

# SamenOud: een nieuw zorgmodel voor samenhangende zorg en begeleiding voor thuiswonende ouderen

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) wil de kwaliteit van de zorg voor ouderen verbeteren door samenhangende zorg te ontwikkelen die beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen.

SamenOud ([www.samenoud.nl](http://www.samenoud.nl)) is het nieuwe zorgmodel voor ouderen dat ontwikkeld en gerealiseerd is in opdracht van het NPO. Doel van SamenOud is het in stand houden of bevorderen van het welbevinden en de zelfredzaamheid van ouderen zodat zij zo lang als mogelijk thuis kunnen blijven wonen. SamenOud is gebaseerd op twee effectief gebleken zorgmodellen: 1) Het *Chronic Care Model* dat maatschappelijke organisaties met gezondheidszorgorganisaties verbindt en handvatten biedt om samenhangende, vraaggerichte, proactieve en preventieve zorg en begeleiding op een effectieve en efficiënte manier te organiseren; en 2) De *Kaiser Permanente Triangle*, een *Population Health Management model* dat handvatten biedt voor screening en triage van ouderen zodat het individuele risico op gezondheidsproblemen geschat kan worden en een passende zorgintensiteit bepaald kan worden.

Door SamenOud komen alle ouderen in een huisartspraktijk in beeld. Door de structurele contacten wordt het mogelijk vroegtijdig veranderingen in gezondheidssituaties te signaleren zodat vroegtijdig ingrijpen mogelijk wordt en escalatie voorkomen kan worden. Er heerst veel enthousiasme over SamenOud bij alle ouderen, zorgfinanciers en zorgaanbieders. Gezamenlijk wordt gezocht naar mogelijkheden voor (financiële) borging.

## NATIONAAL PROGRAMMA OUDERENZORG (NPO)

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) wil de kwaliteit van de zorg voor ouderen verbeteren door samenhangende zorg te ontwikkelen die beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Het programma is in april 2008 van start gegaan in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws). Op de website ([www.nationaalprogramma-ouderenzorg.nl](http://www.nationaalprogramma-ouderenzorg.nl)) is veel informatie over het programma te vinden.

**KLASKE WYNIA**, zorgonderzoeker, gespecialiseerd in het ontwikkelen en onderzoeken van samenhangende zorg voor mensen met langdurige gezondheidsproblemen; op dit moment programmaleider SamenOud en doet onderzoek bij mensen met neurologische aandoeningen of kanker; Wenckebachinstituut, UMCG; afdeling Neurologie; afdeling Gezondheidswetenschappen, UMCG, Groningen  
E-mail: [k.wynia01@umcg.nl](mailto:k.wynia01@umcg.nl)

Doel van het NPO is het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor ouderen door samenhangende zorg te ontwikkelen, die beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Ouderen kampen vaak met meerdere aandoeningen tegelijk. Kleine incidenten kunnen hun zelfredzaamheid ingrijpend verstoren. Juist deze ouderen krijgen vaak niet de zorg die zij nodig hebben. Zorgverleners richten zich nog te vaak uitsluitend op hun eigen deelexpertise.

Er is nog weinig kennis over goede samenhangende ouderenzorg en te weinig samenwerking tussen organisaties. De afgelopen jaren is een groot aantal projecten gestart die gezamenlijk een cultuurverandering in de ouderenzorg teweegbrengen (bron: [www.samenoud.nl](http://www.samenoud.nl)).

## SAMEN OUD

SamenOud is het nieuwe zorgmodel voor ouderen dat ontwikkeld en gerealiseerd is in opdracht van het NPO. Het NPO daagde de regionale netwerken (verbonden aan de UMC's) uit nieuwe zorgmodellen te ontwikkelen en te testen en daarbij geen rekening te houden met bestaande regels, structuren en financieringsstromen.

**Tabel 1** Kenmerken van de SamenOud profielen.

	Robuust	Kwetsbaar	Complexe zorgbehoeften
<b>mate van zorg en begeleiding</b>	lage intensiteit	hoge intensiteit	hoge intensiteit
<b>coördinatie van zorg en begeleiding</b>	Ouderenzorg Team	Ouderenzorg Team, casemanager	Ouderenzorg Team, casemanager
<b>contacten (aantal)</b>	op initiatief patiënt of ingezet door Ouderenzorg Team	gestructureerd: ±1/maand	gestructureerd: ±2/maand
<b>duur van individuele zorg en begeleiding</b>	niet van toepassing	6-12 maanden	6-12 maanden
<b>benadering</b>	groep	individueel	individueel
<b>focus</b>	zelfmanagement	psychosociaal	gezondheid

Voorwaarde was dat 'de samenhang, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg' moesten verbeteren. Doel van SamenOud is het in stand houden of bevorderen van het welbevinden en de zelfredzaamheid van ouderen, zodat zij zo lang als mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Bij het ontwikkelen van SamenOud stond de vraag centraal: wat zijn gevolgen van het ouder worden? Die vraag had, behalve op de gezondheid van de ouderen, ook betrekking op hun wonen en welzijn. SamenOud is gebaseerd op twee effectief gebleken zorgmodellen. Het eerste model is het *Chronic Care Model*<sup>1,2</sup> dat maatschappelijke organisaties met gezondheidszorgorganisaties verbindt en handvatten biedt om samenhangende, vraaggerichte, proactieve en preventieve zorg en begeleiding op een effectieve en efficiënte manier te organiseren. Het tweede model is de *Kaiser Permanente Triangle*, een *Population Health Management model*.<sup>3</sup> Dit model biedt handvatten voor screening en triage van ouderen, zodat het individuele risico op gezondheidsproblemen geschat kan worden en een passende zorgintensiteit bepaald kan worden.

#### SAMENOUD EN HET CHRONIC CARE MODEL (CCM)

SamenOud verbindt maatschappelijke organisaties met organisaties voor gezondheidszorg en bestaat uit de vier kernelementen van het CCM. Elk van deze elementen werd geoperationaliseerd om aan te sluiten bij de populatie van thuiswonende ouderen.

*Zelfmanagementondersteuning* richt zich op de centrale rol van de oudere zelf. SamenOud benadrukt het belang van het perspectief van de oudere bij het identificeren van de zorg- en ondersteuningsbehoefte. Hiervoor worden diverse effectieve strategieën voor zelfmanagementondersteuning ingezet, zoals gezamenlijke besluitvormingstechnieken, motiverende gespreksvoeringstechnieken, *Goal Attainment Scaling* en het plannen van acties. Ook worden SamenOud dagen georganiseerd waarop veel informatie beschikbaar is en er activiteiten zijn.

*Ontwerp van het zorgproces* betreft onder andere het samenstellen van Ouderenzorg Teams. Een Ouderenzorg Team staat onder leiding van een huisarts en bestaat verder uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een ouderenadviseur. De focus ligt op het realiseren van proactieve, preventieve en samenhangende zorg waarin de oudere centraal staat en waarbij rekening wordt gehouden met alle aspecten van het functioneren en eventuele beperkingen in relatie tot de omgevingsfactoren. De wijkverpleegkundige of ouderenadviseur navigeert in de rol van casemanager de oudere op de meest efficiënte, effectieve en acceptabele wijze door deze complexe processen en organiseert passende zorg en ondersteuning.<sup>4</sup> De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde besteden extra aandacht aan multimorbiditeit, polyfarmacie, zelfmanagementvermogen, preventie, leefstijl en toekomstverwachtingen van de oudere.

*Besluitvormingsondersteuning* wordt bijvoorbeeld geoperationaliseerd door het inzetten van vragenlijsten voor screening en het indelen van ouderen in een passend risicoprofiel, en een gestructureerde anamnese met de 30 meest relevante gezondheidgerelateerde problemen van thuiswonende ouderen.

De *klinische informatiesystemen* omvatten het Elektronisch Ouderdossier (EOD), een web-based applicatie gebouwd voor zowel klinische als onderzoeksdoeleinden.

#### SAMENOUD EN DE KAISER PERMANENTE TRIANGLE

Thuiswonende ouderen worden volgens de Kaiser Permanente Triangle (KP-Triangle) ingedeeld in drie risicoprofielen. Deze indeling is gebaseerd op: 1) De complexiteit van zorgbehoeften en 2) De mate van kwetsbaarheid. Beide vragenlijsten ontvangen en retourneren ouderen via de post.

Op basis van de antwoorden worden deelnemers ingedeeld in risicoprofielen: profiel Robuust (±64% van de

ouderen), profiel Kwetsbaar ( $\pm 16\%$ ), en profiel Complexe zorgbehoeften ( $\pm 20\%$ ).

### SAMENOUD: COMBINATIE VAN CCM EN KP-TRIANGE

In SamenOud worden beide modellen gecombineerd. Binnen elk van de SamenOud profielen worden alle elementen van het CCM toegepast. De intensiteit van zorg en begeleiding verschilt per profiel. Dit komt tot uiting in het aantal contacten met het Ouderenzorg Team, verschil in focus van de zorg en begeleiding en de individuele of groepsbenadering (zie tabel 1). Indien nodig wordt bij veranderingen in de gezondheidstoestand het profiel van de oudere aangepast en daarmee de zorgintensiteit, zodat deze blijft aansluiten bij de (verwachte) behoefte van de oudere.

### SAMENOUD PER PROFIEL

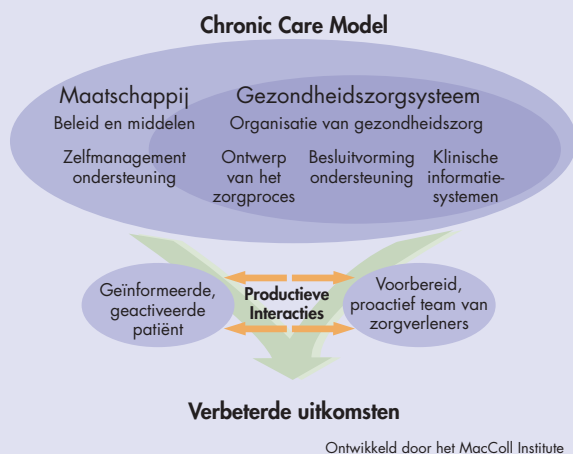
Zorg en begeleiding voor ouderen met het profiel *Robuust* bestaat uit groepsactiviteiten gericht op gezond en zelfredzaam blijven door het ondersteunen van de eigen regie en het vermogen van zelfmanagement. Er wordt aandacht besteed aan sociale contacten in combinatie met activiteiten gericht op gezondheidsbevordering zoals bewegen en gezonde voeding. SamenOud dagen worden georganiseerd om ouderen kennis te laten maken met de lokale zorg- en welzijnsorganisaties, cursussen, activiteiten en faciliteiten. Deelnemers worden geïnformeerd wanneer en waarvoor ze contact moeten zoeken met het Ouderenzorg Team, bijvoorbeeld in het geval van een belangrijke verandering in hun fysieke of mentale gezondheid.

Deelnemers met het profiel *Kwetsbaar* of *Complexe zorgbehoeften* nemen ook deel aan het programma voor de ouderen met het profiel *Robuust*. Daarnaast worden zij structureel begeleid door hun casemanager, die hen

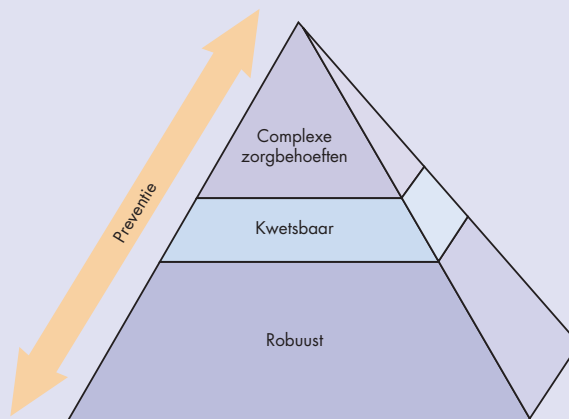
regelmatig thuis bezoekt. De ouderenadviseur biedt casemanagement aan de kwetsbare ouderen, de wijkverpleegkundige casemanagement biedt aan ouderen met complexe zorgbehoeften.

De processtappen binnen SamenOud zijn voor beide casemanagers als volgt: tijdens het eerste huisbezoek neemt de casemanager een anamnese af en identificeert samen met de oudere (potentiële) gezondheidsproblemen op de gebieden wonen, welzijn en zorg. De oudere scoort de ernst van de problemen op een schaal van 0 (geen probleem) tot 10 (volledig probleem) en kiest de oudere passende acties uit de mogelijkheden die de casemanager aanbiedt. Het zorgleefplan wordt uitgevoerd nadat het in het Ouderenzorg Team is besproken en door de oudere is vastgesteld. In het geval van multimorbiditeit kan – in overleg met de oudere – aanvullend onderzoek door de huisarts of specialist ouderengeneeskunde aan het zorgleefplan worden toegevoegd. Gedurende de vervolfbezoeken monitort de casemanager de situatie van de oudere en wordt de uitvoering van het zorgleefplan nauwgezet gevolgd en eventueel bijgestuurd (navigatie). De casemanager onderhoudt daarbij nauw contact met de betrokken professionals en vrijwilligers. Veranderingen in de gezondheidstoestand van de oudere worden geregistreerd.

Het zorgleefplan wordt regelmatig geëvalueerd en eventueel aangepast. Eenmaal per vier weken wordt in het Ouderenzorg Teamoverleg de voortgang en de effectiviteit van de interventies besproken. Twaalf maanden na het eerste huisbezoek worden alle gezondheidsproblemen in het zorgleefplan geëvalueerd, opnieuw met ernstscores. De algemene gezondheidstoestand wordt dan eveneens opnieuw beoordeeld met behulp van de anamnese.



**Figuur 1** Het Chronic Care Model.



**Figuur 2** De SamenOud Triangle: een populatiemanagement model voor zorgverlening (gebaseerd op de KP-Triangle).

**SAMENOUW IN OOST-GRONINGEN**

Sinds januari 2012 zijn 15 Ouderenzorg Teams in 15 huisartspraktijken in de gemeenten Veendam, Pekela en Stadskanaal actief. Zij begeleiden op dit moment ongeveer 1300 75-plussers. Voor de start van SamenOud volgden de leden van de Ouderenzorg Teams een intensief trainingsprogramma dat 'Anders denken, anders doen' heet. De projectleiders bieden vervolgens training en ondersteuning tijdens de overleggen van de teams en organiseren 'terugkomdagen' voor verdere training en support van de teamleden.

De werving van ouderen werd in twee stappen uitgevoerd. Eerst werden alle huisartsen geïnformeerd over SamenOud en gevraagd deel te nemen. Daarna werden alle 75-plussers in de praktijken van de deelnemende huisartsen uitgenodigd voor deelname. Vervolgens ontvingen ouderen het toestemmingsformulier en de vragenlijst voor de screening en het onderzoek. Na de indeling in de SamenOud profielen ontvingen de ouderen een brief met informatie over hun persoonlijke profiel en het vervolg van het SamenOud project.

**Resultaten voor de ouderen**

Doordat SamenOud structureel aandacht besteedt aan de persoonlijke situatie van ouderen, ervaren zij het gevoel van geborgenheid en veiligheid: SamenOud geeft ouderen het vertrouwen (langer) thuis te kunnen blijven wonen (conclusie kwalitatief onderzoek onder ouderen uit de drie profielen).

Uit de evaluatie van de SamenOud dagen werd duidelijk dat 97% van de ouderen deze dagen als (zeer) nuttig heeft ervaren. Vooral de informatie over 'gezond ouder worden' werd zeer gewaardeerd en 86% van de ouderen geeft aan hierover iets geleerd te hebben. Het merendeel van de ouderen (59%) gaf aan adviezen of informatie gekregen te hebben die hem of haar helpen langer zelfstandig te blijven.

**Resultaten voor de kwaliteit van zorg**

In plaats van de gebruikelijke probleemoplossende werkwijze, werken de casemanagers in SamenOud vooral volgens een preventieve en proactieve methode. Doordat een casemanager langdurig contact heeft met de oudere, wordt een vertrouwensrelatie opgebouwd. In de loop van de tijd wordt steeds meer informatie verzameld, ook over de achterliggende situatie. Een casemanager weet hierdoor wat voor de oudere belangrijk is, waardoor zij/hij beter kan aansluiten bij de behoeften van de oudere en escalaties kan voorkomen. De meeste casemanagers ontlenen meer plezier aan het werk als casemanager dan aan het reguliere werk (conclusies kwalitatief onderzoek onder casemanagers).

**Resultaten voor de kosten**

De business case van SamenOud laat zien dat het aanemelijk is dat SamenOud een besparing kan opleveren van gemiddeld € 274 per persoon per jaar. Besparingen worden gerealiseerd door substitutie van zorg binnen instellingen naar de thuissituatie, door het meer inzetten van informele netwerken en door het stoppen of door het stoppen of voorkómen van onnodige zorg en behandeling. Extra kosten worden gemaakt door de inzet van Ouderenzorg Teams en ondersteunende acties in de thuissituatie zoals aanpassingen in huis en inzet van verpleging en verzorging thuis (rapport Business case SamenOud).

**SAMENOUW: SAMEN VERDER**

Er heerst veel enthousiasme over SamenOud bij alle belanghebbenden: ouderen, zorgfinanciers en zorgaanbieders. Partijen zoeken gezamenlijk naar mogelijkheden voor (financiële) borging.

**Dankwoord**

SamenOud wordt gefinancierd door het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Met dank aan het SamenOud-team. Bij de uitvoering van SamenOud zijn verder betrokken: Zorggroep Meander, Tinten welzijnsgroep, zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis, de gemeenten Veendam, Pekela en Stadskanaal en 15 huisartsen.

**LITERATUUR**

1. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(6):64-78.
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 2002;288(14):1775-9.
3. Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, editors. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. 1st ed. Maidenhead, Berkshire (VK): 2008:64-91.
4. Wynia K, Annema C, Nissen H, Keyser J de, Middel B. Design of a randomised controlled trial (RCT) on the effectiveness of a Dutch patient advocacy case management intervention among severely disabled Multiple Sclerosis patients. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:142.
5. Peters LL, Boter H, Slaets JP, Buskens E. Development and measurement properties of the self assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. *J Psychosom Res*. 2013;74(6):518-22.
6. Peters LL, Boter H, Buskens E, Slaets JP. Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(6):546-51.