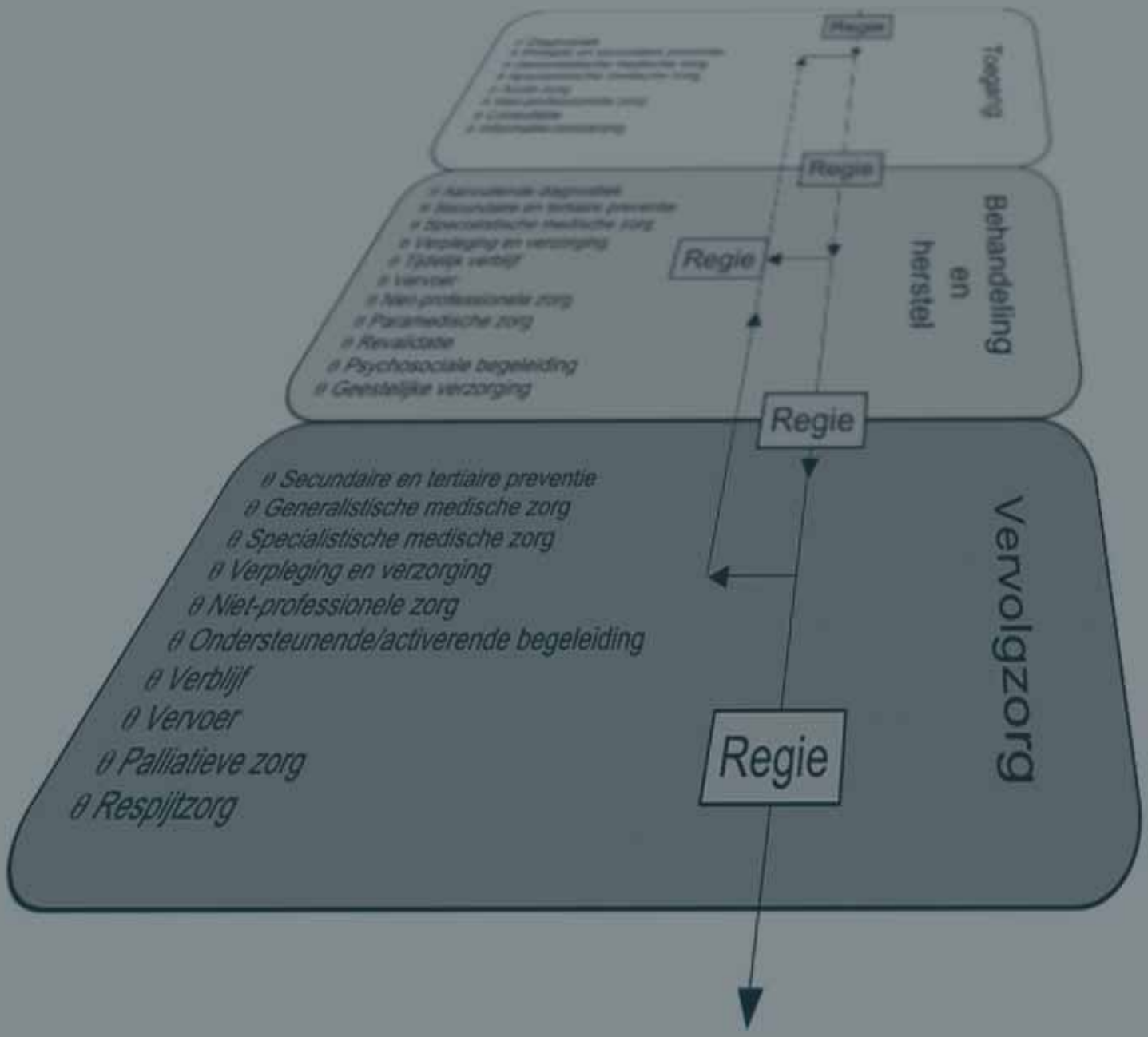
Timmermans J.M. (2000). *De toekomst van de AWBZ: van ziekte- naar zorgverzekering*. Werkdocument 69. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

CBS/Statline, prognose 2007-2050. www.cbs.nl. Laatst geraadpleegd mei 2007.

RIVM, Volksgezondheid Toekomstverkenningen 2003. www.rivm.nl. Laatst geraadpleegd mei 2007.

Brancherapporten VWS. www.vws.nl. Den Haag 2007. Laatst geraadpleegd mei 2007.

Blokstra, A. et al. *Vergrijzing en toekomstige ziektelast*. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. www.rivm.nl. Laatst geraadpleegd augustus 2007.



Regioplan Beleidsonderzoek

Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
T 020 531 531 5
F 020 626 519 9
E regioplan@regioplan.nl
I www.regioplan.nl

Regioplan Beleidsonderzoek
maakt deel uit van Ernst & Young