

# **‘Raamwerk Persoonsgerichte en Geïntegreerde dienstverlening aan ouderen’ voor het ondersteunen van de transformatie in zorg en ondersteuning**

K. (Klaske) Wynia †, S.A. (Menno) Reijneveld

Afdeling Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen

Postbus 30.001, 9700RB Groningen

Groningen, maart 2019

## **Samenvatting**

Het huidige zorgsysteem staat onder druk door het toenemende aantal ouderen die (ook) ouder worden en toenemend zorg en ondersteuning nodig hebben. De Rijksoverheid heeft daarom een transformatie naar een nieuw zorgstelsel met persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening begin 2015 in gang gezet met de transitie van verantwoordelijkheden naar gemeenten. Deze transformatie is in volle gang.

Dit artikel presenteert het raamwerk ‘Persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening’ dat tot doel heeft deze transformatie te ondersteunen. Dit raamwerk is gebaseerd op het *‘Integrated and people-centred health services framework’* van de World Health Organization dat is vertaald naar de Nederlandse situatie. Er worden drie organisatieniveaus onderscheiden: 1) Transformatie op microniveau met de focus op eigen regie van de oudere en ondersteuning daarbij door professionals; 2) Integratie op mesoniveau met de focus op duurzame samenwerkingsverbanden tussen aanbieders en financiers van zorg en welzijn; en 3) Leiderschap op macroniveau met een faciliterende en regisserende rol van de overheid. Een eerste verkenning onder vertegenwoordigers van relevante partijen (n=50) op micro en mesoniveau laat zien dat er een vrijwel unaniem draagvlak bestaat voor dit raamwerk. Partijen zien het raamwerk als ‘richtinggevend’ en stellen een ‘programmatische aanpak’ voor met een ‘centrale positie voor ouderen’.

## **Trefwoorden**

Ouderen, Persoonsgericht, Geïntegreerd, Dienstverlening, Transformatie.

## **Kernpunten**

- Wereldwijd groeit de overtuiging dat dienstverlening gebaseerd op persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning leidt tot meer kwaliteit, financieel duurzamer is, en beter aansluit op individuen en gemeenschappen.
- De transformatie naar persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening is in volle gang. Dit vereist nieuwe rollen en vaardigheden van beleidsmakers, professionals, onderzoekers én burgers.
- Wij presenteren een raamwerk voor persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening in Nederland dat aansluit bij deze wereldwijde ontwikkeling. Dit raamwerk is gericht op eigen regie van ouderen, integratie van zorg en welzijn, en leiderschap van overheden.
- Vertegenwoordigers van partijen zijn van mening dat het raamwerk de transformatie kan ondersteunen en zien kansen het transformatieproces te versnellen: men kan en wil met het raamwerk aan de slag.

## **Inleiding**

Wereldwijd groeit het aantal ouderen snel. Het aantal mensen van 65 jaar en ouder zal in 2060, in landen van de Europese Unie, ongeveer 30% zijn. In 2008 was dat 17%.<sup>[1]</sup> In Nederland zal het aantal mensen in de leeftijd 65 jaar en ouder stijgen van 2,7 miljoen in 2012 naar 4,7 miljoen in 2040. In 2040 zal ongeveer 26% van de Nederlandse bevolking 65 jaar en ouder zijn, vergeleken met 16% in 2012.<sup>[2]</sup> Tegelijkertijd stijgt de gemiddelde levensverwachting terwijl de gezonde levensverwachting daarbij achterblijft. Bijna een kwart van de 75-plussers heeft vier of meer chronische aandoeningen, 38,6% is beperkt in het bewegen en 30,4% heeft minstens één beperking in activiteiten van het dagelijks leven.<sup>[2]</sup> Ouderen wonen vaker zelfstandig en ook vaker alleen. Niet alleen medische maar ook sociale problemen nemen toe. Het aantal eenzame ouderen stijgt. Een deel van de ouderen bevindt zich, door een opeenstapeling van chronische aandoeningen en andere medische en sociale problemen, in een kwetsbare situatie. Deze groep wordt groter in de toekomst. Door deze ontwikkelingen ontstaat er meer druk op zowel de formele als de informele zorg.<sup>[3]</sup>

### *Zorgsysteem steeds meer onder druk*

Wereldwijd worden samenlevingen geconfronteerd met aanhoudende groei van de zorgkosten doordat mensen steeds ouder worden en de ziektelast van chronische aandoeningen toeneemt die complexe langdurig kostbare interventies vereisen.<sup>[4,5]</sup> In Nederland hebben organisatorische en financiële barrières de fragmentatie van eerste- en tweedelijnszorg en gezondheidszorg en welzijn doen toenemen. Coördinatie van zorg en ondersteuning wordt steeds complexer. De zorguitgaven stijgen met gemiddeld 2,9 procent per jaar tot 174 miljard euro in 2040. Dat is een verdubbeling ten opzichte van 2015. Een-derde deel van deze groei komt door vergrijzing en groei van de bevolking, twee-derde door andere factoren zoals technologische ontwikkelingen.<sup>[3]</sup>

Kortom: het huidige zorgsysteem staat toenemend onder druk; ingrijpende maatregelen zijn nodig om de kwaliteit van zorg te waarborgen en kosten te beheersen.

### *Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning biedt oplossingen*

De overtuiging groeit dat een zorgsysteem gebaseerd op persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning leidt tot meer kwaliteit, financieel duurzaam is, en beter aansluit op individuen en gemeenschappen<sup>[4,6]</sup>; zie Box 1 voor definities. Onderzoek laat zien dat deze zorgsystemen de toegang tot zorg verbeteren, de betrokkenheid en gezondheidsvaardigheden (health literacy) van mensen doen toenemen, een preventief effect hebben, en effectiever zijn en minder kosten genereren.<sup>[7]</sup> Ook in Nederland werd onderzoek verricht, onder andere binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO).<sup>[8]</sup> Zo laten resultaten van de Embrace-studies (SamenOud) zien dat ouderen zich veilig en geborgen voelen en meer eigen regie ervaren, terwijl de ervaren kwaliteit van zorg toeneemt en kosten gelijk blijven of zelfs dalen, ook op de lange termijn.<sup>[9,10,11]</sup>

De fase van experimenten en onderzoeken maakt steeds meer plaats voor een fase van daadwerkelijke transformatie naar een nieuw zorgsysteem met persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening voor alle burgers.<sup>[6]</sup>

### *Transitie en transformatie*

In Nederland heeft de Rijksoverheid het voortouw genomen in de transformatie naar een nieuw persoonsgericht en geïntegreerd zorgsysteem. Per 1 januari 2015 is de verantwoordelijkheid voor ondersteuning en begeleiding gedecentraliseerd naar gemeenten. Gemeenten kregen daarbij de opgave een 'integraal en samenhangend beleid' te voeren waarbij ondersteuning op maat dichtbij de

burger wordt georganiseerd. Deze decentralisatie wordt ook wel aangeduid met de term transitie. Nu deze transitie van verantwoordelijkheden is gerealiseerd is de transformatie naar een persoonsgericht en geïntegreerd beleid in volle gang en zoeken organisaties en financiers van zorg en welzijn naar passende oplossingen. Er is nog weinig inzicht in hoe effectief dit beleid is. Om echt een slag te kunnen slaan met integraal beleid is een andere manier van werken nodig. Dit vereist nieuwe rollen en vaardigheden van beleidsmakers, professionals, onderzoekers én burgers.[3]

### **Box 1** Definities persoonsgerichte en geïntegreerde zorg

*Persoonsgerichte zorg\** (*people-centred care*) stelt de perspectieven van individuen centraal en komt tegemoet aan hun behoeften en voorkeuren, vereist dat mensen toegerust zijn en de steun krijgen die ze nodig hebben om beslissingen te nemen en deel te nemen in hun eigen zorg, en is georganiseerd rond de gezondheidsbehoeften en verwachtingen van mensen in plaats van ziekten.[4]

*Persoonsgerichte zorg\** (*person-centred care*) is een benadering van professionals en organisaties die de persoon zien als een geheel met vele 'niveaus' van behoeften en doelstellingen, waarbij deze behoeften voortkomen uit de eigen persoonlijke sociale determinanten van gezondheid.[6]

*Geïntegreerde gezondheidsdiensten* (*integrated health services*) zijn gezondheidsdiensten die zo georganiseerd zijn en verleend worden dat mensen een continuüm ervaren van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling, revalidatie en palliatieve zorg, op de verschillende niveaus en locaties binnen het zorgstelsel, die aansluit op hun behoeften tijdens hun gehele levensloop.[4]

\* In Nederland wordt de term persoonsgerichte zorg gebruikt voor zowel *people-centred care* als voor *person-centred care*.

### *Doelstelling*

Doel van dit artikel is het 'Raamwerk voor persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening aan ouderen' (zie bijlage) te presenteren en het ontwikkeltraject kort toe te lichten. Doel van het raamwerk is de transformatie naar een nieuwe vorm van dienstverlening te ondersteunen. Het beschrijft waarden en normen in de zorg voor (kwetsbare) ouderen, geeft helderheid aan ouderen en professionals, en biedt handvatten voor bestuurlijke verantwoording.

Het raamwerk is het resultaat van een verkennende studie die werd uitgevoerd in opdracht van het NPO. Deze studie was gericht op het ontwikkelen van een concept 'Kwaliteitsstandaard Persoonsgerichte en Geïntegreerde Ouderenzorg', en een verkenning van het draagvlak met inventarisatie van kansen en potentiële knelpunten bij de realisering ervan in de praktijk.[13] Deze titel is, op basis van de uitkomsten van de verkenning, inmiddels achterhaald. Reden om te spreken van een 'Raamwerk Persoonsgerichte en Geïntegreerde dienstverlening aan ouderen'. In dit artikel wordt deze nieuwe titel gehanteerd.

### **Methoden**

De verkennende studie bestond uit drie onderdelen:

- Deel 1 beoogde een eerste beschrijving te geven van de 'contouren en kenmerken' van het raamwerk
- Deel 2 had tot doel het draagvlak voor deze eerste beschrijving van het raamwerk te verkennen en kansen en potentiële knelpunten bij het realiseren ervan te inventariseren met relevante partijen die het uiteindelijke raamwerk (verder) moeten ontwikkelen en implementeren.[14,15]
- Deel 3 had tot doel, bij voldoende draagvlak, een plan voor vervolgstappen te formuleren.

De studie had het karakter van een 'empirisch ontwikkelmethode' met als doel betrokken partijen zo optimaal mogelijk te betrekken, waarbij vooraf de uitkomsten van de afzonderlijke onderdelen van de studie uiteraard niet bekend waren. Daarom werd een volgend onderdeel van de studie steeds geconcretiseerd op basis van bevindingen van het voorafgaand afgerond deel. Tijdens de projectperiode adviseerden medewerkers van het Zorginstituut Nederland, het consortium BeterOud en het ministerie van VWS. De leden van de programmacommissie NPO werden tussentijds geïnformeerd over de voortgang en advies gevraagd. De looptijd van het project was zes maanden (februari tot augustus 2018) en is verlengd tot oktober 2018.

## Resultaten

### **Deel 1: Beschrijven van het raamwerk**

Voor het beschrijven van het raamwerk werd een uitgebreid desk research gedaan, werden congressen bijgewoond en vonden gesprekken met deskundigen plaats. Deze activiteiten leidden tot de volgende bevindingen en besluiten:

- Als basis voor het raamwerk dient het *evidence based 'Framework on integrated people-centred health services'* van de WHO met een (wereldwijd) gedragen en overstijgende visie.[6]
- Voor het formuleren van 'waarden en normen van zorg voor (kwetsbare) ouderen' bieden diverse documenten handvatten, zoals het rapport van de taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?'[16] en de Volksgezondheid Toekomst Verkenning [3], en het 'World report on Ageing and Health'[12].

Op basis van deze bronnen werd het conceptdocument met het concept raamwerk opgesteld dat bestaat uit een inleiding wat betreft visie en doel, positie en reikwijdte, contouren en kenmerken van het raamwerk

#### *Visie en doel*

Uitgangspunt van het raamwerk is de persoon van de oudere en diens wensen en behoeften bij het ouder worden centraal staan- ongeacht zijn/haar gezondheidstoestand en verblijfplaats (thuis, ziekenhuis of verpleeghuis). Doel is het welbevinden en de (positieve) gezondheid van de oudere te behouden, liefst te bevorderen. Hierbij past de visie: "Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning aan ouderen beoogt een toekomst waarin alle ouderen samenhangende zorg en ondersteuning ontvangen die aansluit op hun levensloopbehoeften en voorkeuren, en veilig, effectief, tijdig, efficiënt en van aanvaardbare kwaliteit is". Dit is conform de visie van het *Integrated people-centred health services framework*. [6] Deze visie impliceert dat bij de transformatie naar persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning aan ouderen, het *microniveau* het uitgangspunt is voor het organiseren van zorg en ondersteuning, en daarmee ook bij het formuleren van de kenmerken van het raamwerk. Het *meso- en macroniveau* zijn voorwaardenscheppend voor de primaire processen op het microniveau. Zij vraagt om het anders organiseren van de zorg en ondersteuning.

#### *Positie en reikwijdte*

Gelet op de hierboven beschreven visie overstijgt en verbindt het raamwerk de verschillende professies, domeinen (maatschappelijke dienstverlening en zorg), organisaties (voor zorg en welzijn) en financieringsstromen (Zvw, Wlz en WMO) die betrokken zijn bij de dienstverlening aan ouderen. Het raamwerk onderscheidt zich daarmee van kwaliteitsstandaarden, kwaliteitskaders en

zorgstandaarden. Zo is het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gericht op een specifiek locatie en de ouderen die daar verblijven, is het kwaliteitskader Wijkverpleging gericht op een specifieke professie en de cliënten aan wie zij zorg verlenen, en richten zorgstandaarden zich op een bepaald ziektebeeld, zoals dementie.

### *Contouren*

In het raamwerk zijn de kenmerken, gerelateerd aan deze doelgroepen en partijen, uitgewerkt op drie organisatieniveaus; dat levert de contouren van het raamwerk (Box 2). Daarbij gaat het om:

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

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

### **Box 2** Contouren van het raamwerk op drie organisatieniveaus.

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

Op microniveau vindt de transformatie plaats van 'medisch gerichte zorg' naar 'persoonsgerichte zorg'. Kenmerkend voor persoonsgerichte zorg is dat wensen en behoeften van de oudere centraal staan bij het organiseren van de zorg en ondersteuning. De oudere neemt actief deel in het bepalen en organiseren van de eigen zorg en ondersteuning en voert daarbij de regie. Dat vereist dat ouderen daartoe toegerust zijn, door bijvoorbeeld training en opleiding, en de steun krijgen die ze nodig hebben om beslissingen te nemen en deel te nemen in de eigen zorg (WHO definitie).[4] Professionals van verschillende disciplines realiseren gezamenlijk persoonsgerichte zorg en ondersteuning die aansluit aan de wensen en behoeften van de ouderen, en ondersteunen ouderen zodat zij actief kunnen deelnemen aan het bepalen en organiseren van de eigen zorg en ondersteuning.

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

Organisaties stellen professionals in staat persoonsgerichte zorg en ondersteuning te organiseren en te realiseren die aansluit op de wensen en behoeften van de ouderen. Samen met andere organisaties creëren zij de voorwaarden voor een gezamenlijk zorgaanbod en maken afspraken over de gezamenlijke verantwoordelijkheden. De belangen van de persoonsgerichte zorg en de gezamenlijke (samenwerkende) organisaties wegen daarbij zwaarder dan de belangen van de afzonderlijke organisaties.

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

#### **Integratie op macroniveau: landelijke overheid**

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

## Kenmerken

Binnen de contouren zijn de kenmerken van het raamwerk uitgewerkt voor de betrokken 'partijen' (Box 3). Ze beschrijven 'wat' er kenmerkend is voor persoonsgerichte zorg en ondersteuning aan ouderen (microniveau) en 'wat' voorwaarden zijn op meso- en macroniveau om de persoonsgerichte zorg en ondersteuning op microniveau te realiseren. Ze beschrijven niet 'hoe' partijen deze een en ander moeten realiseren. Partijen maken zelf keuzes voor de meest effectieve en efficiënte wijze van realisatie van een kenmerk binnen de eigen context.

**Box 3** Kenmerken van het raamwerk voor de drie organisatieniveaus uit de presentatie aan partijen.

### **Transformatie op microniveau**

Interacties tussen de oudere, professionals en vrijwilligers. Doel: welbevinden en (positieve) gezondheid van ouderen ongeacht hun gezondheid en verblijfplaats.

#### *Kenmerken oudere (en naaste)*

o.a. voert de regie over de eigen gezondheid, bij het organiseren van de zorg en ondersteuning, en over het eigen dossier (PGD); neemt actief deel aan zelfmanagement support en preventieprogramma's; formuleert en evalueert doelen en acties in het zorgleefplan.

#### *Kenmerken professionals*

o.a. begeleiden en ondersteunen van de oudere bij voeren eigen regie en zelfredzaamheid; vaststellen actuele risicoprofiel ouderen; verlenen van casemanagement; rapporteren in PGD; organiseren en verlenen preventieve en proactieve zorg en begeleiding: individueel en in groepsprogramma's, (advanced) care planning, organiseren en ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers; participeren in buurt/wijk/kernteams; etc..

### **Integratie op mesoniveau**

In de interactie tussen domeinen, organisaties en financiers.

#### *Kenmerken organisaties voor zorg en welzijn:*

o.a. duurzame samenwerkingsafspraken tussen organisaties over: organisatie van (preventieve en proactieve) persoonsgerichte en geïntegreerde ondersteuning en zorg; verantwoordelijkheden, beleid en bestuur (governance); financiering; waarborgen kwaliteit en veiligheid (intern toezicht); veilig wonen en communicatie (ICT).

*Kenmerken financiers voor zorg en welzijn:* o.a. duurzame samenwerkingsafspraken over de financiering van zorg en welzijn; erop toezien dat *alle ouderen* in de regio passende preventieve en proactieve zorg en ondersteuning krijgt.

### **Leiderschap op macroniveau**

Leiderschap door de overheid als 'aanjager' van- en voorwaardenstellend voor de transformatie.

*Kenmerken:* o.a. ontwikkelen nieuwe vormen van financiering; bieden van perspectief aan organisaties; realiseren persoonlijke gezondheidsomgeving PGO / PGD; extern toezicht (inspectie); ondersteunen en stimuleren van onderwijs, onderzoek en ontwikkeling.

## **Deel 2: Verkennen draagvlak en inventariseren van kansen en knelpunten**

Vervolgens is het draagvlak verkend en zijn de kansen en potentiële knelpunten geïnventariseerd in een raadpleging van alle bij het raamwerk betrokken partijen. Uitgaande van het 'tripartite' principe

werden zoveel als mogelijk vertegenwoordigers van ouderen, betrokken beroepsgroepen en organisaties van zorg en welzijn, en financiers van zorg en welzijn geïnformeerd en geraadpleegd. Vanwege hun specifieke deskundigheid en betrokkenheid, werden ook onderzoekers en adviseurs geconsulteerd. De raadpleging bestond uit drie delen: 1) De presentatie van de visie, contouren en kenmerken van het raamwerk door de onderzoeker; 2) Gesprek van de onderzoeker met de vertegenwoordigers; 3) Een schriftelijke vragenlijst voor de vertegenwoordigers die de presentatie bijwoonden.

### *Presentatie en gesprekken*

De presentatie had steeds dezelfde inhoud en bestond uit een inleidend deel met de opdracht, het doel van de bijeenkomst en de presentatie van het concept raamwerk. Aansluitend vond steeds een gesprek plaats waarin de vertegenwoordigers 1) reflecteerden op het concept raamwerk, 2) de kansen en potentiële knelpunten benoemden, en 3) adviezen gaven voor de verdere ontwikkeling en implementatie van het raamwerk. Bijna alle presentaties en gesprekken werden, met toestemming van de deelnemers, opgenomen. Presentaties en besprekingen vonden zoveel mogelijk in groepsverband plaats maar ook tijdens één op één (twee of drie) ontmoetingen. Het concept raamwerk werd gepresenteerd aan- en besproken met in totaal vijftig personen, waarvan acht vertegenwoordigers van ouderen (O), twaalf vertegenwoordigers van organisaties in de zorg (Z), negen vertegenwoordigers van organisaties voor welzijn (Sociaal Werk) (SW), zes vertegenwoordigers van de financiers van zorg en welzijn (F), en vijftien vertegenwoordigers van onderzoek en ontwikkeling (O&O). Alle deelnemers aan de presentaties en gesprekken zegden toe de vragenlijst in te vullen.

### *Vragenlijsten*

Aan de vragenlijsten waren twee documenten toegevoegd: de presentatie en een uitgebreide beschrijving van het concept raamwerk. Respondenten kregen twee weken de tijd te reageren. Non-respondenten kregen een reminder. De response was 84% (42 van de 50 vertegenwoordigers van partijen). Vertegenwoordigers werd gevraagd te reageren namens de organisatie die zij vertegenwoordigden. Een beperkt aantal deelnemers gaf aan op persoonlijke titel te reageren. De reacties op de vragenlijst worden weergegeven per 'categorie' vertegenwoordigers (Tabel 1). Dit is een andere indeling dan waarin de gesprekken plaats vonden. Bij de verslaglegging werden de gemeenschappelijke opvattingen zo goed mogelijk beschreven en geïllustreerd met passende citaten. Geluidsopnamen, gemaakt bij de gesprekken, werden gebruikt wanneer deelnemers aangaven dat dit hun voorkeur had boven het zelf invullen van de vragenlijst, of in combinatie met het invullen.

**Tabel 1** Response op de vragenlijsten per groep vertegenwoordigers

Groep	Aantal vertegenwoordigers (n)	Response vragenlijst (n, (%))
Ouderen (O)	8	7 (88)
Sociaal werk / Welzijn (SW)	9	8 (89)
Zorg (Z)	12	10 (83)
Financiers (F)	6	5 (83)
Onderzoek & Ontwikkeling (O&O)	15	12 (80)
	<b>50</b>	<b>42 (84)</b>

De volgende reacties op de vragen werden ontvangen. Voor het verkennen van het **draagvlak** werd respondenten gevraagd: “Moet een dergelijk raamwerk er komen? Wat betreft de doelstelling en wat betreft de voorgestelde contouren en de uitwerking?”. De reactie van de vertegenwoordigers van alle groepen was vrijwel unaniem: het raamwerk moet er zeker komen. De contouren en kenmerken werden gezien als een ‘richtinggevend’, als ‘routekaart’, om ‘eenheid in de doelstelling’ te bereiken en als hulpmiddel ‘om kwaliteit’ te bereiken. Illustratieve uitspraken zijn:

- “Het is heel erg belangrijk dat er meer eenheid/lijn komt wat doelstellingen en contouren betreft.” (O)
- “De uitwerking geeft richting en kaders voor een (gezamenlijke) ontwikkeling.” (SW)
- “Een routekaart met wat nodig is om het einddoel te bereiken.” (Z)
- “Zo wordt duidelijk waar de implementatiekracht moet liggen op de verschillende niveaus.” (Z)
- “Een raamwerk is belangrijk en essentieel.” (F)
- “Dit kan helpen bij de kwaliteitsontwikkeling van geïntegreerde zorg voor ouderen.” (O&O)

Op de vraag naar **kansen** geven respondenten aan dat het raamwerk de transformatie kan stimuleren en ondersteunen door, onder andere, het verbinden van domeinen en professies, regie van ouderen, het bundelen van en versterken van ontwikkelingen, en het evalueren van ontwikkelingen in de praktijk. Illustratieve uitspraken zijn:

- “De ‘tijd is er rijp voor’ om de regie in handen van de burger/cliënt te geven. (O)
- “Dat de gewenste verbinding tussen zorg en welzijn voor ouderen een 'formele' plek krijgt, in een gezamenlijk kader voor diverse beroepsgroepen.” (SW)
- “Kans om klacht en kracht van de burger/oudere als vertrekpunt en perspectief voor verbetering / verandering te zien.” (Z)
- “Kans om ervaringen op nationaal en internationaal niveau, en evidence based interventies te gebruiken voor de transformatie.” (Z)
- “Het bundelen en versterken van het grote aantal initiatieven in de praktijk.” (O&O)
- “Aan de hand van het raamwerk kan de praktijk zich spiegelen: zijn we met de goede dingen bezig?” (O&O)

Als **potentiele knelpunten** bij verdere ontwikkeling en implementatie van het raamwerk zien de respondenten vooral knelpunten in de veranderbereidheid van organisaties en de traagheid in ICT-ontwikkelingen, maar ook de verbinding tussen de drie organisatieniveaus. Speciale aandacht vragen vertegenwoordigers van vrijwel alle groepen voor de kwetsbaarheid van de ouderen als het gaat om het voeren van de eigen regie, maar ook bij het realiseren van het raamwerk. Illustratieve uitspraken zijn:

- “De kwetsbaarheid en mate van geletterdheid van de doelgroep.” (O)
- “Dat het niet genoeg gaat 'leven'”. (SW en F)
- “Vooral de hardnekkigheid van het systeemdenken, de huidige regelgeving, en het gaan voor het eigen belang boven het algemeen belang.” (Z)
- “Het gebrek aan gevoel van urgentie bij instellingen.” (Z)
- “Het feit dat de ICT ontwikkeling met één gedeeld dossier niet opschiet.” (Z)
- “Belemmeringen op mesoniveau liggen op macroniveau: zorg voor de juiste prikkels om samen te werken.” (O&O)



### **Deel 3: Plan voor vervolg**

Het laatste deel van de opdracht was om bij voldoende draagvlak een plan te formuleren voor het verder ontwikkelen en implementeren van het raamwerk. Hiervoor werd de vertegenwoordigers van partijen tijdens de gesprekken en in de vragenlijst om advies gevraagd. De adviezen wijzen in de richting van een programmatische aanpak met veel aandacht voor draagvlak.

Illustratieve adviezen zijn:

- "Een breed gedragen plan van aanpak, zodat er van het begin af aan draagvlak is." (O).
- "Betrek op gebiedsniveau maximaal wat al aan infrastructuur en initiatieven aanwezig is." (O)
- "De implementatie zal een programmatisch aanpak vragen waarbij op verschillende lijnen een voortdurende afstemming nodig is." (SW)
- "Zorg ervoor dat organisaties van zorg en welzijn in hun strategische keuzes nog meer gedwongen worden efficiënte en doelmatige (integrale) zorg te organiseren." (Z).
- "Productieprikkels zo inrichten dat ze op microniveau ondersteunen." (O&O)
- "Er moet een soort 'platform' komen waarop je goede voorbeelden uitwisselt, en een paar programma's waarin aangegeven wordt welke kant het opgaat. VWS is daar mee bezig." (O&O)
- "Vorm de genoemde knelpunten om tot kansen." (SW)

Vertegenwoordigers van partijen vroegen specifieke aandacht voor de rol van de ouderen bij het realiseren van het voorgestelde raamwerk. Eensgezind is men van mening dat ouderen een centrale rol moeten krijgen. Voorbeelden van uitspraken in die richting:

- "Een brede betrokkenheid van ouderen als integraal onderdeel van het plan van aanpak." (O)
- "Het is een kans om daadwerkelijk in echte co-creatie of co-design met de ouderen te werken." (Z)
- "Belangrijk om stem van de oudere hierin zwaar mee te laten wegen. De rest is hieraan ondergeschikt." (O&O)

Partijen gaven ook aan dat het raamwerk in de huidige vorm als uitgangspunt kan dienen. Op basis van ervaringen in de praktijk kan dit vervolgens jaarlijks aangepast en aangevuld worden.

Uitgangspunten van deze programmatische aanpak zijn:

- Het tegelijkertijd realiseren van kenmerken van het raamwerk op de drie organisatieniveaus, immers alle onderdelen hangen nauw samen.
- Gebruiken maken van wat er al is en aansluiten bij actuele ontwikkelingen.

De adviezen vormden het uitgangspunt voor het 'plan voor het vervolg'. Een programmatische (ontwikkel)aanpak zou kunnen bestaan uit drie kernstructuren:

- '**Proefregio's**' waarbinnen aanbieders en financiers van zorg en welzijn gezamenlijk de kenmerken van het raamwerk op systematische wijze realiseren;
- Een '**ondersteuningsstructuur**' voor de proefregio's die de professionals en organisaties ondersteunt bij het realiseren van de kenmerken van het raamwerk;
- Een '**landelijk platform**' waarin de proefregio's verbonden worden en waar ontwikkelingen gecoördineerd en geëvalueerd worden. Het platform kan het raamwerk jaarlijks herzien en aanvullen waar nodig.

Draagvlak en haalbaarheid van een dergelijke structuur moeten verder verkend worden.

## Discussie en conclusie

Doel van de studie was het ontwikkelen van een raamwerk voor persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening aan ouderen voor te bereiden. Dit om de transformatie naar een nieuwe dienstverlening te ondersteunen, consensus te bereiken over waarden en normen in de zorg voor (kwetsbare) ouderen, helderheid te scheppen voor ouderen en professionals, en handvatten te bieden voor bestuurlijke verantwoording. De geschetste contouren en kenmerken sluiten aan bij het '*person-centred and integrated health services framework*' van de WHO, uitkomsten van (wetenschappelijke) studies en actuele ontwikkelingen. Het draagvlak, kansen en potentiële knelpunten bij het realiseren van een dergelijke raamwerk werden verkend. De reacties van vertegenwoordigers van ouderen, sociaal werk, zorg, financiers, onderzoek en beleid zijn als volgt samen te vatten:

- Het raamwerk wordt vrijwel unaniem gedragen: het biedt eenheid in doelstelling, geeft richting aan ontwikkelingen en kan bijdragen aan de transformatie naar persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening aan ouderen.
- Men ziet belangrijke potentiële kansen voor het raamwerk: het verbindt organisaties en professionals, biedt een kans om *evidence based* interventies toe te passen, en helpt de evaluatie van ontwikkelingen.
- Men ziet potentiële knelpunten in de kwetsbaarheid van ouderen, de veranderbereidheid van organisaties en de traagheid in ICT-ontwikkelingen.

In het algemeen is er, onder geconsulteerde vertegenwoordigers van partijen, veel draagvlak voor het raamwerk en commitment aan de contouren en kenmerken. Partijen adviseren een brede programmatische aanpak voor het realiseren van het raamwerk met veel aandacht voor draagvlak en een centrale rol voor ouderen. Netwerken van ouderen, professionals, aanbieders en financiers van zorg en welzijn kunnen gezamenlijk het raamwerk gebruiken bij de transformatie naar persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening. In bredere zin is dit raamwerk ontwikkeld voor ouderen, maar valt het ook te omschrijven voor andere doelgroepen zoals jeugd en chronisch zieken. Ook voor deze groepen kan een raamwerk helpen de transformatie in de dienstverlening doel en richting te geven en kansen te benutten. Tot slot is het goed ons te realiseren dat Nederland deel uit maakt van een wereldwijde transformatie in de dienstverlening. Met het raamwerk sluit Nederland goed aan in deze ontwikkeling.

**Concluderend** is er veel draagvlak bij de deelnemers voor een raamwerk 'Persoonsgerichte en Geïntegreerde dienstverlening aan ouderen' dat is gericht op regie bij de ouderen, integratie van zorg en welzijn, en leiderschap van overheden. Dit raamwerk kan goed de verdere transformatie van de zorg en ondersteuning aan ouderen ondersteunen.

## Dankwoord

Voor hun bijdragen aan deze studie wil ik bedanken: de ouderen van de Werkplaats ouderen, in het bijzonder Miranda Wesselink en Anjo Geluk; Sociaal Werk Nederland, in het bijzonder Nienke Kuyvenhoven; projectgroep InEen in het bijzonder Peter van Linschoten; de Drentse Alliantie integrale zorg voor ouderen, in het bijzonder Jaap ter Velde; onderzoekers van meerdere zorginstututen en organisaties van zorg en welzijn, en zorgverzekeraars; de leden van de NPO-commissie en programma secretaris Rosalie Hendriks; de adviseurs van het Zorginstituut Nederland, in het bijzonder Carel Mastenbroek; de medewerkers van VWS, in het bijzonder Pieter Roelfsema; het consortium BeterOud, in het bijzonder Marjan Hurkmans. In de eindrapportage van de verkennende studie worden allen bij naam genoemd. Speciale dank gaat uit naar mijn naaste collega's: Sophie De Reus-Spoorenberg en Berry Kremer.

## Literatuur

1. Eurostat. Europe in figures. Eurostat yearbook 2010. 1st ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. <http://statline.cbs.nl/Statweb/dome/default.aspx>.
3. Hilderink HBM, Verschuuren M. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese*. Rapport 2018-0030. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven.
4. World Health Organization (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Geneva: World Health Organization.
5. Bloom, D.E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., Rosenberg, L., Smith, J.P. (2015). *Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses*. Lancet 385 (9968): 649-57.
6. World Health Organization (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services*. Geneva: World Health Organization.
7. World Health Organization (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report*. Geneva: World Health Organization
8. Smit L.C., Schuurmans M.J., Blom J.W., Fabbriotti I.N., Jansen A.P.D., Kempen G.I.J.M., Koopmans R, Looman W. M., Melis R. J. F., Metzelthin S. F., Moll van Charante E. P., Muntinga M. E., Ruikes F. G. H., Spoorenberg S. L. W., Suijker J. J., Wynia K., Gussekloo J., De Wit N. J., Bleijenberg N. (2018). *Unravelling complex primary care programmes to maintain independent living in older people: A systematic overview*. Journal of Clinical Epidemiology. 96:110-119.
9. Spoorenberg, S.L.W., Wynia, K., Fokkens, A.S., Slotman, K., Kremer, H.P.H., & Reijneveld, S.A. (2015). *Experiences of Community-Living Older Adults Receiving Integrated Care Based on the Chronic Care Model: A Qualitative Study*. PLoS ONE, 10(10), 21p. [0137803].
10. Uittenbroek, R.J., Kremer, H.P.H., Spoorenberg, S.L.W., Reijneveld, S.A., Wynia, K. (2017). *Integrated Care for Older Adults Improves Perceived Quality of Care: Results of a Randomized Controlled Trial of Embrace*. Journal of General Internal Medicine. May; 32(5), 516-523.
11. Spoorenberg, S.L.W., Wynia, K., van Asselt, A.D.I., Jager, M., Kremer, H.P.H. (2018). *SamenOud in Zuidoost-Drenthe. Uitkomsten voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten na 12 en 24 maanden*. SamenOud, Universitair Medisch Centrum Groningen. Groningen.
12. World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
13. Wynia, K. en Spoorenberg, S.L.W. (2017). *Plan van aanpak voor de 'Vorbereidingsfase' voor het ontwikkelen van de 'Kwaliteitsstandaard Persoonsgerichte en Geïntegreerde Ouderenzorg'*. Subsidieaanvraag ZonMw met Projectnummer: 633300028. Universitair Medisch Centrum Groningen. Groningen.
14. Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA) (2014). *Leidraad voor kwaliteitsstandaarden*. Zorginstituut Nederland, Diemen
15. Hilbink, M., Ouwens, M., Kool, T. (2013). *De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen*. Scientific Institute for Quality of Healthcare. UMC St Radboud, Nijmegen.
16. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? Rapport van de Taskforce*. Den Haag.  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

## **‘Framework person-centred and integrated health services to older adults’ to support the transformation in care and support**

### **Abstract**

The current health care system is increasingly insufficient for the increasing number of older adults who (also) get older with increasing care and support needs. The national Government has therefore started the transformation to a new health care system with personalized and integrated health services in 2015 with the transition of responsibilities to municipalities. This article presents the 'person-centred and integrated health services framework' to support the transformation. This framework is based on the 'Integrated and people-centred health services framework' of the World Health Organization that is translated to the Dutch situation. The Dutch framework recognizes three organizational levels: 1) transformation on the micro level, with the focus self-management of the older adults and support by professionals; 2) integration on a meso level with the focus on sustainable partnerships between providers and funders of health and well-being; and 3) leadership at the macro level with a facilitating and directing role of the Government. From the first exploration under representatives of relevant parties on micro and meso level (n=50), it became clear that there is an almost unanimous support for this framework. Parties see the framework as helpful in 'leading the way' and suggest a 'programmatic approach' with a 'central position for older adults' in realizing this framework.

### **Keywords**

Older adults, People-centred, Integrated, Health services, Transformation.

## Bijlage

# Raamwerk persoonsgerichte en geïntegreerde dienstverlening aan ouderen

## Achtergrond

Dit raamwerk is het resultaat van de verkennende studie die werd uitgevoerd in opdracht van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). De studie was gericht op het ontwikkelen van een concept van, wat aanvankelijk heette, de 'Kwaliteitsstandaard Persoonsgerichte en Geïntegreerde Ouderenzorg'. Het concept van 6 juni 2018 werd tijdens een uitgebreide verkenning voorgelegd aan 50 vertegenwoordigers van relevante partijen (ouderen, zorg, sociaal werk, financiers en onderzoekers) om het draagvlak te verkennen en van kansen en potentiële knelpunten te inventariseren bij het realiseren van het raamwerk in de praktijk.[1] Medewerkers van het Zorginstituut Nederland, het consortium BeterOud, het ministerie van VWS, en van de programmacommissie NPO adviseerden voorafgaand aan, en tijdens de projectperiode.

Op basis van de uitkomsten van de verkennende studie is de titel aangepast in 'Raamwerk Persoonsgerichte en Geïntegreerde dienstverlening aan ouderen'. In deze aangepaste versie van de notitie (28 februari 2019) is deze titel toegepast en is inleidende informatie toegevoegd die de notitie completeert. De contouren en kenmerken zijn, op advies van partijen, ongewijzigd gebleven. Aanvullingen en aanpassingen kunnen in de toekomst plaatsvinden op basis van kennis en ervaringen uit de praktijk.

## Inleiding

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

### *Doel en concept raamwerk*

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

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

- Als basis voor het beschrijven van het raamwerk dient het *evidence based 'Framework on integrated people-centred health services'* van de WHO met een (wereldwijd) gedragen en overstijgende visie.[3]
- Voor het formuleren van 'waarden en normen van zorg voor (kwetsbare) ouderen' bieden diverse documenten handvatten, zoals het rapport van de taskforce 'De juiste zorg op de juiste

plek. Wie durft?’[4] en de Volksgezondheid Toekomst Verkenning [2], en het ‘*World report on Ageing and Health*’[5].

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

#### *Visie en doel*

Uitgangspunt van het raamwerk is de persoon van de oudere en diens wensen en behoeften bij het ouder worden - ongeacht zijn/haar gezondheidstoestand en verblijfplaats (thuis, ziekenhuis of verpleeghuis). Doel is het welbevinden en de (positieve) gezondheid van de oudere te behouden, liefst te bevorderen. Hierbij past de visie: “Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning aan ouderen beoogt een toekomst waarin alle ouderen samenhangende zorg en ondersteuning ontvangen die aansluit op hun levensloopbehoeften en voorkeuren, en veilig, effectief, tijdig, efficiënt en van aanvaardbare kwaliteit is”. Dit is conform de visie van het *Integrated people-centred health services framework*. [3] Deze visie impliceert dat bij de transformatie naar persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning aan ouderen, het *microniveau* het uitgangspunt is voor het organiseren van zorg en ondersteuning, en daarmee ook bij het formuleren van de kenmerken van het raamwerk. Het *meso- en macroniveau* zijn voorwaardenscheppend voor de primaire processen op het microniveau. Zij vraagt om het anders organiseren van de zorg en ondersteuning.

#### *Positie en reikwijdte*

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

#### *Contouren van het raamwerk*

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

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

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

#### *Kenmerken van het raamwerk*

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

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

#### *Uitwerking van het raamwerk*

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

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

Op microniveau vindt de transformatie plaats van 'medisch gerichte zorg' naar 'persoonsgerichte zorg'.

Kenmerkend voor persoonsgerichte zorg is dat wensen en behoeften van de oudere<sup>1</sup> centraal staan bij het organiseren van de zorg en ondersteuning. De oudere neemt actief deel in het bepalen en organiseren van de eigen zorg en ondersteuning en voert daarbij de regie. Dat vereist dat ouderen daartoe toegerust zijn, door bijvoorbeeld training en opleiding, en de steun krijgen die ze nodig hebben om beslissingen te nemen en deel te nemen in de eigen zorg.<sup>4</sup>

#### *De oudere*

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

Wanneer er sprake is van afnemende gezondheid:

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

#### *De hulpverleners*

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

De leden van de kernteams

- monitoren het actuele risicoprofiel van de ouderen in de huisartspraktijk.

---

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

- bepalen, gebaseerd op diens risicoprofiel, de intensiteit van zorg en ondersteuning voor de oudere die kan variëren van groepsactiviteiten tot intensief casemanagement.
- bieden casemanagement aan kwetsbare ouderen met preventieve en proactieve zorg en ondersteuning bij het voeren van de eigen regie en zelfmanagement van de oudere.
- beide artsen (huisarts en specialist ouderengeneeskunde) in het kernteam ontwikkelen gezamenlijk een samenhangend medische behandelplan voor kwetsbare ouderen met als doel het gebruik van dure medisch specialistische zorg te beperken en (spoed)opnames in het ziekenhuis of verpleeghuis te voorkomen.
- werken vanuit het motto: 'generiek waar mogelijk en specifiek/specialistisch waar nodig'.
- overleggen regelmatig over afstemming en organisatie van de zorg en ondersteuning van ouderen in de huisartspraktijk.
- rapporteren en communiceren in het persoonsgehouden dossier van de oudere.
- reflecteren op het eigen functioneren en volgen trainingen om het eigen functioneren verder te verbeteren.

De casemanager (wijkverpleegkundige of sociaal werker)

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

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

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

### *Gezamenlijk zorgaanbod*

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

- Structurele monitoring van de actuele kwetsbaarheid van de individuele oudere en de lokale/regionale populatie ouderen.



- Een multidisciplinair en generalistisch kernteam onder leiding van de huisarts of specialist ouderen geneeskunde van de oudere, dat minimaal bestaat uit de huisarts, een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een sociaal werker. Het kernteam is verantwoordelijk voor het organiseren van samenhangende, preventieve en proactieve zorg, ondersteuning en medische behandeling die aansluit op de wensen, behoeften en levensloop van de oudere. Afspraken hierover zijn vastgelegd in een toegankelijk individueel zorgleefplan.
- Casemanagement (individuele ondersteuning) voor kwetsbare ouderen bij het voeren van de eigen regie en organiseren van passende zorg en ondersteuning.
- Gezamenlijke dossiervoering voor de individuele oudere (persoonsgehouden dossier).
- Besluitvorming ondersteunende middelen voor monitoring, anamnese en evaluatie van gezondheidgerelateerde problemen, hulpmiddelen voor objectivering van afzonderlijke gezondheidgerelateerde problemen, zorgpaden, etc..
- Buurtteams (of wijkteams) en vrijwilligers in de buurt die ervoor zorgen dat ouderen in de wijk blijven meetellen en sociaal, fysiek en mentaal actief blijven.
- Programma's voor preventie en ondersteuning van het zelfmanagement vermogen en de eigen regie van ouderen.

#### *Samenwerkingsafspraken tussen aanbieders van zorg en welzijn*

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

Afspraken betreffen de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor:

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

Afspraken tussen organisaties zijn vastgelegd in een juridische samenwerkingsovereenkomst.

#### *Samenwerkingsafspraken tussen financiers van zorg en welzijn*

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

## Integratie op macroniveau: landelijke overheid

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

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

## Literatuur

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