



Rapport

Evaluatie naar de proeftuinen en experimenten in de GRZ, ELV en GZSP



Colofon

Opdrachtgever: ZonMw
Auteurs: Iris Koopmans, Lotte Coenen en Lisanne Nuijen (Q-Consult Zorg)
Datum: 21 februari 2022



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Inleiding	3
1.1 Aanleiding	3
1.2 Doel van het onderzoek	4
1.3 Scope	4
1.4 Onderzoek aanpak	4
2. Proeftuinen en experimenten in beeld	6
2.1 Overzicht lopende experimenten binnen de ELV, GRZ en GZSP	6
2.2 Observatie en diagnostiek	6
2.3 Inzet geneeskundige expertise in de eerste lijn	11
2.4 Overige experimenten	13
2.5 Initiatieven buiten de experimenteerruimte	14
2.6 De rode draad uit de experimenten en initiatieven	17
3. Succesfactoren, knelpunten en behoeften	20
3.1 Algemene succesfactoren	20
3.2 Algemene knelpunten en uitdagingen	20
3.3 Wat is nodig?	22
4. Conclusie, aanbevelingen en vervolgstappen	24
4.1 Conclusie	24
4.2 Aanbevelingen	26
4.3 Vervolgstappen	28
Bijlagen	29
Bijlage 1 - Deelnemers begeleidingscommissie en stakeholdersgroep	29
Bijlage 2 - Successen en knelpunten per experiment	30

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De focus van de (ouderen)zorg is om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden, waarbij de cliënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Soms kan een cliënt om medische redenen tijdelijk niet zelfstandig thuis wonen, zoals Johanna (79 jaar)¹. Kortdurende zorg kan in dat geval worden ingezet, waarbij het uitgangspunt is dat een cliënt na een tijdelijk verblijf weer kan terugkeren naar huis en/of (langer) thuis kan blijven wonen. Voor deze zorg is vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) een aantal zorgvormen georganiseerd, namelijk het eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en geneeskundige zorg voor specifieke cliëntgroepen (GZSP). Regelmatig blijkt dat een deel van deze thuiswonende doelgroep² een complexe zorgvraag heeft waar de gewenste en noodzakelijk zorginzet niet altijd goed past binnen de zorgvraag en de huidige zorgvormen (ELV, GRZ en GZSP) van de kortdurende zorg. Dit geldt ook voor Johanna Dijkstra.

Casus

Johanna Dijkstra (79) is een zelfstandige vrouw, die graag haar eigen boontjes dopt. Een jaar geleden is ze haar man verloren aan een hersenbloeding. Dit heeft veel impact op Johanna gehad en ze heeft moeite met het alleen zijn. Johanna heeft sinds een aantal jaar last van een reuma. Haar dochter komt zo nu en dan langs, maar van mantelzorg is geen sprake. Drie weken geleden heeft Johanna een flinke griep gehad. Sindsdien heeft ze voortdurend adem te kort en is het lastig voor haar om dingen te ondernemen. Johanna vindt dit moeilijk en laat zich lastig helpen. Afgelopen maandagnacht is Johanna gestruikeld over haar pantoffels en met een heupbreuk opgenomen in het ziekenhuis. Gelukkig viel het mee en ze wordt de volgende dag weer naar huis gestuurd. Voor haar heupbreuk ontvangt ze intensieve fysiotherapie. De dochter van Johanna merkt op dat haar moeder in de weken na haar ziekenhuisopname steeds meer achteruitgaat in haar gezondheid. Ook de huisarts van Johanna is bezorgd: Johanna was een vitale vrouw, maar ze maakt de laatste tijd een verwarde indruk en is flink afgefallen. De huisarts signaleert dat meer hulp nodig is, wil ze (zelfstandig) thuis blijven wonen.

De complexe zorgvraag van Johanna vraagt om zorg en inzet van meerdere professionals. De vraag is of deze zorg valt onder de GRZ, ELV of GZSP? Door de complexiteit is het een zoektocht welke passende zorg geboden kan worden, en op welke manier dit gefinancierd wordt.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2020 zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte geboden om over de grenzen van de bestaande beleidsregels heen te experimenteren met innovaties die de zorgvraag van deze thuiswonende doelgroep op kan vangen. Zo krijgen aanbieders de ruimte om samen met de zorgverzekeraar binnen de bestaande regelgeving maatwerkafspraken te maken en te komen tot passende inzet binnen de huidige zorgvormen in de kortdurende zorg in de regio.

Momenteel lopen er meerdere experimenten en proeftuinen (hierna: experimenten) in het land. In opdracht van ZonMw heeft Q-Consult Zorg deze lopende experimenten geëvalueerd met als doel om een beeld te krijgen van de stand van zaken, welke lessen kunnen worden geleerd en wat (vroegtijdige) mogelijkheden zijn voor een regionale of landelijke uitrol. Tijdens de evaluatie wordt ook inzichtelijk gemaakt wat op langere termijn nodig is aan kwaliteitsverbeteringen van de huidige geleverde zorg binnen de GRZ, ELV en GZSP.

¹ Johanna Dijkstra is een fictief persoon

² In de kortdurende zorg is de grootste doelgroep kwetsbare ouderen, maar ook andere thuiswonende kwetsbare personen kunnen gebruik maken van kortdurende zorg.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om de stand van zaken, resultaten, succesfactoren, knelpunten en uitdagingen van lopende experimenten binnen de GRZ, ELV en GZSP in kaart te brengen om vervolgens vervolgstappen te kunnen formuleren die bijdragen aan (kwaliteits)ontwikkeling van de GRZ, ELV en GZSP.

In deze rapportage wordt antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvragen:

1. A) Welke proeftuinen en experimenten lopen op dit moment? B) Wat is het doel, doelgroep en aanpak van proeftuin/experiment?
2. A). Wat is de stand van zaken per proeftuin/experiment? B) Wat gaat goed en wat kan nog beter?
3. Wat hebben de zorgaanbieders waarin de proeftuinen en experimenten lopen nog nodig?
4. Wat zijn goede voorbeelden, geschikt om te delen met andere zorgaanbieders? Welke bevindingen zijn interessant voor bredere landelijke uitrol?

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op onderzoeksvraag 1a en b en het eerste deel van onderzoeksvraag 2a. Daarna komen in hoofdstuk 3 onderzoeksvragen 2b en 3 samen en in hoofdstuk 4 wordt onderzoeksvraag 4 wordt beantwoord.

1.3 Scope

Het huidige onderzoek geeft inzichten in de uitkomsten van de proeftuinen en experimenten die gaan over de volgende beleidsregels³:

- Experimentprestatie in de beleidsregel ELV;
- Experimentprestatie in de beleidsregel GZSP;
- Beleidsregel proeftuinen kortdurende zorg (experimenteren met een combinatie van tenminste twee zorgsoorten binnen de elv, grz en/of gzsp.);
- Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (experimenten binnen de zorgvormen GRZ en/of GZSP in combinatie met andere zorgvormen binnen de Zvw of Wlz).

Het gaat hierbij om experimenten die tijdens de start (september 2021) en looptijd van dit onderzoek lopen. De experimenten die eerder zijn afgerond, zijn niet meegenomen in het onderzoek. Verder hebben de onderzoekers beoogd om een volledig en dekkend beeld te schetsen van alle lopende initiatieven om de kwaliteit van zorg te verbeteren in de ELV, GRZ en GZSP binnen de beleidsregels. Tijdens het onderzoek is gebleken dat het niet makkelijk was om alle lopende experimenten in beeld te krijgen. Verder is op verzoek van ZonMw een aantal initiatieven betrokken die buiten bovenstaande beleidsregels en experimentprestaties vallen met als doel om verschillen en overeenkomsten op te halen.

1.4 Onderzoek aanpak

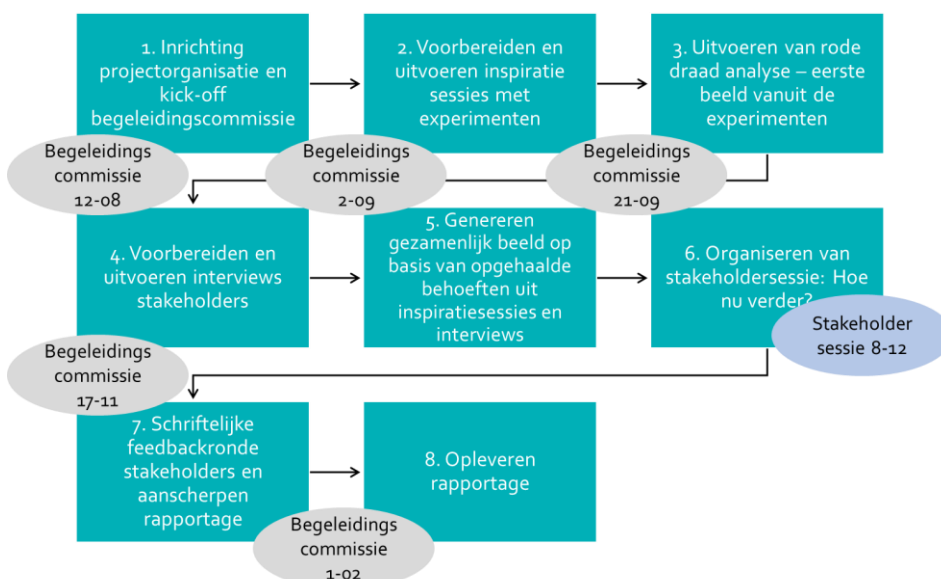
In onderstaand figuur zijn de stappen van het onderzoeksproject weergegeven. Het onderzoek is gestart met de inrichting van een projectorganisatie. De projectorganisatie bestaat uit een **begeleidingscommissie** en **stakeholdersgroep**. De begeleidingscommissie is in overleg met de opdrachtgever aangesteld bij aanvang van het onderzoek en denkt mee op procesmatig niveau. Daarnaast is een groep stakeholders betrokken die, naast alle leden uit de begeleidingscommissie, bestaat uit relevante stakeholders (bijlage 1). De stakeholders zijn in overleg met de begeleidingscommissie uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. De landelijke stakeholders die zijn gesproken tijdens de interviews en de stakeholdersessie krijgen de gelegenheid om inhoudelijk feedback op de rapportage te geven. Niet alle stakeholders die zijn uitgenodigd, zijn uiteindelijk betrokken bij het onderzoek. De redenen hiervoor zijn dat de organisatie (op het moment) geen tijd had voor deelname en/of door prioritering andere keuzes moest maken.

³ Zie: [Wegwijzer experimenten kortdurende zorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Het onderzoek bestaat uit drie elementen, namelijk **inspiratiesessies met deelnemers van de experimenten (stap 2)**, **interviews met stakeholders (stap 4)** en **een stakeholdersessie (stap 6)**. Om te beginnen zijn de experimenten in kaart gebracht. Hiervoor is uitvraag gedaan via de begeleidingscommissie, NZa en bij zorgverzekeraars. Op basis van de aangedragen experimenten zijn inspiratiesessies georganiseerd, waarbij voor iedere sessie zowel de aanbieders als zorgverzekeraars zijn uitgenodigd. Deze experimenten worden verder uitgelicht in hoofdstuk 2 van deze rapportage. Tijdens de sessie zijn de deelnemers gevraagd om het doel, doelgroep, aanpak en stand van zaken van hun experiment of proeftuin toe te lichten. Vervolgens is opgehaald waar de deelnemers trots op zijn, welke successen zij zien en welke geleerde lessen en knelpunten ze willen meegeven. De sessies leverden enerzijds input op voor het onderzoek en zorgden anderzijds ook voor een lerend effect, doordat deelnemers ervaringen en tips konden uitwisselen. Op basis van de input is een analyse uitgevoerd om een eerste beeld vanuit de sessies te schetsen (stap 3). De uitkomsten van deze analyse en de vervolgstappen besproken in de begeleidingscommissie.

Na de inspiratiesessies zijn landelijke partijen geïnterviewd. De geïnterviewde partijen zijn onderdeel van de stakeholdersgroep. Tijdens de interviews zijn de inzichten uit de analyse van de inspiratiesessies meegenomen. Verder is opgehaald welke (kwaliteits)ontwikkelingen binnen de GRZ, ELV en GZSP nodig zijn en wat zij zien als stappen die nodig zijn om deze ontwikkelingen of verbeteringen te realiseren. Deze uitkomsten van de interviews zijn samengebracht met de eerdere analyse vanuit de inspiratiesessies. Hierbij is ook gebruik gemaakt van de rapportage 'varen op ervaringen'⁴ en een evaluatie van NZa naar observatie en diagnostiekbedden. Alle bevindingen zijn vervolgens verwerkt in deze rapportage.

Het laatste element is de stakeholdersessie, bestaande uit een schriftelijke feedbackronde en een digitale bijeenkomst (stap 6). Tijdens de schriftelijke feedbackronde kregen de stakeholders de gelegenheid om op de door ons geformuleerde inzichten in de rapportage te reageren. Vervolgens is in de sessie stilgestaan bij de vervolgstappen: Hoe gaan we nu verder op basis van wat is opgehaald uit de evaluatie. Wat is nodig om proeftuinen en experimenten breder uit te kunnen rollen? Waar ligt de behoefte in het veld om kwaliteitsverbeteringen verder op te pakken? Wat is daarvoor nodig? Gezamenlijk zijn concrete acties geformuleerd om de vervolgstappen zo concreet mogelijk te maken voor de betrokken partijen. Deze vervolgstappen en acties zijn vervolgens verwerkt in deze rapportage. Een conceptversie van de rapportage is voorgelegd aan de begeleidingscommissie, waarna deze eindrapportage is opgeleverd.



Figuur 1: stappen in het onderzoek

⁴ . Zie: [Rapport Beter Thuis Varen Op Ervaringen.pdf \(zonmw.nl\)](#)

2. Proeftuinen en experimenten in beeld

2.1 Overzicht lopende experimenten binnen de ELV, GRZ en GZSP

Voorafgaand aan het onderzoek is bij zorgverzekeraars, brancheverenigingen en via de begeleidingscommissie een uitvraag gedaan naar de lopende experimenten in de verschillende regio's. Op basis van deze uitvraag zijn de onderstaande experimenten (in tabel 1) opgehaald. De experimenten zijn in dit onderzoek gekoppeld aan een thema, te weten:

- Observatie en diagnostiek (in het ELV)
- Inzet van geneeskundige expertise in de eerste lijn
- Overig

Deze experimenten worden bekostigd vanuit de beleidsregels en experimentprestaties vanuit de NZa (zie ook 1.3 Scope). Tabel 1 geeft een weergave van de betrokken proeftuinen en experimenten. In dit hoofdstuk wordt de inhoud van het experiment kort toegelicht. Een overzicht van de deelnemers, financiering, successen en knelpunten per experiment is te vinden in bijlage 2.

Tabel 1. Overzicht van lopende experimenten en proeftuinen binnen de ELV, GRZ en GZSP.

Thema	Titel	Bekostiging
Observatie en diagnostiek	Functionele Lichamelijke En Cognitieve Screening (FLECS)	Experimentprestatie ELV
Observatie en diagnostiek	Triage en diagnose periode tijdelijk verblijf	Experimentprestatie ELV
Observatie en diagnostiek	Observatie- en diagnostiekperiode (triagepilot)	Experimentprestatie ELV
Observatie en diagnostiek	Acute Care Unit (ACU)	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten.
Observatie en diagnostiek	Stabilisering, observatie, analyse, behandeling en begeleiding (SOABB)	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten.
Inzet van (geneeskundige) zorg in de eerstelijns	WijkKliniek: unit voor ouderen met acute zorgvraag	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten.
Inzet van (geneeskundige) zorg in de eerstelijns	Multidisciplinaire eerstelijns ouderenzorg met specialist oudergeneeskunde (MESO)	Experimentprestatie GZSP
Overig	Virtual Ward	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten.
Overig	Gesloten Herstel	Beleidsregels proeftuinen kortdurende zorg
Overig	Pre-diagnostische fase Korsakov	Experimentprestatie ELV

N.B.: Bovenstaande tabel geeft een weergave van de experimenten die hebben deelgenomen aan deze evaluatie. Dit is geen volledig dekkend beeld van alle lopende experimenten in het land. Daarnaast zijn er experimenten benaderd voor deelname, die hier uiteindelijk van hebben afgezien.

2.2 Observatie en diagnostiek

Meerdere zorgaanbieders hebben met zorgverzekeraars afspraken gemaakt over zogeheten 'observatie- en diagnostiekbedden'. Het doel van de observatie- en diagnostiekbedden is dat binnen een bepaalde periode de zorgvraag van de cliënt in kaart wordt gebracht en vervolgzorg wordt bepaald. Bij cliënten wiens gezondheid in de thuissituatie verslechtert of die al zijn opgenomen in een ziekenhuis is niet altijd direct duidelijk welke (vervolg)zorg deze cliënt nodig heeft. Het is lastig te voorspellen of iemand gebaat is bij

herstelzorg, revalidatie, of langdurige zorg. Het doel van deze bedden is dat moeilijk te triëren cliënten zo snel en effectief mogelijk passende zorg ontvangen.

In dit evaluatieonderzoek zijn vijf experimenten naar voren gekomen waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich richten op het thema observatie en diagnostiek in het eerstelijnsverblijf (ELV). Tijdens de inspiratiesessies en met behulp van een uitvraag onder de experimenten is onderstaande informatie opgehaald. De onderzoekers hebben hierbij zo veel mogelijk de definities van de deelnemende experimenten overgenomen. Daarnaast hebben nog niet alle experimenten concrete resultaten opgeleverd. Daarvoor geldt dat onder het kopje 'wat het tot nu toe oplevert' de verwachte resultaten volgens de deelnemers van experimenten zijn benoemd.

Functionele Lichamelijke en Cognitieve Screening (FLECS)

Aanleiding: Een van de aanleidingen van het experiment FLECS zijn de discussies tussen ziekenhuis en GRZ-aanbieders of een cliënt wel of niet gebaat is bij GRZ vervolgzorg. Deze discussies zorgen ervoor dat de cliënt te lang in het ziekenhuis verblijft. Daarnaast is, door de vergrijzing en langer thuiswonende ouderen met complexe zorgvragen, het steeds moeilijker om in de korte periode dat een cliënt in het ziekenhuis ligt de juiste indicatie te stellen. Het gevolg hiervan is dat cliënten onder behandeld worden en bestaat een kans dat ze onterecht in de Wlz uitstromen, terwijl cliënten met GRZ mogelijk weer naar huis kunnen. Verder wordt ervaren dat door wet- en regelgeving het ingewikkeld is om een indicatie weer om te zetten. Het vraagt bijvoorbeeld om een geriatrisch assessment door de geriater als je na een ELV opname een GRZ traject wilt starten. Tot slot blijven kwetsbare ouderen langer thuis wonen waardoor medische- en sociale complexiteit toeneemt. Hierdoor is er een groeiende instroom van ouderen vanuit huis naar kortdurend verblijf waarvan een deel eerst (onterecht) bij de SEH komt. Ondanks de veelvuldigheid aan kortdurende verblijfsvormen past geen van deze vormen goed bij een korte opname die specifiek is gesteld op diagnostiek en observatie in plaats van behandeling. Door ZZG groep, Kalorama, het Catherina Wilhelmina ziekenhuis eerst in samenwerking met twee zorgverzekeraars uit de regio FLECS opgezet om te zorgen dat dit proces tot indicatie verbeterd wordt.

Doel en aanpak: Het doel van het experiment is het inzetten van een korte observatieperiode die specifiek gericht is op diagnostiek en observatie in plaats van behandeling. Hierbij werken de disciplines ouderengeneeskunde, fysiotherapeut, verpleegkundige ergotherapeut, psycholoog en zo nodig andere disciplines multidisciplinair samen om een deskundige beoordeling te doen van wat een passende vervolgindicatie (GRZ, ELV, of Wlz) is voor de cliënt.

Stand van zaken: Het FLECS project loopt nog steeds, alleen niet meer in pilotvorm. Twee grote zorgverzekeraars zijn aangesloten bij dit project. Inmiddels komen naast GRZ cliënten ook cliënten vanuit de andere zorgdomeinen (ZZP9b, ELV en WLZ) op het observatiebed terecht. De deelnemers zijn in gesprek met de zorgverzekeraars om te kijken of deze bedden ook vanuit de Wlz moeten worden gefinancierd.

Wat het tot nu toe oplevert: De deelnemers geven aan dat ze merken dat de juiste zorg op de juiste plek kan worden geboden, goedkopere zorg kan worden geleverd en dat het zorgt voor een beter verwachtingsmanagement bij de cliënt. Tevens zien zij dat door het observatie bed de wachttijd met gemiddeld 5 dagen wordt verkort, er betere nazorg en betere ondersteuning voor de mantelzorg is omdat er meer wordt ingezet op het zorgnetwerk. Hierdoor is voor het gehele zorgnetwerk duidelijk wat er van elkaar wordt verwacht. Huisartsen hebben geen discussies meer over de indicatie en de professional staat aan het roer, omdat de SO zelf bepaalt wat het beste is voor de cliënt.

Triage en diagnose periode tijdelijk verblijf

Aanleiding: Binnen nu en 10 jaar wordt er een forse toename van de ouderenpopulatie (65-plus) verwacht en daarbij blijven ouderen steeds langer thuis wonen. Hiermee wordt ook aantal kwetsbare ouderen steeds groter. De deelnemers geven aan dat zij zien dat de huidige zorginfrastructuur en het zorgaanbod onvoldoende is toegerust om deze groei op te vangen. Er zijn initiatieven nodig waarin nieuwe vormen van zorgaanbod, of de doorontwikkeling van bestaand zorgaanbod onderzocht en ontwikkeld wordt. Deze moet

zich richten op zorg thuis, en zo dicht mogelijk bij huis, in de wijk. Deze zorg dient ook te focussen op functiebehoud en snelle en veilige terugkeer naar huis als opname toch noodzakelijk is. Samenwerking in de keten is belangrijk om dit te bewerkstelligen. Zilveren Kruis is met Vivium, Amaris, Beweging 3.0, Axioncontinu en Aafje een pilot gestart met het inzetten van een triage en diagnose periode tijdens het tijdelijk verblijf. De pilots met de eerste vier aanbieders zijn inmiddels afgerond. Alleen de pilot met Aafje loopt nog.

Doel en aanpak: Het eerstelijnsverblijf (ELV) heeft een belangrijke rol in het opvangen van de cliënt als tijdelijk thuis wonen niet mogelijk is bij een geneeskundige zorgvraag, waarbij geen ziekenhuisopname (meer) nodig is. Bij een deel van de (acute) opnames in het ELV is de zorgvraag onvoldoende duidelijk en blijkt er soms toch een revalidatievraag en behoefte, of een langdurige zorgvraag (Wlz).

Als er een onduidelijke zorgvraag is, worden de volgende knelpunten ervaren in de tijdelijke opvang van kwetsbare ouderen:

- Zij worden nu gepresenteerd op de SEH en soms opgenomen in het ziekenhuis. Het ziekenhuis of de SEH is niet de beste plek voor kwetsbare ouderen wanneer er geen reden is daar te zijn. Het gevolg kan zijn: geen passende zorg of overbehandeling,
- Zij worden opgenomen in het ELV hoog complex waar nu onvoldoende behandel- en diagnostiekrimte mogelijk is (onder behandeling) wanneer tijdens opname in het ELV blijkt dat er sprake is van een indicatie geriatrische revalidatiezorg (GRZ ingestuurd naar de geriater voor CGA is niet cliëntvriendelijk en niet doelmatig).

Het doel is middels triage- en diagnoseperiode onnodig bezoek van ouderen aan de Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis voorkomen en sneller de best passende vervolgzorg inzetten (doelmatigere zorg). Dit doen de deelnemers door de inzet van een triage-en diagnoseperiode bij tijdelijk verblijf voor cliënten met een onvoldoende duidelijke zorgvraag, die geplaatst gaan worden op zogenaamde observatiebedden.

Stand van zaken: In de eerste vier pilots werd er weinig gebruik gemaakt van de triagebedden mede door goede regionale triage. De huidige triagepilot moet nog geëvalueerd worden, maar lijkt tot minder SEH opname te lijden. Deelnemers merken op dat samenwerken in de keten cruciaal is voor het juiste gebruik van de bedden en het onder aandacht brengen van de bedden onder verwijzende huisartsen, ziekenhuizen en de SEH. De grootste instroom van cliënten is zorgmijders, omdat zij aan de voorkant onvoldoende in beeld zijn. Daarnaast heeft het grootste gedeelte van de cliënten 3 maanden voor opname op een triagebed contact met een huisarts en/of de wijkverpleging.

Wat het tot nu toe oplevert: De deelnemers verwachten dat onnodige ziekenhuisopname en SEH bezoeken worden voorkomen, omdat cliënten naar de juiste plek uitstromen. In het experiment stromen de cliënten gemiddeld binnen 7 dagen uit naar de ELV, GRZ, Wlz of naar huis. Daarnaast zijn cliënten tevreden, doordat samen met de cliënt gekeken en beslist wordt wat passende uitstroom en verblijf is. Volgens de deelnemers is het triagebed nodig om meerdere levensdomeinen in kaart te brengen en wordt gezien als een tussenstap hoe de beweging van de juiste zorg op de juiste plek en het doelmatig inzetten van zorg weer een stap verder kan worden ontwikkeld. Er is een vervolgslag nodig op signalering in de thuissituatie en het inzetten van innovaties in plaats van vooral de focus te leggen op intramurale interventies. De deelnemers willen graag ELV meer positioneren in de acute keten, waardoor het verwijs- en instuurgedrag van huisartsen waar mogelijk wordt omgebogen van SEH of ziekenhuis naar de VVT.

Unit (ACU)

Aanleiding: Voor veel ouderen is het ziekenhuis niet de gewenste of juiste plek bij acute problematiek. Daarvoor is de acute care unit (ACU) gestart. De ACU levert spoedzorg en observatie en diagnostiek bij mensen waar het acuut thuis niet meer gaat en/of voor cliënten die al langer in beeld in bij de huisarts en waar volgens de huisarts gedegen observatie-en diagnostiek nodig is bij de cliënt,

De ACU is opgericht door zorginstelling Azora, in samenwerking met Sensire, Markenheem en Careaz. Dit zijn alleen aanbieders in het westen van de regio Achterhoek. De afspraken rondom financiering zijn gemaakt met Menzis.

Doel en aanpak: Het hoofddoel van ACU is om op 31-12-2023 voor thuiswonende, kwetsbare ouderen in de regio West Achterhoek de juiste zorg op de juiste plek te bieden, en daarnaast zorgen voor een stabiele positie in de ketenzorg zowel in preventie, advies, behandeling en nazorg. Hiervoor zijn 14 plekken ingericht waar ouderen 24 uur per dag kunnen worden opgenomen. De ACU voorkomt (onnodige) opnames en is voor zorgverzekeraars een goedkoper alternatief dan het ziekenhuis. Dit vertaalt zich in de volgende (sub)doelen:

- Het percentage ouderen (75+) dat op de SEH komt ten opzichte van het totaal aantal 75+ in de West-Achterhoek is gedaald met 20%.
- Het percentage ouderen (75+) dat vanuit de SEH doorverwezen wordt naar het Ziekenhuis (AOA en andere afdelingen) is ten opzichte van het totaal aantal 75+ dat zich meldt op de SEH 10%.
- Het aantal ELV dagen ten opzichte van het totaal aantal (ouderen) 75+ in de West-Achterhoek is gedaald met 10%.
- Het aantal crisisonnames ten opzichte van het totaal aantal (ouderen) 75+ in de West-Achterhoek is gedaald met 10%.
- Het percentage ELV opnames dat doorstroomt naar de WLZ is gedaald met 25%.

De zorg wordt geleverd op basis van het White label concept. De partijen hebben hiervoor een nieuwe prestatie ontwikkeld met eenzelfde tarief vanuit de Zvw als de Wlz. Dit betekent dat wanneer de cliënt na de observatieperiode naar huis, naar ELV of naar de GRZ uitstroomt, de zorg wordt gedeclareerd op basis van de experimentprestatie ELV. In het geval dat de cliënt na de observatieperiode doorstroomt naar de Wlz, dan wordt de zorg gedeclareerd op basis van de Wlz crisiszorg.

Stand van zaken: De deelnemers van het experiment zien dat de effecten van de ingezette koers in 2021 zichtbaar wordt. Dit betekent het volgende:

- De ketenpartners weten ACU beter te vinden, waardoor de gemiddelde bedbezetting op het niveau komt dat ze als doel hebben gesteld. Er zijn korte lijnen met stakeholders en het team schakelt goed mee met de bedbezetting. De processen zijn aangescherpt voor adequatere handeling op cliënten problematiek.
- Naast de ACU-cliënten is er ook de wens om crisisaanmeldingen te plaatsen. Het proces binnen de afdeling is ingericht om een snelle analyse van de problematiek van de cliënt te maken en voor deze analyse wordt gebruik gemaakt van de richtlijn geriatrisch assessment⁵ van Verenso.
- Verder instrueert ACU-cliënten om met zorgtechnologieën te werken, die uiteindelijk doorgezet kan worden naar de wijkverpleging.
- Data wordt geregistreerd in een grote dataset. Het aantal opnames, cliëntprofiel, oorzaak van opname, verwijzer, ontslagbestemming en behandelduur worden geregistreerd. Bij opname en bij ontslag wordt bij cliënten de mate van onafhankelijkheid gemeten door middel van de Barthel index. Een hogere Barthel score geeft een hogere mate van onafhankelijkheid weer.

Wat het tot nu toe oplevert: Vanuit financieel perspectief is nog onvoldoende te zeggen over de uitkomsten. Het ophalen van data heeft door Covid vertraging opgelopen. In het komend jaar wordt een start gemaakt met dataverzameling door het inschakelen van een bureau (dit is nog in overleg met Menzis).

Stabilisering, observatie, analyse, behandeling en begeleiding (SOABB)

Aanleiding: Voor een bepaalde groep cliënten is geen prestatie die recht doet aan een combinatie van multiproblematiek, waaronder cognitieve problemen en ouderdomsproblematiek. Hiervoor is geïntegreerde gespecialiseerde behandeling in beschermde woonomgeving nodig. De insteek van een ELV is terugkeer naar huis, terwijl dat voor deze groep cliënten niet opgaat. Het gaat hier om cliënten die in een korte tijd

⁵ Zie: [VER-003-29-handrGeriatrischAssesement-v4.pdf \(verenso.nl\)](#)

enorm achteruit zijn gegaan, waardoor er onveilige situaties voor de cliënt ontstaan indien hij/zij thuis blijft wonen. De zorgbehoefte is dusdanig toegenomen dat tijdelijk of permanent verpleeghuiszorg nodig is. Het gaat hierbij voornamelijk om mensen die in een eerder stadium onvoldoende in beeld zijn door zorgmijding van cliënt of mantelzorg of die weigeren mee te werken aan onderzoek. De cliënten hebben vaak geen steunsysteem en ze zijn niet gezien door de huisarts. Voor deze groep kan via de gangbare zorg (huisarts, geheugenpoliklinieken, ambulante GGZ) geen diagnose worden gesteld. Er is sprake van te complexe problematiek, waarvoor langdurige observatie nodig is om het beeld en het beloop van de cliënt helder te krijgen.

Om dit te realiseren is door 5 samenwerkende aanbieders (Laurens, Stichting Humanitas Rotterdam, Saffiergroep, Zorgspectrum Utrecht, Woonzorgcentra Haaglanden) een experiment vormgegeven voor deze groep cliënten. Zij hebben namelijk een multidisciplinaire klinische setting nodig om tot een medische diagnose en een woonadvies te komen.

Doel en aanpak: Het doel van SOABB is het stellen van een diagnose en/of een passend woonadvies door de cliënt te stabiliseren, observeren, analyseren, behandelen en begeleiden.

Stand van zaken: Er heeft een gesprek plaatsgevonden samen met alle ketenpartners en de NZa. Hier werd de noodzaak van het product erkend. Tot eind 2021 wordt gewerkt aan een productomschrijving en wordt het zorgpad inhoudelijk verder ontwikkeld. Verder zijn de aanbieders bezig te onderzoeken hoe dit product een eigen prestatie krijgt, inclusief passende financiering. Ook is de vraag waar dit product uiteindelijk in een structurele financiering zou moeten landen. Het overgrote deel van deze cliënten gaat naar de Wlz en de zorg en behandelinterventies hebben daarmee een andere insteek dan een herstelgerichte aanpak in het ELV. Op meerdere momenten in het proces wordt data verzameld over cliëntkenmerken en het proces van aanmelding tot en met doorstroom of ontslag. Zo kan een volledig mogelijk beeld worden verkregen van de cliëntenpopulatie die voor SOABB in aanmerking komt en hoe screening en behandeling verlopen. Verder vindt er tijdregistratie van ingezette uren plaats van betrokken behandelaren.

Wat het tot nu toe oplevert: De deelnemers geven aan dat de resultaten van de tussentijdse evaluatie (na 14 maanden) laten zien dat de cliënt een significant betere kwaliteit van leven heeft met minder lichamelijke klachten heeft. Daarnaast laten cliënten minder geagiteerd gedrag zien en krijgt de zorgverlener meer handvaten om zorg te verlenen aan de beoogde doelgroep. Volgens de deelnemers van het experiment kunnen de zorgkosten worden verlaagd doordat minder inzet van medicatie nodig is en langdurige ziekenhuisopnames worden voorkomen. Door de professionaliseringsslag van de afdelingen en door ketenzorg in kaart te brengen kunnen door de organisatie samenwerkingsverbanden worden aangegaan.

Triage pilot

Aanleiding: Er zijn in meerdere regio's soortgelijke triage- en diagnose pilots opgezet. De focus van dit onderzoek was op de triage- en diagnose pilot Groningen. In deze pilot zijn Zorggroep Groningen en zorgverzekeraar Menzis betrokken.

Doel en aanpak: Het doel van dit experiment is het inzetten van een triageperiode met diagnostiek inclusief behandelinterventies voor het beter en sneller bepalen van het juiste zorgpad voor kwetsbare ouderen met een onduidelijke zorgvraag. Hierdoor kan het zorgpad van deze kwetsbare doelgroep op de juiste plek worden vastgesteld waardoor onnodige zorg wordt voorkomen en de zorg cliëntvriendelijker en doelmatiger wordt geleverd.

Stand van zaken: De triagepilot wordt ingezet bij complexere zorgvraag in de buitengebieden in de regio Groningen waarbij de cliënt vaak naast medische problematiek ook sociale problematiek heeft. De deelnemers van het experiment willen meer inzicht krijgen in de cliëntprofielen: welke cliënten hebben een langere ligduur en waarom is dat zo? Momenteel komen veruit de meeste verwijzingen vanuit het ziekenhuis. De huisartsen hebben hier bijna geen aandeel in. Vanuit de zorgverzekeraar is het nog onduidelijk of de

triagebedden met het juiste doel worden ingezet of dat mensen uit noodzaak geplaatst worden op het triagebed.

Wat het tot nu toe oplevert: De eerste resultaten van het experiment zijn dat 88% van de cliënten een ligduur heeft van korter dan 6 dagen, 25% heeft zelfs een ligduur korter dan 2 dagen. Slechts 12% van de cliënten ligt langer dan 6 dagen op een triagebed. De uitstroom na de triage is voornamelijk naar huis, een klein gedeelte stroomt door naar de GRZ, ELV, Wlz of naar het ziekenhuis. Door de deelnemers zijn geen exacte percentages genoemd.

2.3 Inzet geneeskundige expertise in de eerste lijn

Veel kwetsbare ouderen krijgen te maken met een complexe zorgvraag, waarvoor multidisciplinaire zorg gevraagd wordt. Om doorverwijzing naar de tweede lijn en vertraging voor een aanvraag Wlz-indicatie te voorkomen is het belangrijk dat deze multidisciplinaire zorg al in de eerste lijn zorg beschikbaar is. Hierdoor kan zorg op maat worden geleverd in de juiste omgeving voor de cliënt. Dit kan thuis zijn of in een tijdelijk verblijf, met als doel om uiteindelijk weer naar huis terug te keren. In dit evaluatieonderzoek zijn drie experimenten naar voren gekomen waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich richten op de inzet van multidisciplinaire (geneeskundige) expertise zorg in de eerste lijn.

Multidisciplinaire eerstelijns ouderenzorg met specialist ouderengeneeskunde (MESO)

Aanleiding: MESO-zorg is in 2010 in Velp gestart en een onderzoek⁶ in 2015 naar de zorg in Velp liet zien dat deze vorm van zorg leidt tot een hogere kwaliteit van leven voor de ouderen tegen lagere zorgkosten. Deze resultaten vormden de aanleiding om in 2020 met drie MESO-pilots in drie verschillende regio's bij drie organisaties (Gezondheidscentrum Ommoord Rotterdam, Stichting eerstelijnscentrum Tiel en Stichting geïntegreerde eerstelijnszorg Zoetermeer) te starten.

Doel en aanpak: MESO biedt eerstelijnszorg aan ouderen met (hoog)complexe problemen. De huisarts verwijst als hoofdbehandelaar ouderen met niet acute (hoog)complexe problematiek naar de MESO-zorg. De specialist ouderengeneeskunde werkt in het team MESO-zorg samen met een geriatrieverpleegkundige (c.q. een verpleegkundige die op geriatrisch gebied goed is toegerust) en het secretariaat. Samen brengen zij de ouderen holistisch in kaart, komen bij de mensen thuis om de context mee te kunnen nemen, diagnosticeren en prioriteren de problemen en stellen samen met cliënt, mantelzorger, huisarts en het (zorg)netwerk een multidisciplinair zorgbehandelplan op. Dit plan wordt in de volgende maanden uitgevoerd, onder regie van MESO, samen met het lokale netwerk. Het lokale netwerk bestaat, naast de huisartsenpraktijk, onder meer uit thuiszorg, paramedici, wijkverpleegkundige, sociaal wijkteam, casemanagers dementie, ouderenwerkers vanuit welzijn en uit ziekenhuisspecialisten. Die laatstgenoemde groep voor overwegend consultatie. Doorverwijzing naar tweedelijnszorg vindt zeer beperkt plaats, en altijd na kritische afweging.

Stand van zaken: Momenteel zijn de drie pilotteams opgeleid, is er een intern lerend netwerk opgericht en wordt in vier praktijken MESO-zorg verleend. In de pilots is dataverzameling gestart met de vraag "worden met Velp vergelijkbare resultaten behaald"? De regionale contexten zijn in kaart gebracht en netwerksamenwerking is geïntensiveerd. Als basis voor financieringsvraagstukken zijn en worden er vele stakeholdergesprekken gevoerd en er is een begin gemaakt met het beschrijven van de kwaliteit, mogelijk te zijner tijd resulterend in een kwaliteitstandaard. De resultaten worden verkregen vanuit interne evaluaties waarop wordt gefocust op de quadruple aim aspecten. Doordat MESO een herhaalbaarheidsonderzoek is, kunnen resultaten worden vergeleken met voorgaande pilots.

Wat het tot nu toe oplevert: Toegang tot de juiste zorg in een fijne omgeving waar de cliënt zijn oude dag kan doorbrengen met het juiste zorgnetwerk om de cliënt heen. De huisarts als hoofdbehandelaar wordt ontlast en ondersteunt door MESO waardoor gecoördineerde zorg plaatsvindt op basis van haalbare doelen, met als

⁶ Zie: [artikel-in-Bijblijven.pdf \(mesozorg.nl\)](#)

resultaat dat zorgkosten zullen dalen. Het delen van kennis en ervaring binnen de pilots helpt stakeholders en de zorgorganisaties bij het maken van beleidsmatige keuzes in de toekomst.

WijkKliniek

Aanleiding: Het voorkomen dat ouderen in een acute situatie belanden begint met een samenhangend ondersteuningsaanbod in de wijk. Wanneer een oudere dan toch wordt opgenomen is het belangrijk dat naast de medische zorg ook geriatrische expertise wordt ingezet. Het idee is dat ouderen na een ziekenhuisopname niet slechter naar buiten komen. Hierom is op initiatief van zorgaanbieder Cordaan, Amsterdam UMC en Zilverenkruis de WijkKliniek gestart.

Doel: Bij de start van het experiment kende de WijkKliniek de volgende doelstellingen:

- 1) beter passende zorg voor ouderen met een acute zorgvraag
- 2) verminderen van de druk op de Spoedeisende Hulp (SEH) en instroom ouderen naar ziekenhuisbedden
- 3) eerste stap in het veilig verplaatsen van acuut medische zorg naar de wijk
- 4) een extra impuls om hbo-opgeleide verpleegkundigen te interesseren voor de acute ouderenzorg.

Aanpak: De WijkKliniek is een nieuw zorgconcept waar ouderen worden opgenomen met een combinatie van geriatrische- en medische problematiek, die geen gebruik hoeven maken van de diagnostische of OK-faciliteiten van het AMC. In de huidige situatie is voor deze doelgroep een ziekenhuisopname geïndiceerd. De focus ligt, naast het behandelen van laag complexe tweedelijnszorg, op functiebehoud en een goede terugkeer naar huis in samenwerking met hun directe omgeving, zodat cliënten thuis weer de activiteiten kunnen doen die voor hen van belang zijn. Onder toezicht van een geriater en in nauwe samenwerking met de verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en andere zorgmedewerkers wordt hier samen met de cliënt en zijn directe omgeving aan gewerkt. De verblijfsduur in de WijkKliniek is gemiddeld 8 en maximaal 14 dagen.

Stand van zaken: Momenteel worden cliënten door meerdere ziekenhuizen verwezen naar de WijkKliniek. Er wordt gewerkt aan de mogelijkheid van directe doorverwijzing van de huisarts en een toekomstige organisatievorm zoals een nurse ledkliniek⁷. Daarnaast loopt er een project voor landelijke opschaling van de WijkKliniek. In 9 regio's zijn de aanbieders proactief aan het verkennen met zorgverzekeraars of de WijkKliniek een passende interventie is in hun regio voor de zorg rondom kwetsbare ouderen. Om landelijke samenhang te bewaken wordt dit project gecoördineerd door een projectleider, waarvoor VWS een subsidie beschikbaar heeft gesteld vanuit het programma Langer Thuis. Vanaf de opening van de WijkKliniek, juni 2018 tot heden, wordt door middel van onderzoek doorlopend geëvalueerd.

Wat het tot nu toe oplevert: Tussen juli 2018 en februari 2020 werden ruim 600 cliënten opgenomen in de WijkKliniek waar van 200 cliënten gegevens zijn verzameld. Door de Covid pandemie was in het grootste deel van 2020 geen onderzoek mogelijk vanwege de op de locatie geldende toegangsrestricties. Hierdoor zijn nog niet alle evaluaties compleet. Resultaten worden vergeleken met cliënten die soortgelijke diagnoses hebben en in het ziekenhuis zijn opgenomen. De deelnemers zien nu al minder heropnames in het ziekenhuis en betere uitkomsten van de cliënt op het gebied van functiebehoud. Zo geven zij aan dat 84% van de cliënten terugkeert naar de oude woonsituatie. Cliënten hebben hoge waardering voor de zorg, behandeling, begeleiding en laagdrempeligheid van de WijkKliniek.

⁷ Een gezondheidscentrum of kliniek in de eerste lijn waarbij de verpleegkundige specialisten eindverantwoordelijk is voor een groep patiënten. Zij ontvangen de patiënt, voeren de triage uit en wanneer de zorgvraag te complex is, verwijzen zij de patiënt door naar een huisarts.

2.4 Overige experimenten

Naast de focus op observatie en diagnostiek en inzet van geneeskundige zorg in de eerste lijn zijn er ook experimenten die buiten bovenstaande categorieën vallen.

Virtual Ward

Aanleiding: De Virtual Ward is in 2019 gestart door initiatiefnemers Cordaan, OLVG en Zilveren Kruis en met steunbetuiging van de huisartsen in Amsterdam vanuit de erkenning en het inzicht dat netwerkzorg belangrijk is. In dit netwerk moest de cliënt centraal staan en de disciplines bewegen met de cliënt mee waardoor verplaatsing van cliënten in het ziekenhuis naar huis met behulp van digitale zorg kan worden bewerkstelligd.

Doel en aanpak: De Virtual Ward is een stad breed programma dat zich focust op zelfzorg, coaching, telemonitoring en netwerkzorg. Er wordt gebruik gemaakt van één open platform en een generieke werkwijze per zorgpad dat beschikbaar is voor alle partners in Amsterdam. Door Virtual Ward als netwerkplatform in te zetten kunnen cliënten eerder naar huis vanuit het ziekenhuis, worden (her)opnames voorkomen, kan de juiste zorg op de juiste plek worden geleverd, gegevens met elkaar worden verbonden en efficiënte samenwerkingsverbanden tussen disciplines worden gecreëerd.

Stand van zaken: De deelnemers geven aan dat dankzij Covid de zorgpaden rondom kwetsbare ouderen zijn verbeterd. Ze geven aan dat het netwerk is verbreed en het platform door steeds meer organisaties wordt geïmplementeerd. Virtual Ward komt eind 2021 tot uiting in een 12-tal zorgpaden, te classificeren in 4 gebieden: virtuele zorg, ziekenhuis verplaatste zorg, vervroegd ontslag en acute zorg thuis. Het is ontwikkeld op basis van de quadruple aim, maar de deelnemers ervaren dat het lastig is om dit goed vorm te geven. De resultaten kun je meten maar dit is afhankelijk van de complexiteit van de doelgroep. Hoe complexer, hoe lastiger om dit meetbaar te maken.

Wat het tot nu toe oplevert: Door het snel kunnen vinden van multidisciplinaire informatie over de cliënt is er minder informatieverlies en zijn er kortere lijnen. De risico's kunnen eerder worden gesignaleerd en poli bezoeken of opnames kunnen worden voorkomen doordat onnodige handelingen worden geschrapt.

Pre-diagnostische fase Korsakov

Aanleiding: Voor een (pre-)diagnosefase Korsakov geldt een gemiddelde verblijfsduur van 5 maanden. Deze zorg wordt bekostigd op basis van de prestatie eerstelijnsverblijf hoog-complex. Gedurende deze periode is een Wlz-indicatie (nog) niet aan de orde. Deze prestatie biedt volgens deelnemers van het experiment onvoldoende ruimte aan de behandel- en diagnostiekcomponent voor de hoog-complexe zorgvragers met Wernicke-Korsakov. Deze specifieke doelgroep heeft uitgebreide lichamelijke, psychiatrische en cognitieve problemen en mist daarbij inzicht in het eigen functioneren. Tevens is er sprake van bemoeizorg en zijn veel diagnoses nog niet gesteld voorafgaand aan opname door zorgmijding. Actieve stabilisatie, uitgebreide multi domein-diagnostiek en behandeling vergen een aanvullende prestatie. Daarom heeft de Lelie zorggroep gekozen om dit experiment te starten.

Doel en aanpak: Het Korsakovcentrum Slingsdael is een expertisecentrum voor mensen met het syndroom van Korsakov. Bij deze cliënten is eerst een intensieve somatische behandelperiode vereist en minimaal 6 weken abstinentie. Daarna wordt in de diagnosefase de restcognitie uitgebreid in kaart gebracht en wordt door middel van diagnostiek gekeken of er sprake is van onderliggende (al dan niet reeds bekende) psychiatrische co-morbiditeit. Hierbij geldt dat een deel van de cliënten een ernstig onderliggend lijden heeft door algehele verwaarlozing, dakloosheid, verslaving en tabaksmisbruik. In het Korsakovcentrum vindt intensieve begeleiding plaats bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen en daarnaast wordt gewerkt aan fysieke en functionele rehabilitatie. Er zijn samenwerkingsovereenkomsten tussen GGZ, revalidatiecentra en Wlz instellingen. De deelnemers ervaren dat de meetbaarheid van de experimenten lastig is omdat je te maken hebt met ethische goedkeuring, systemen die op elkaar moeten aansluiten en dataverzameling een

tijdrovend proces is. Verder is meer onderzoek nodig is naar geschikte meetinstrumenten en hoe je aan kunt tonen wanneer het experiment effectief, goedkoper is of de juiste zorg op de juiste plek biedt.

Stand van zaken: Het project is nu 2 jaar bezig en het experiment ervaart wisselende resultaten. Tijdens Covid merkten de deelnemers dat het aantal cliënten stijgt en ook later in beeld komen waardoor ze in een kritiekere toestand instromen.

Wat het tot nu toe oplevert: De aanname van de deelnemers van het experiment is het voorkomen van de ontwikkeling van Korsakov met behulp van vitamine injecties en het voorkomen van cognitieve restschade. Door middel van de juiste zorg in de juiste omgeving wordt (extra) zorgvraag voorkomen, waarmee hoge zorgkosten uitblijven. Verder zien zij dat zorgprofessionals gemotiveerd raken, omdat ze een doelgroep die eerst niet in beeld was nu de juiste zorg op de juiste plek kunnen bieden.

Gesloten Herstel

Aanleiding: Cliënten die tijdens ziekenhuisopname delier worden, stroomden voorheen automatisch door naar de Wlz. Hierdoor kwamen deze cliënten eigenlijk niet goed in beeld over wat de zorgvraag en behoefte van deze cliënt daadwerkelijk is. Om deze cliënten toch een kans te geven om terug te keren naar huis is het experiment Gesloten Herstel gestart.

Doel en aanpak: In het Gesloten Herstel worden cliënten met een delier de eerste weken geobserveerd en gescreend en krijgen in een semi-gesloten omgeving een gestructureerd programma aangeboden in de vorm van fysio- en/of ergotherapie om de cliënt klinisch fitter te krijgen. Na herstel zal de cliënt uitstromen naar huis of naar een verpleeghuis. Het doel van Gesloten Herstel is om cliënten de kans te geven op terugkeer naar huis of indien dit niet meer mogelijk is een juiste vervolgplek te bieden. Door Gesloten Herstel kan uiteindelijk het verblijf in het ziekenhuis of de ligduur verkort worden.

Stand van zaken: Het project loopt nu 1,5 jaar en de deelnemers merken dat de zorg steeds complexer en intensiever wordt. Door Covid loopt de uitvoering van het project vertraging op. De focus ligt nu op ziekenhuiszorg, maar het idee is om ook te ontwikkelen naar instroom vanuit het verpleeghuis. De resultaten van het experiment wordt momenteel verkregen door een uitgebreid intakeformulier, waarin een risico-inventarisatie wordt meegenomen. In het experiment werken ze met een variant van de Barthel score die analoog is aan de delta Barthel score in de geriatrische zorg. Dit wordt als een simpel instrument gezien, waardoor je makkelijk elkaars taal kunt spreken en transities zinvoller kunnen worden gemaakt.

Wat het tot nu toe oplevert: De juiste zorg in een passende omgeving voor de cliënt waardoor de kans op complicaties (zoals delier) worden verkleind en zo de kans om naar huis terug te keren te vergroten. Het verblijf en ligduur van de cliënt wordt verkort, waardoor zorgprofessionals worden ontlast. Doordat de cliënt de juiste zorg krijgt en ziekenhuisverblijf wordt ingekort, lijdt dit tot verlaging van zorgkosten.

2.5 Initiatieven buiten de experimenteerruimte

Naast de experimenten bestaan er ook initiatieven die binnen de reguliere zorg innovatieve vormen van zorg hebben opgezet, die op inhoud vergelijkbaar zijn met bovenstaande experimenten. In dit onderzoek worden vijf initiatieven uitgelicht, die door ZonMw zijn voorgedragen.

Ouderenpraktijk Friesland

Ouderenpraktijk Friesland is een samenwerkingsverband van specialisten ouderengeneeskunde. De praktijk biedt ondersteuning aan de huisarts bij de zorg voor kwetsbare ouderen en mensen met meervoudige aandoeningen. Daarnaast leggen ze de verbinding tussen de huisartsenpraktijk, regionale zorgaanbieders, de gemeente en het ziekenhuis. Verder werken de specialisten samen met de intramurale aanbieders in de omgeving. Momenteel heeft de Ouderenpraktijk Friesland samenwerkingsafspraken met huisartsenpraktijken in de regio Noord-West Friesland en Leeuwarden.

Successen en knelpunten

- ✓ De ouderenpraktijk biedt uitkomst in een regio waar de zorg niet overal beschikbaar is.
- ✗ De praktijk heeft een contract met zorgverzekeraar de Friesland. Als ouderenpraktijk zien zij dat het ingewikkeld is om een contract met zorgverzekeraars aan te gaan, omdat zorgverzekeraars aangeven dat zij liever in zee gaan met specialisten ouderengeneeskunde die in dienst zijn bij een aanbieder. De SO van de ouderenpraktijk werken zelfstandig, zowel intramuraal als extramuraal. Ze werken op basis van samenwerkingsafspraken met de aanbieders.
- ✗ De meetbaarheid van de resultaten is lastig. De vraag is wat meet je en welke informatie kun je gebruiken.
- ✗ De ouderenpraktijk Friesland kan cliënten die thuis wonen met een indicatie voor langdurige zorg (WLZ) niet ondersteunen, omdat zij niet vallen onder de Zorgverzekeringswet. De ouderenpraktijk geeft aan dat in kader van continuïteit van de zorg het wenselijk is dat de SO ook extramuraal bij cliënten met een Wlz indicatie kunnen ondersteunen.
- ✗ De ouderenpraktijk sluit regelmatig aan bij MDO van de huisarts. Echter ontvangt de praktijk hiervoor geen vergoeding. Steeds meer huisartsen geven aan behoefte te hebben aan een MDO met specialist ouderengeneeskunde, maar wegens het ontbreken van financiering gaat de ouderenpraktijk hier (nog) beperkt op in. Wanneer de MDO over één cliënt gaat, wordt de deelname gefinancierd vanuit de consultfunctie.

Op 1 januari 2020 is de financiering van de specialist ouderengeneeskunde overgeheveld naar de Zvw en valt deze behandeling onder de GZSP. De kosten voor behandeling door een specialist ouderengeneeskunde worden vergoed door de zorgverzekeraar. Wel is het eigen risico van toepassing. Cliënten met een indicatie voor Wlz vallen niet onder de Zvw. Samen met de huisartsen en het zorgkantoor wordt gekeken naar een oplossing om toch ondersteuning te kunnen bieden.

Ouderengeneeskundig Netwerk Utrecht eerste lijn (ONUe)

ONUe is een onmisbare schakel bij complexe zorgvragen van thuiswonende ouderen. Het netwerk is gespecialiseerd in het behandelen van kwetsbare ouderen, vaak met een of meerdere chronische aandoeningen. ONUe kan worden ingezet bij cognitieve problemen, gedrags- en stemmingsproblemen, wilsbekwaamheid, polyfarmacie, plotselinge knik in het functioneren, te zwaarbelaste mantelzorger, diagnostische dilemma's en uitgebreid inzicht in de problematiek en zorgvraag van de cliënt. ONUe is niet bedoeld voor consultatie buiten kantooruren en bij (crisis)opnames. Ook co-morbiditeit als psychiatrie en verslaving kan een uitsluitingscriterium zijn. De psycholoog kan door de SO of huisarts worden ingezet voor diagnostiek en kort advies. Wanneer zij van mening zijn dat er voor een cliënt meer nodig is dan past binnen een consult, stemmen zij dit zelf met de huisarts of POH-ouderenzorg af.

Successen en knelpunten

- ✓ SO-expertise in de eerste lijn zorgt ervoor dat de cliënt sneller van de juiste zorg op de juiste plek wordt voorzien. Verder zorgt de inzet van de GZ-psycholoog voor laagdrempelige diagnostiek en passende adviezen t.a.v. systeembegeleiding.
- ✓ ONUe geeft aan dat investeren in het netwerk en contact houden met zorgpartners belangrijk is.
- ✗ ONUe geeft aan dat de tarieven voor SO in de eerste lijn niet dekkend zijn voor de zorg die nodig is. Hierdoor worden bestuurders van (intramurale) aanbieders niet worden geprikkeld om te investeren in de eerste lijn.
- ✗ Expertise binnen de huidige beleidsregels wordt nu bekostigd via de consultfunctie. Dit levert knelpunten op doordat niet directe cliëntenzorg niet wordt vergoed in het consult. Wanneer een huisarts vraagt om expertise van de SO tijdens het MDO wordt dit niet gefinancierd.
- ✗ Het blijft ingewikkeld om te meten of bijvoorbeeld opname kan worden voorkomen. Dit vraagt bijvoorbeeld van de huisartsen om bij te houden of daar waar de cliënt zorg ontvangt van de SO in andere gevallen de cliënt naar het ziekenhuis was doorverwezen.

EPOS Nijmegen

Door vergrijzing en overheidsbeleid wonen steeds meer kwetsbare ouderen thuis of in geclusterde woonvormen. Hierdoor is er een toenemende vraag naar de expertise van de SO in de eerste lijn. Deze vraag staat op gespannen voet met het tekort aan SO's en vraagt dus om een efficiënte extramurale inzet van de SO. Naar aanleiding van deze ontwikkelingen is het Universitair kennisnetwerk ouderenzorg Nijmegen (UKON) het (onderzoeks)project EPOS gestart. In dit project wordt een model ontwikkeld voor een optimale inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de extramurale praktijk in de regio Gelderland Zuid.

Het project bestaat uit een onderzoeksfase en een implementatiefase. In de onderzoeksfase is gestart met een deskresearch naar de 'best practices' uit de bestaande landelijke initiatieven. De goedwerkende initiatieven zijn benaderd en geïnterviewd. Er is gevraagd naar wat gaat goed en wat is nodig om de SO in de eerste lijn optimaal in te zetten. Vervolgens zijn interviews gedaan om beïnvloedende factoren en randvoorwaarden op te halen. Doormiddel van groepsdiscussies, vragenlijsten en interviews is uiteindelijk een vertaling gemaakt van de resultaten naar een model voor de regio Gelderland Zuid.

De uitkomst op papier is een oprichting van een consultatiecentrum eerstelijns ouderenzorg met een centraal digitaal loket, waarbij de SO niet solistische maar in een multidisciplinair team met bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist en psycholoog vanuit de intramurale setting in de eerste lijn worden ingezet. De huisarts kan kiezen uit twee werkwijzen om de expertise in te schakelen, door 1) structurele samenwerking met SO team in Netwerk kwetsbare ouderen rondom de huisartsenpraktijk of 2) door verwijzing op consultbasis.

Het voorlopige model wordt in de komende jaren in fasen geïmplementeerd. De implementatiefase is gestart op 1 september, waarin de implementatie van het model centraal staat met behulp van de start van pilot per 1 januari 2022 voor de looptijd van 1,5 jaar.

Successen en knelpunten

- ✘ Financiële belemmeringen stikken verdere ontwikkeling. De indirecte tijd wordt niet vergoed voor de SO in de eerste lijn. Dit is een struikelblok.
- ✘ Het project laat zien dat het schuurt tussen intramurale en extramurale zorg. Zeker tijdens Covid werd intramuraal veel gevraagd van de specialisten ouderengeneeskunde. Deze tijd kunnen ze dan niet meer extramuraal besteden. Het is belangrijk om te stimuleren dat extramurale inzet onderdeel van hun taak is.
- ✘ Het EPOS project herkent zich in de meetbaarheid van resultaten. Hoe maak je hard dat wat je doet werkt? Hoe maak je resultaten duidelijk?
- ✘ Het is belangrijk om overstijgend bewijs te genereren. Een meerderheid van de aanbieders gaat niet beginnen op het moment dat deze extramurale zorg niet vergoed wordt.
- ✘ Er is visie nodig op hoe zorg beter uitvoerbaar te maken. Op dit moment bestaat geen kaders voor wat het minimale is om iets aan te merken als goede zorg. Wat wordt verwacht vanuit de overheidsinstanties en financiers?

Zorg in Ontwikkeling (ZIO) Maastricht

ZIO Maastricht is onderdeel van Blauwe Zorg, een beweging en gedachtegoed waarin duurzaamheid binnen de gezondheidszorg wordt bewerkstelligd. Op 1 januari 2013 is Blauwe Zorg gestart als proeftuin met als doel het realiseren van betere zorg tegen lagere kosten. Inmiddels is Blauwe Zorg een landelijk voorbeeld van samenwerking in de regio. ZIO is een eerstelijnszorgorganisatie die huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten in de regio Maastricht-Heuvelland ondersteunt bij hun praktijkvoering. Een belangrijke taak van ZIO is bijvoorbeeld de ondersteuning bij de ketenzorgprogramma complexe zorg voor ouderen. De keten Complexe Zorg voor Ouderen wordt gekenmerkt door een intensieve samenwerking tussen de huisarts, wijkverpleegkundige/praktijkondersteuner, Specialist Ouderengeneeskunde (SO) en de casemanager dementie. Een van de hoofddoelen van deze keten is doelmatige en zinnige zorg door een betere

coördinatie en afstemming van de zorg voor kwetsbare ouderen, waardoor er sprake is van minder verkeerde bed dagen, minder doorverwijzingen en onnodige en overlappende zorg. ZIO ondersteunt in triage, advies en bemiddeling van zorgvragen. Binnen ZIO zijn 9 verschillende interventies opgezet op het gebied van ouderenzorg. Meer over de inhoud van deze projecten is te lezen op de website: [Ouderenzorg — Blauwe Zorg](#).

Successen en knelpunten

- ✓ Door nauw contact met regionale zorgpartners en het ontwikkelen en implementeren van innovatieve projecten wordt de kwaliteit van zorg en de beschikbaarheid en toegankelijkheid daarvan vergroot. In dit proces wordt de zorgverzekeraar en indien nodig de gemeente in een vroeg stadium betrokken.
- ✓ Het opzetten van een alliantie om de beschikbare middelen voor gezondheid en zorg in de regio zo goed en effectief mogelijk in te zetten. Door deze alliantie delen bestuurders het standpunt dat goede, toegankelijke en betaalbare zorg alleen op lange termijn geleverd kan worden in samenwerking tussen burgers, aanbieders en financiers.
- ✗ Schotten tussen de financieringsstromen zorgen ervoor dat verantwoordelijkheid van financiering bij de ander wordt gelegd en hierdoor onnodige doorstroom plaatsvindt naar Wlz. Iedere financieringsstroom kent eigen regelgeving en bijbehorende administratieve lasten waardoor het voor professionals en zorgvragers niet te overzien welke financieringsstroom past bij bepaalde zorglevering. Ook is substitutie van zorg hierdoor erg lastig.
- ✗ Financiering van de ouderenzorg. In de Wmo wordt ervaren dat er structureel te weinig geld is door gemeentelijke bezuinigingen. Binnen Zvw is het tarief van de wijkverpleging te laag en te weinig aandacht voor vroeg signalering en preventie. Binnen de Wlz is de eigen bijdrage een probleem waardoor cliënten weigeren over te gaan naar de Wlz. Tarieven voor de SO zijn niet dekkend voor de zorg die wordt geleverd indien de cliënt al een Wlz-indicatie heeft.
- ✗ Invloed van zorgverzekeraars op de inhoud van zorg. Eigenlijk moet de regie liggen bij de professional zelf om zorg adequaat te kunnen organiseren.
- ✗ Krapte op de arbeidsmarkt met als gevolg dat er te weinig deskundig personeel voor de steeds complexer wordende zorgvraag is. Daarnaast ook minder mantelzorgers en vrijwilligers met als gevolg dat er meer professionele ondersteuning benodigd is.
- ✗ Gegevensuitwisseling in de zorg wordt beperkt door het gebruik van verschillende systemen en er is geen eenheid van taal die wordt gebruikt. Gevolg hiervan is informatieverlies, extra administratieve lasten en extra belasting van cliënten.

2.6 De rode draad uit de experimenten en initiatieven

Multidisciplinaire benadering bij complexe problematiek

In het onderzoek 'Varen op ervaringen'⁸ ziet men dat bij de toename van kwetsbaarheid bij ouderen naast de somatische en cognitieve problematiek ook steeds meer sociale problemen een rol spelen. De toename van de complexiteit van deze doelgroep wordt door de deelnemers in de experimenten herkend. De onderzoekers zien dat voor de deelnemers van de experimenten deze complexiteit van problematiek één van de redenen is om het experiment op te zetten, waar vanuit een multidisciplinaire benadering wordt gekeken naar de zorgvraag van de cliënt. Voor deze complexe en vaak onderliggende problematiek van de doelgroep is niet altijd medische zorg nodig, maar wel tijdelijk verblijf omdat de huidige zorg in de thuissituatie niet voldoende is. Volgens de experimenten observatie- en diagnosebedden schuurt dit met de huidige zorgvormen. Aan de ene kant is het ingewikkeld om observatie en diagnose binnen de GRZ te realiseren, wanneer de cliënt geen medische zorg nodig heeft of heeft ontvangen. Het ontvangen van medische zorg voor een (acute) aandoening is namelijk een randvoorwaarde voor toegang tot de GRZ. Aan de andere kant geven de deelnemers van de experimenten aan dat op dit moment het tarief voor ELV hoog complex niet toereikend is voor de intensieve multidisciplinaire professionele inzet en zorg die de doelgroep met complexe problematiek vraagt. Ook geven de deelnemers van de experimenten aan dat meerdere

⁸ Zie: [Rapport Beter Thuis Varen Op Ervaringen.pdf \(zonmw.nl\)](#)

disciplines die samenwerken in het huidige systeem niet voldoende worden bekostigd, terwijl dit juist is wat de complexe doelgroep nodig heeft. Tevens draagt deze samenwerking volgens de deelnemers bij aan kennisuitwisseling tussen professionals, wat zorgt voor professionalisering van de kortdurende zorg. Ook het MESO-experiment speelt hier op in door een gemengd team in te zetten en de cliënt op een holistische manier te benaderen.

Observatie-en diagnostiek bedden

Kijkend naar alle huidige experimenten gericht op observatie en diagnostiek bestaan er veel gelijkenissen in de doelstelling en de inzet van het product. Echter zijn er ook verschillen te ontdekken. Bijvoorbeeld op het wel of niet leveren van behandelinterventies of de inclusiecriteria. Door verschillende afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en de behoefte die in de regio bestaat, zijn de experimenten net anders vormgegeven. Mede hierdoor is het ingewikkeld om de experimenten goed met elkaar te vergelijken. Over het algemeen laten de observatie- en diagnostiek experimenten (voorzichtige) resultaten. Zo geven ze bijvoorbeeld inzicht in waar de cliënten naar toe uitstromen, namelijk naar huis, de Wlz of de Zvw. De experimenten geven aan dat ze voorkomen dat cliënten onnodig op de SEH belanden. Hiervoor zijn echter nog weinig concrete resultaten vanuit de experimenten. Daarnaast wordt in het experiment '(pre)diagnostische fase Korsakov' ook observatie toegepast, maar op een specifieke doelgroep. Dit experiment laat concreet zien wat een (pre-)diagnose fase kan betekenen. Door in een vroege fase inzet te plegen, wordt een hogere zorgvraag voorkomen. Een vroege interventie bij kan namelijk de kans op Korsakov op langer termijn verkleinen. Het motiveert de zorgprofessionals dat ze een doelgroep kunnen helpen die eerste niet in beeld was, door het experiment wel in beeld raken en dat deze cliënten een passende zorgplek wordt geboden.

Geneeskundige zorg in de eerste lijn

Naast observatie en diagnostiek, is er ook behoefte aan (medische) specialistische ondersteuning in de eerstelijns zorg. Waar cliënten voorheen werden doorverwezen naar medisch specialistische zorg (tweedelijnszorg) worden indien nodig medische specialisten geconsulteerd en betrokken bij de eerstelijnszorg. MESO-zorg ziet hierdoor dat de kwaliteit van zorg toeneemt en ze verwachten dat de zorgkosten zullen dalen doordat verwijzing naar specialismen of verpleeghuizen wordt voorkomen. Naast MESO-zorg zijn er ook initiatieven, zoals in Friesland en ONUe, die hetzelfde proberen te bewerkstelligen binnen de huidige financieringsstructuren. Echter lopen laatstgenoemde initiatieven tegen het probleem aan dat ze binnen de huidige zorgvormen niet alles gefinancierd krijgen, omdat de tarieven niet toereikend zijn. Hierbij gaat het om deelname van de specialist ouderengeneeskunde aan een MDO of het financieren van de indirecte tijd die wordt besteed aan een cliënt.

Een passende omgeving voor de cliënt

Wanneer een ziekenhuisopname toch noodzakelijk is, ontbreekt het in de huidige zorgvormen aan passende zorg voor de cliënt. In het ziekenhuis wordt voornamelijk gefocust op medische behandeling en is er volgens de deelnemers weinig aandacht voor onder andere sociale problematiek. Het experiment WijkKliniek biedt daarom een passend alternatief voor de ziekenhuiszorg. Cliënten met een ziekenhuisindicatie ontvangen hun zorg buiten de deuren van het ziekenhuis, waarbij de omgeving specifiek is ingericht op wat ouderen nodig hebben. De passende medische zorg wordt geleverd buiten de muren van het ziekenhuis met als doel om te herstellen en het voorkomen van delier. De WijkKliniek laat zien hoe substitutie van ziekenhuiszorg naar de wijk kan worden vormgegeven met een transmurale opzet, waar mantelzorg, huisarts, wijkverpleging en specialist ouderengeneeskunde bij betrokken worden. Ook in het experiment Gesloten Herstel wordt een omgeving gecreëerd die past bij de behoefte en zorgvraag van de cliënt met een delier. Gesloten Herstel biedt hiervoor een passende omgeving, met structuur om herstel te bevorderen.

Het uitwisselen en overdracht van informatie

Verder blijkt uit het onderzoek 'varen op ervaringen' dat de overdracht van informatie en samenwerking binnen de GRZ en ELV volgens zorgverleners, zorgvragers en mantelzorgers (nog) niet optimaal is. Er blijkt nog winst te behalen in de overdrachtsmomenten wanneer een zorgvrager zich verplaatst naar een andere

zorgvorm. Dit is in deze evaluatie niet specifiek uitgevraagd, al blijkt uit de interviews en inspiratiesessies wel dat de experimenten over het algemeen moeite hebben met data uitwisseling. Dit komt doordat systemen niet goed op elkaar aansluiten. Wel zien de onderzoekers dat het experiment 'Virtual Ward' mogelijk kansen biedt voor het verbeteren van deze overdrachtsmomenten. Virtual Ward laat zien dat informatie vanuit verschillende disciplines snel en makkelijk kan worden gedeeld. Hierdoor wordt informatieverlies verminderd. Verder geven alle deelnemers aan dat door de experimenten de samenwerking tussen verschillende aanbieders wordt vergroot en versterkt. Echter geven zij ook aan dat het nog schort aan manieren om informatie tussen verschillende partijen te delen omdat de informatiesystemen niet op elkaar aansluiten.

Samenvatting

Samenvattend zien we dat alle experimenten een manier hebben gevonden om aan te sluiten bij een zorgvraag van een doelgroep, die naast somatische problematiek ook te maken heeft met cognitieve en/of sociale problematiek. Voor deze complexe zorgvragen bestaat, volgens de deelnemers van de experimenten, binnen de bestaande (financierings)structuur van de kortdurende zorg geen passende oplossingen. Daarom zijn bovengenoemde experimenten opgericht. De experimenten ervaren positieve resultaten en zien dat zij een meerwaarde creëren ten opzichte van de reguliere ouderenzorg. Zij lopen echter ook tegen een aantal knelpunten aan.

In het volgende hoofdstuk worden de ervaren succesfactoren en knelpunten beschreven. Daaropvolgend wordt dieper ingegaan op wat er nodig is voor de toekomstbestendigheid van de experimenten. Voor een gedetailleerde beschrijving van succesfactoren en knelpunten per experiment, zie bijlage 2.

3. Succesfactoren, knelpunten en benodigdheden

Dit hoofdstuk bestaat uit drie elementen, namelijk de algemene succesfactoren en knelpunten vanuit de experimenten en de behoeften en benodigdheden die uit de inspiratiesessies en interviews zijn opgehaald.

3.1 Algemene succesfactoren

1) Meer verbinding tussen aanbieders en zorgprofessionals door samenwerking

De meest genoemde succesfactor door de deelnemers aan de inspiratiesessies is de verbinding die ontstaat tussen de deelnemende aanbieders en zorgprofessionals in een experiment. Deze verbinding levert korte lijntjes op tussen de verschillende stakeholders in een regio, stad en/of rondom de cliënt. Het zorgt ervoor dat aanbieders over de schotten en domeinen heen werken en kijken naar wat de cliënt nodig heeft. Daarnaast zien de deelnemers dat de partijen elkaar als betrouwbare en gelijkwaardige partner zien, omdat ze hetzelfde doel dienen; het voorkomen van onnodige zorg en een passende plek voor de kwetsbare doelgroep realiseren.

2) Leren van elkaar en het opbouwen van een kennisnetwerk

Bovengenoemde korte lijnen tussen partijen en in de samenwerking draagt ook bij aan het delen van kennis, samen leren en verder ontwikkelen van een netwerk. Het delen van kennis helpt onder andere bij de professionalisering van de zorgprofessionals. Zo krijgt de zorgprofessional meer handvatten om de doelgroep beter te ondersteunen en begeleiden naar een passende woon- en zorgsetting. Verder biedt de samenwerking in een experiment de mogelijkheid om samen te leren van elkaar door uitwisselen van kennis en gaandeweg tijdens het uitvoeren van het experiment. Bovendien erkenden de deelnemers tijdens de inspiratiesessie dat ze ook kunnen leren van experimenten buiten hun eigen experiment.

3) Juiste zorg op de juiste plek creëren en onnodige opname voorkomen

Alle experimenten hebben dezelfde doelstelling, namelijk cliënten zo lang mogelijk thuis laten wonen en opname in een verpleeg- of ziekenhuis waar mogelijk voorkomen of uitstellen. De deelnemers van de experimenten geven aan (voorzichtige) resultaten te hebben omtrent het voorkomen of uitstellen van verpleeghuis- of ziekenhuisopname. Daar waar opname wel noodzakelijk is, komt de cliënt eerder op de juiste plek terecht. Volgens de deelnemers is de groep kwetsbare ouderen divers en helpen de experimenten de problematiek van een cliënt goed in beeld te krijgen, waardoor een cliënt zorg op de juiste plek kan ontvangen en onnodige zorg voorkomen kan worden. Dit wordt in de verschillende experimenten mede mogelijk gemaakt door een multidisciplinaire samenwerking tussen zorgprofessionals en aanbieders.

4) Enthousiasme en doorzettingsvermogen van zowel de experimenten als de zorgprofessionals

Door het hebben en tonen van wilskracht, doorzettingsvermogen en enthousiasme binnen de experimenten is het hen gelukt om de projecten te starten ondanks Covid en bijkomende maatregelen. Daarnaast wordt binnen de experimenten ervaren dat de zorgprofessionals gemotiveerd zijn en open staan om te leren en mee te denken om de projecten te optimaliseren en vorm te geven. Door het enthousiasme en de gezamenlijke visie om te handelen in het belang van de cliënt wordt een ontwikkeling gezien waardoor mogelijk bestaande rivaliteit tussen aanbieders uitwijkt.

3.2 Algemene knelpunten en uitdagingen

5) Het ontbreken van landelijk of regionaal overzicht en centrale regie over de bestaande experimenten

Tijdens de inspiratiesessie kwamen experimenten met hetzelfde thema uit verschillende regio's voor het eerst met elkaar in contact. Voorheen hadden zij nog niet van elkaar gehoord. Een knelpunt is daarmee ook het ontbreken van een landelijk of regionaal overzicht van de bestaande experimenten. Dit maakt het volgens de deelnemers ingewikkeld om te vergelijken met en leren van andere experimenten. Daarnaast zien deelnemers dat naast het overzicht ook centrale regie nodig is om de samenhang en verbinding te creëren. Het ontbreken

hiervan heeft volgens deelnemers als gevolg dat aanbieders en verzekeraars andere afspraken maken, waarmee een gezamenlijke landelijke of regionale uitrol wordt belemmerd.

6) De meetbaarheid van resultaten waardoor opschaling en structurele financiering uitblijft

Een ander knelpunt is het meetbaar maken van de resultaten in de experimenten. Deelnemers zijn allemaal bezig met het zichtbaar maken van resultaten, maar spelen met de vraag: *hoe laat je zien dat de zorg die je levert in de experimenten effect heeft op de kwaliteit van zorg en op de reguliere financiering?* Het aantoonbaar maken van de toegevoegde waarde van het experiment is ingewikkeld. Deelnemers zoeken naar manieren waarop je kunt aantonen dat wat je oplevert ook daadwerkelijk bijdraagt aan goede zorg. Bovendien wordt de meetbaarheid volgens de deelnemers belemmerd door de beperkte toegang tot data, lastige uitwisseling van data door wet- en regelgeving en de mogelijkheid om uit de beschikbare data conclusies te trekken. Daar komt bij dat door het ontbreken van centraal overzicht en regie op de experimenten het volgens de deelnemers lastig is om overstijgend bewijs van een experiment te realiseren, omdat er niet kan worden vergeleken. Het volgen van soortgelijke experimenten is belangrijk voor een verdere landelijk of regionale uitrol. Daar is momenteel nog te weinig overstijgende informatie over beschikbaar. Zorgverzekeraars geven aan dat 'het hard maken' van de resultaten een vereiste is voor opschaling en eventuele structurele financieringsmogelijkheden.

'Hoe meet je dingen? Hoe maak je dingen kwantificeerbaar? Wat is het effect op kwaliteit en financiën?' – deelnemer

7) De afbakening van de populatie is ingewikkeld

Volgens de deelnemers is de populatie die gebruik maakt van de zorg in de experimenten en proeftuinen divers. Veelal gaat het om de doelgroep kwetsbare ouderen, maar de problematiek van deze populatie is veelzijdig en veelomvattend. Hoewel in de *Observatie en Diagnostiek* experimenten gebruik wordt gemaakt van inclusiecriteria blijft het nog steeds ingewikkeld om de populatie die in aanmerking komt te definiëren. Mede doordat er geen zicht is op de verschillende in- en exclusiecriteria tussen de experimenten. Dit laatste punt komt ook naar voren in het onderzoek van NZa naar de observatie en diagnostiekbedden.

8) Het opleveren van een goed onderbouwde business case ingewikkeld in experimenten

Een goed onderbouwde business case is in de beginfase van een experiment nog niet altijd op te leveren. Iedere zorgverzekeraar verwacht een onderbouwing die aangeeft welke inspanning, activiteiten en financiële middelen nodig zijn en wat de opbrengsten zijn. Hoewel aanbieders inzien dat een business case inzicht en transparantie biedt, geven zij ook aan dat het ingewikkeld is om een business case te onderbouwen. Allereerst doordat zij (nog) niet beschikken over de juiste data of informatie om de business case te onderbouwen. Er is vaak geen controlegroep waaraan je het verschil of de beoogde resultaten kunt meten. Tevens geven sommige deelnemers aan dat zij voor het opmaken van een onderbouwde business case niet de benodigde expertise en/of capaciteit in huis hebben. Verder ervaren enkele deelnemers het als vervelend dat ze ieder jaar weer hetzelfde inhoudelijk gesprek voeren over de onderbouwing van dezelfde (goedgekeurde) business case met de zorgverzekeraar.

9) Het ontbreken van volgebeleid onder zorgverzekeraars

De versnippering van zorgverzekeraars en het ontbreken van een volgebeleid door verzekeraars wordt door de aanbieders als een knelpunt ervaren. De maatwerkafspraken die een experiment met een (dominante) zorgverzekeraar in de regio maakt, worden niet altijd door andere zorgverzekeraars gevolgd. Deelnemers zien graag dat ze hun zorg kunnen inzetten voor al hun cliënten en niet alleen bij diegene die bij de zorgverzekeraar(s) zijn verzekerd die het experiment financiert. Zorgverzekeraars Nederland herkent dit punt. Ze zijn bezig om te kijken naar wat kan en mag op het gebied van samenwerking op bepaalde beleidsterreinen tussen zorgverzekeraars. Het moet passen binnen de regelgeving van ACM.

10) Covid heeft de ontwikkeling van de experimenten en proeftuinen bemoeilijkt

Door de ontwikkelingen rondom Covid hebben meerdere experimenten een moeilijke start gehad met name door een tegenvallende personele bezetting. De druk op het personeel was hoog en leverde vertragingen op in de totstandkoming van samenwerkingen. Zo werden zorgaanbieders verplicht om het MDO op afstand te organiseren, terwijl dit een belangrijk moment is om het zorgnetwerk op te bouwen en verbinding met elkaar te vinden.

3.3 Wat is nodig?

Om bovengenoemde knelpunten op te lossen en te zorgen voor een verdere ontwikkeling van de GRZ, ELV en GZSP hebben de onderzoekers op basis van de inspiratiesessies en interviews met stakeholders opgehaald wat daarvoor nodig is.

- **Realiseren van centrale coördinatie, waar verzameling van resultaten plaatsvindt, goede voorbeelden worden gedeeld en uitwisseling tussen experimenten wordt gestimuleerd.**

'We hebben centrale regie of betrokkenheid van een overkoepelende organisatie nodig, die overzicht en ondersteuning kan bieden en mogelijk kan zorgen voor meer samenhang' – deelnemers inspiratiesessie

De experimenten hebben behoefte aan een centrale regierol, en meer contact tussen de experimenten om op te halen wat zij doen en wat de resultaten zijn. Ook inspiratiesessies of bijeenkomsten waar de experimenten bij elkaar komen uitkomsten en geleerde lessen uit te wisselen kunnen hieraan bijdragen.

- **Ondersteuning bij het opstellen van business case en het meetbaar maken van resultaten**

Een aantal experimenten geven aan dat ze graag ondersteuning zouden willen bij het opstellen van een onderbouwde business case. Ze hebben niet de benodigde expertise of capaciteit in huis om de business case op te stellen. Daarnaast hebben de experimenten hulp nodig bij het meetbaar maken en daarmee aantoonbaar maken van het effect van het experiment op de kwaliteit van zorg en de reguliere financiering. Hierbij helpt het volgens hen om gebruik te maken van goede voorbeelden en het uitwisselen van informatie en data tussen verschillende aanbieders te vereenvoudigen.

- **Positioneren van specialist (ouderengeneeskunde) in de eerste lijn**

Het MESO experiment, initiatieven buiten de beleidsregels en stakeholders geven aan dat de inzet van de SO in de eerste lijn waardevol is. Deelnemers van het MESO experiment geven aan dat het de samenwerking met de huisarts versterkt en hierdoor kennis makkelijk(er) wordt uitgewisseld. Verder kan het mogelijk de verwijzingen naar de tweedelijnszorg verminderen. Door Verenso, deelnemers van de experimenten en de initiatieven wordt aangegeven dat het nodig is om de positionering en het takenpakket van de SO in de eerste lijn te verduidelijken. Dit geldt overigens niet alleen voor de SO in de eerste lijn, maar ook voor andere disciplines zoals de wijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist of de Physician Assistent (PA). Dit vraagt ook om meer aandacht voor taakherschikking in de eerste lijn. Deze bevindingen zijn in lijn met het advies in het onderzoek 'varen op ervaringen' waarbij het belang van positionering van de SO wordt erkend. Wat bij de experimenten en initiatieven nog ontbreekt is een duidelijke beschrijving van de beroepsinhoud van zorgprofessionals in de eerste lijn. Daarnaast zijn goede onderlinge samenwerkingsafspraken nodig die recht doen aan de expertise en competities van de verschillende disciplines. Bijkomend effect is dat deze ontwikkelingen bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van zorg volgens de geïnterviewde partijen. Vanuit daar kan worden gewerkt aan kwaliteitsstandaarden en de bekostigingsstructuur.

➤ Meer betrekken en informeren van cliënten

'Er wordt nu nog te weinig naar de voorkant gekeken...ga in gesprek met de cliënt in de thuissituatie voordat (meer) zorg nodig is' – interview stakeholder

Uit de interviews blijkt dat meerdere landelijke partijen vinden dat de behoeften van de inwoner, cliënt of patiënt niet mag worden vergeten in de (door)ontwikkeling van GRZ, ELV en GZSP. Dit komt volgens hen nog niet in alle experimenten even goed naar voren. Het betrekken van de cliënt begint bijvoorbeeld met een gesprek over wat hij/zij belangrijk vindt. Het onderzoek 'varen op ervaringen' beveelt hierbij aan om participatiedoelen als uitgangspunt te nemen. Dit gesprek kan preventief gevoerd worden door

bijvoorbeeld de wijkverpleging. De geïnterviewden geven aan dat hiervoor de juiste competenties en voldoende beschikbare tijd van de zorgprofessionals benodigd zijn. Verder zien dezelfde partijen dat het voor zowel cliënten als zorgprofessionals schort aan laagdrempelige en begrijpelijke informatie over de mogelijkheden binnen de verschillende zorgvormen in de kortdurende zorg. Het is ingewikkeld om aan de cliënten uit te leggen. Daarbij is het niet alleen voor de cliënten onduidelijk welke zorg zij kunnen ontvangen binnen bijvoorbeeld GZSP, maar bestaat ook het beeld dat zorgprofessionals niet altijd op de hoogte zijn van alle mogelijkheden binnen de kortdurende zorg.

➤ Ontwikkelen van kwaliteits- en normenkaders.

Landelijke partijen geven aan dat het ontwikkelen van kwaliteits- en normenkaders belangrijk is om uiteindelijk structurele financiering aan te kunnen vragen. Zorginstituut Nederland benadrukt dat het omschrijven en definiëren van goede zorg een belangrijke eerste stap is. Vanuit het perspectief van het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland is het niet duidelijk genoeg of experimenten daar mee bezig zijn. De zorgaanbieders geven zelf ook aan dat het moeilijk is om dit goed op papier te krijgen, voornamelijk omdat niet duidelijk en concreet wordt gecommuniceerd welke eisen, richtlijnen en kwaliteitsstandaarden dienen te worden gehanteerd.

'Bij de experimenten is iedereen goed bezig, maar landelijk gezien is dit dan goede zorg? Je verwacht dan dat professionals dit aggregeren en verrijken naar landelijk niveau en daar met elkaar over praten in andere regio's om samen te definiëren wat goede en samenhangende zorg is' - interview stakeholder

➤ Leren van andere zorgdomeinen, zoals de gehandicaptenzorg

Er zijn overeenkomsten tussen de werkwijze in de gehandicaptenzorg en de kortdurende ouderenzorg. In de gehandicaptenzorg wordt bijvoorbeeld een orthopedagoog ingezet bij onbegrepen gedrag. Daarin werkt de orthopedagoog nauw samen met een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG). Dit kan een voorbeeld zijn voor samenwerking tussen een orthopedagoog en een SO in de (extramuraal) ouderenzorg. Meerdere geïnterviewde stakeholders geven aan om te leren van best practices uit de gehandicaptenzorg en deze mee te nemen in de doorontwikkeling van de kortdurende ouderenzorg. In de interviews is niet verder gevraagd naar deze best practices, omdat dit buiten de scope van dit onderzoek valt.

4. Conclusie, aanbevelingen en vervolgstappen

Met dit onderzoek zijn de stand van zaken, (eerste) resultaten, successen en knelpunten van lopende experimenten binnen de GRZ, ELV en GZSP in kaart gebracht. In dit hoofdstuk geven we een antwoord op de onderzoeksvragen, en worden er op basis van de bevindingen aanbevelingen gedaan die door de betrokken partijen kunnen worden opgepakt om de lopende experimenten en de kortdurende zorg verder te ontwikkelen.

4.1 Conclusie

Stand van zaken lopende experimenten en de aanpak van experimenten (onderzoeksvraag 1 en eerste deel vraag 2).

In het onderzoek zijn 11 lopende experimenten betrokken. De onderzoekers concluderen dat het niet makkelijk was om te achterhalen welke experimenten er momenteel lopen in het land. Dit komt doordat de lopende experimenten niet zijn belegd bij één centrale partij, maar de deelnemers afspraken maken met verschillende zorgverzekeraars in de regio. Het overkoepelende doel van de experimenten is het voorkomen van onnodige (acute) zorg en komen tot passende zorg voor een cliënt. Alle experimenten zijn gericht op een (veelal thuiswonende) doelgroep met een complexe zorgvraag. Het experiment pre-diagnostische fase richt zich hierbij heel specifiek op een doelgroep, die te maken heeft met langdurig alcoholgebruik. Het Virtual Ward experiment vormt een uitzondering, omdat het experiment zich richt is op de samenwerking tussen professionals rond deze doelgroep, wel met hetzelfde doel namelijk de juiste zorg op de juiste plek voor de cliënt creëren.

Opvallend is dat de experimenten, die zich richten op *observatie-en diagnostiekbedden*, dezelfde visie delen en op hoofdlijnen dezelfde aanpak hebben. De cliënt wordt namelijk gedurende een periode van x dagen geobserveerd en gediagnostiseerd met als doel om tot de juiste vervolgzorg (en/of indicatie) te komen. De achterliggende gedachte is dat binnen de bestaande systematiek deze vorm van observatie en diagnostiek niet mogelijk is. Binnen de GRZ is ontvangen medische zorg een randvoorwaarde en binnen de ELV zijn de tarieven niet toereikend om de professionele inzet voor de bedden te bekostigen.

Echter zijn er verschillen tussen de experimenten in de manier waarop zij de observatie en diagnostiek inzetten. Daarnaast zien we ook verschillen op het gebied van maximale ligduur, de verwijzer en de uitstroom naar een zorgdomein. Het verschilt ook per experiment in de mate waarop zij de resultaten hebben (kunnen) meten. Het verkrijgen van (meetbare) resultaten is voor veel experimenten een uitdaging gebleken. Het experiment pre-diagnostisch Korsakov heeft overkomsten met de werkwijze van de observatiebedden. Zij laten concreet zien wat de voordelen zijn van een pre-diagnostische fase bij de ziekte van Korsakov.

Het MESO experiment richt zich op de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. In het land bestaan, ook buiten de experimenteerregels, soortgelijke initiatieven waarbij wordt ingezet op de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. In zowel het experiment van MESO als de andere initiatieven wordt de specialist ouderengeneeskunde als waardevol gezien. Het zorgt voor kennisuitwisseling tussen specialist ouderengeneeskunde, huisarts en andere betrokken professionals. In het experiment WijkKliniek wordt ook multidisciplinair samengewerkt. De WijkKliniek laat zien hoe de substitutie van ziekenhuiszorg naar de wijk kan worden vormgegeven, waarbij gefocust wordt op terugkeer naar huis in samenwerking met de directe omgeving. Ook het experiment Gesloten Herstel wil cliënten met een delier een kans geven om terug te keren naar huis. Zij doen dit in een passende omgeving voor deze doelgroep cliënten.

Wat gaat goed en wat kan nog beter (tweede deel onderzoeksvraag 2)

De onderzoekers zien dat door de experimenten de samenwerking tussen aanbieders en tussen zorgprofessionals in de verschillende domeinen wordt versterkt. Er ontstaan korte lijnen tussen de zorgpartijen, wat het uitwisselen van kennis tussen zorgprofessionals bevordert. Verder geven de deelnemers aan dat ze (voorzichtige) resultaten ervaren omtrent het voorkomen of uitstellen van verpleeghuis- of een

ziekenhuisopname. Daarbij zien ze dat cliënten die wel worden opgenomen zo veel mogelijk zorg op de juiste plek ontvangen, doordat de zorgvraag aan de voorkant beter in beeld komt. Daarentegen zijn ook een aantal knelpunten genoemd door de experimenten, die de ontwikkeling en eventuele bredere landelijke uitrol belemmeren, namelijk:

- Het ontbreken van landelijk of regionaal overzicht en centrale regie over de bestaande experimenten.
- Het meetbaar maken van resultaten, waardoor opschaling en structurele financiering uitblijft.
- Het afbakenen van de (cliënt)populatie is ingewikkeld.
- Het ontbreken van volbeleid of afspraken van zorgverzekeraars.
- Het opleveren van een goed onderbouwde business case is ingewikkeld voor de experimenten.

Een aantal van bovengenoemde knelpunten bieden volgens de onderzoekers een aantal kansen om de experimenten verder te brengen. Deze verbeterpunten ofwel aanbevelingen worden verderop toegelicht in paragraaf 5.2.

Wat is nodig, volgens aanbieders en betrokken stakeholders (onderzoeksvraag 3)

De deelnemers van de experimenten hebben als specifieke wens geuit experimenten met elkaar te willen verbinden, de krachten te bundelen en hierdoor (meer) beweging te creëren. Een centraal punt van waaruit overzicht wordt geboden kan hen hierin helpen. Naast het overzicht wordt ook gevraagd om ondersteuning bij bijvoorbeeld het opstellen van de business case of het beschrijven van de goede zorg. Verder zoeken de experimenten naar manieren waarop je kunt meten en aantonen dat wat je oplevert ook daadwerkelijk bijdraagt aan goede zorg. Een andere behoefte is het verder positioneren van de specialist (ouderengeneeskunde) in de eerste lijn en daarmee een taakherschikking van alle betrokken zorgprofessionals in de eerste lijn te creëren. Dit begint bij het beschrijven van de beroepsinhoud en vervolgens kan vanuit daar gewerkt worden van kwaliteitsstandaarden en de bekostigingsstructuur. Verder geven stakeholders dat de behoeften van de cliënt niet mag worden vergeten en hier in de toekomst meer aandacht naar toe moet gaan. Tot slot wordt door meerdere stakeholder het leren van andere zorgdomeinen gezien als kans om mee te nemen in de doorontwikkeling van de GRZ, ELV en GZSP.

Goede voorbeelden en interessante bevindingen voor bredere landelijke uitrol (onderzoeksvraag 4)

In het algemeen zien de onderzoekers dat de meeste experimenten nog lopen waardoor er alleen nog maar voorlopige resultaten beschikbaar zijn. De Covid periode heeft hierin vertraging opgeleverd. De deelnemers van de experimenten laten zien dat de zorg die zij leveren van toegevoegde waarde is, maar de onderzoekers merken op dat zij dat nog lastig kunnen onderbouwen. Echter bieden de experimenten een aantal goede voorbeelden die bij kunnen dragen aan de verdere ontwikkeling van de GRZ, ELV en GZSP. Hierbij valt te denken aan:

- De inzet van multidisciplinaire expertise in het ELV
- De inzet van de SO in de eerste lijn
- Het toepassen van (vroegtijdige) observatie en diagnose
- Vroeg in het zorgproces (aan de voorkant) focussen op de wensen van de cliënt.
- Substitutie van ziekenhuiszorg naar de eerste- of 1,5^e lijn om zorg voor kwetsbare ouderen te bieden in een passende omgeving.
- Eén platform gebruiken door alle zorgprofessionals betrokken in het zorgnetwerk van de cliënt (zoals Virtual Ward).
- Het vergroten van de samenwerking tussen verschillende aanbieders draagt bij aan een versteviging van de GRZ, ELV en GZSP.

Om verdere uitspraken te kunnen doen over bevindingen die mogelijk interessant zijn voor een landelijke uitrol concluderen de onderzoekers dat daarvoor een aantal stappen nodig zijn. De verschillende experimenten zijn bezig met het verzamelen van de (eerste) resultaten. Om van elkaar te leren is het belangrijk dat een overzicht wordt gecreëerd van de bestaande experimenten en hun resultaten. Op basis van dit overzicht is het mogelijk om een overstijgend beeld en bewijs te vormen op welke wijze bepaalde

experimenten kunnen bijdragen aan de reguliere zorg. Verder geven deelnemers van de experimenten aan dat zij graag zien wat nodig is aan randvoorwaarden om over te gaan tot bredere regionale of landelijke uitrol. Deze randvoorwaarden zijn nu niet voldoende bekend bij de deelnemers van de experimenten.

4.2 Aanbevelingen

De onderzoekers zien een aantal kansen om de knelpunten en geleerde lessen uit de evaluatie mee te nemen in een verdere ontwikkeling van de GRZ, ELV en GZSP. Het advies is dan ook om de volgende aanbevelingen op te pakken met alle betrokken partijen en zo ook de deelnemende experimenten. We hebben de aanbevelingen zoveel mogelijk belegd bij één partij. Dit betekent niet dat deze partij de volledige verantwoordelijkheid heeft, maar de regierol draagt. De (door)ontwikkelingen van de kortdurende zorg is een gezamenlijke opgave voor de gehele sector.

1. Beleg een coördinerende en overkoepelende organisatie functie bij één partij.

Het is een specifieke wens vanuit de experimenten om experimenten met elkaar te verbinden, de krachten te bundelen en hierdoor (meer) beweging te creëren. Dit vraagt om een coördinerende rol die de verschillende resultaten bundelt en monitort, good practices deelt met het veld en experimenten met elkaar in contact brengt. Tot op heden is er nog geen partij die deze regierol oppakt. Het advies is om een partij aan te wijzen die overzicht en ondersteuning kan bieden en kan zorgen voor meer samenhang door resultaten van lopende experiment te bundelen en goede voorbeelden te delen. In deze aanbeveling zien wij een verbindende rol op de inhoud weggelegd voor het ministerie van VWS. In deze rol werken zij samen met de NZa. Zij maken een overzicht van (lopende) experimenten en stellen dit overzicht beschikbaar op hun website.

➤ **Oprichting voor VWS in samenwerking met NZa, branchepartijen en deelnemende experimenten**

2. Leg succesvolle resultaten vast zodat regionale of landelijke uitrol kan worden gerealiseerd.

De deelnemers van de experimenten geven aan dat het voor hen onduidelijk is welke resultaten nodig zijn om de meerwaarde van hun experiment aan te tonen. De meerwaarde van experimenten is nog onvoldoende vastgelegd en met elkaar gekoppeld. Mede hierdoor is het niet mogelijk om te komen tot opschaling en/of structurele bekostiging. Om voorgenoemde te realiseren zien de onderzoekers dat de volgende stappen nodig zijn:

- i. Schets als branche- en beroepsverenigingen heldere kaders over wat goede kortdurende zorg (GRZ, ELV en GZSP) betekent. Op basis van deze kaders kunnen de experimenten definiëren wat de meerwaarde is van het experiment voor de cliënt.

➤ **Oprichting voor de branche- en beroepsverenigingen en ZonMw.**

- ii. Breng vergelijkbare experimenten met elkaar in verbinding te om zo (overstijgend) bewijs te creëren wat (niet) werkt en wat de meerwaarde is van de experimenten. Dit bewijs en de verbinding tussen de experimenten is nodig voor opschaling op regionaal of landelijk niveau. Met elkaar kan overstijgend bewijs worden gecreëerd hoe deze zorg bijdraagt aan de bestaande reguliere zorg.

➤ **Oprichting voor VWS, branche- en beroepsverenigingen en ZonMw.**

- iii. Stel richtlijnen op of maak inzichtelijk voor experimenten waar zij aan moeten voldoen en welke resultaten zij moeten opleveren om in aanmerking te komen voor opschaling en/of structurele bekostiging van de zorg die wordt geleverd in een experiment.

➤ **Oprichting voor VWS in samenwerking met NZa, ZonMw en beroeps- en branchepartijen.**

3. Vorm samen met het veld een visie m.b.t. toekomstbestendige kortdurende zorg.

Samen met elkaar nadenken over de inrichting en positionering van de kortdurende zorg in het zorgsysteem. Recentelijk is in het Coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' 2021-2025 opgenomen dat met alle zorgsectoren in de Zvw een Integraal Zorgakkoord wordt afgesloten voor de periode vanaf 2023. Daarnaast wordt de organisatiegraad in de basiszorg versterkt met een programma voor

de (door)ontwikkeling van lokale en regionale nulde- en eerstelijnsorganisaties. Er wordt ingezet op betere samenwerking ook in aansluiting met het sociaal domein. Deze versterking ondersteunt de afspraken in het Integraal Zorgakkoord. Het advies is om te bekijken en uitwerking te geven aan de aansluiting van de kortdurende zorgvormen (ELV, GRZ en GZSP) in dit akkoord en vanuit daar te bekijken of en wat er aanvullend nodig is voor een toekomstbestendige kortdurende zorg binnen het brede aanbod van de basiszorg.

➤ **Opdracht voor VWS, ZiNL, ZonMw, NZa met branche- en veldpartijen.**

4. Ontwikkel gezamenlijk kwaliteits- en normenkaders.

Allereerst helpt het om met elkaar duidelijk te maken hoe experimenten kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van kwaliteits- en normenkaders. Daarna is het van belang om samen met het veld, de branchepartijen en beroepsverenigingen kwaliteits- of normenkaders te ontwikkelen. Het programma Beter Thuis kan hierin een rol spelen door het ondersteunen en stimuleren van het schrijven van nieuwe kaders.

➤ **Opdracht voor ZonMw (in samenwerking met VWS), branchepartijen en deelnemende experimenten.**

5. Gebruik de goede voorbeelden uit de experimenten om te werken aan verdere ontwikkeling van de kortdurende zorg.

Een van de conclusies van het onderzoek is dat de deelnemers van de experimenten laten zien dat de zorg die zij leveren van toegevoegde waarde is, maar wordt opgemerkt dat zij dit nog lastig kunnen onderbouwen. Hierdoor is opschaling of structurele bekostiging nog niet aan de orde is. Echter geven de experimenten goede voorbeelden om een beeld te vormen van de belangrijke thema's die kunnen bijdragen aan de doorontwikkeling van de kortdurende zorg. Ons advies is om deze goede voorbeelden te gebruiken bij het bepalen van een ontwikkelagenda of routekaart, waar vanuit het programma Beter Thuis de komende jaren op kan worden ingezet.

➤ **Opdracht voor ZonMw (in samenwerking met VWS), branchepartijen en deelnemende experimenten.**

6. Werk (meer) integraal en multidisciplinair vanuit het perspectief van de cliënt.

Naast bovenstaande aanbevelingen willen de onderzoekers nog een aandachtspunt meegeven. Hoewel de insteek van de experimenten gericht zijn op betere zorg voor de cliënt denken de onderzoekers dat nog meer gedacht kan worden gegeven aan het perspectief van de cliënt. Het is voor een cliënt, zoals Johanna, niet relevant vanuit welke financieringsstroom, financiële regeling of beleidsregel de zorg georganiseerd wordt. Zolang Johanna maar de gewenste en passende zorg krijgt die aansluit bij haar zorgvraag. Zeker in de toekomst en bij het inrichten van integrale en multidisciplinaire zorg en samenwerking (in zowel de nulde – en eerste lijn) is het denken vanuit het perspectief van de cliënt meer dan gewenst. Verder wordt in het coalitieakkoord 2021- 2025 de gemeenten opgeroepen om het mogelijk kwetsbare ouderen vroeg in beeld te hebben langer thuis wonen mede te faciliteren. Wanneer het gaat om het inrichten van integrale zorg en multidisciplinaire samenwerking, waardoor ouderen langer thuis kunnen blijven wonen ligt deze verantwoordelijkheid niet alleen bij de gemeenten en het sociaal domein, maar draagt het hele veld hierin een verantwoordelijkheid. In lijn met deze integrale gedachte is het interessant om te onderzoeken van de mogelijkheden om de verschillende zorgvormen in de kortdurende zorg te integreren onder één product, waarbij vanuit cliëntperspectief wordt bekeken wat de cliënt op dat moment aan zorg nodig heeft.

4.3 Vervolgstappen

Bovengenoemde aanbevelingen zijn hieronder afgebeeld in stappen. De stappen in het figuur zijn niet volgordekelijk en kunnen naast elkaar lopen.

Stappen	Betrokken partijen
 Coördinerende functie beleggen bij één partij.	VWS
 (Verder) in kaart brengen van de lopende experimenten door bijvoorbeeld uitvraag te doen bij zorgverzekeraars en branchepartijen.	NZa, ZN en branchepartijen
 Randvoorwaarden opstellen die beschrijven welke randvoorwaarden nodig zijn om een experiment op te schalen.	NZa
 Samen met de experimenten (die al in beeld zijn) definiëren wat de meerwaarde is en op welke manier de resultaten van de experimenten kunnen bijdragen aan de reguliere zorg.	ZonMw, VWS, NZa, deelnemers experimenten
 Samen met het veld een visie vormen met betrekking tot de toekomstbestendige kortdurende zorg.	VWS, NZa, ZonMW, branche-en beroepsverenigingen
 Gezamenlijke kwaliteits- en normenkaders ontwikkelen.	ZonMw en branche-en beroepsverenigingen

Figuur 2: Vervolgstappen

Bijlagen

Bijlage 1 - Deelnemers begeleidingscommissie en stakeholdersgroep

Begeleidingscommissie	Stakeholdersgroep	Interviews	Stakeholdersessie	Schriftelijke feedbackronde
ZonMW	ZonMw		X	X
VWS	VWS		X	X
NZa	ActiZ	X	X	X
	Verenso	X	X	X
	Patentfederatie	X	X	X
	Iederln	X	X	
	Zorgverzekeraars Nederland	X	X	X
	Zorginstituut Nederland	X	X	
	V&VN	X	X	X
	NVO	X	X	X
	NIP			X
	InEen			

Bijlage 2 - Successen en knelpunten per experiment

Naam experiment	Deelnemende aanbieders	(hoofd)zorg verzekeraar	Successen	Knelpunten
Functionele Lichamelijke En Cognitieve Screening (FLECS)	ZZG; Kalorama; Groenhuijsen; Aafje; Vivium; Florence; Amaris	CZ	<ul style="list-style-type: none"> • 24/7 opname is mogelijk, dus ook voor crisisopname. • Multidisciplinaire zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoge uitstroom naar de Wlz. • Iedere jaar opnieuw inhoudelijke discussies omtrent business case. • Klassiek beeld van zorginkoop door zorgverzekeraars. • Gebrek aan een algehele visie binnen de kortdurende zorg
Triage en diagnose periode tijdelijk verblijf	Vivium, Amaris, Beweging 3.0, Axioncontinu, Aafje	Zilveren Kruis	<ul style="list-style-type: none"> • Onmisbare schakel in de acute zorgketen. • Verbinding met de coördinatiefunctie en met andere organisaties waardoor onderlinge rivaliteit verdwijnt. • Belang van de cliënt staat voorop. 	<ul style="list-style-type: none"> • Volgbeleid van de zorgverzekeraar(s). • Missende regierol op de experimenten. • Aanmeldingen van cliënten die buiten de Inclusiecriteria vallen. • Afbakening van de doelgroep.
ACU	Azora, Markenheem en Sensire	Menzis en Menzis zorgkantoor	<ul style="list-style-type: none"> • Aanvulling op het regionale zorgaanbod. • Ontlasten van andere zorgprofessionals. • Duidelijke onderlinge afspraken die zijn gemaakt en waar iedereen zich ook aan houdt. • Juiste zorg op de juiste plek voor de cliënt. • Zorgprofessionals die geschikt zijn voor de (complexe) zorgvraag. • Diagnose is mogelijk bij medisch specialistische problematiek 	<ul style="list-style-type: none"> • Structurele bekostiging van experiment • Samenwerken in de keten • Personeelsbezetting • Regionaal gebruik van zorgtechnologie • Dataverzameling
SOABB	Laurens, Stichting Humanitas Rotterdam, Saffiergroep, Zorgspectrum Utrecht, Woonzorgcentra Haaglanden	Zilveren Kruis	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking • Kennisnetwerk draagt bij aan effectiviteit en oplossingsgerichtheid • Positieve cliëntervaringen 	<ul style="list-style-type: none"> • (Structurele bekostiging • Het onderscheiden van de verschillende fasen binnen SOABB.

Triagepilot	Zorgaccent, Triviummeulenbelt, Carrint Reggelandgroep (adherentiegebied ZGT); Livio, De Posten; Liberein(adherentiegebied MST); Marga Klompé; Zorggroep Groningen;	Menzis	<ul style="list-style-type: none"> • Een juiste indicatie en vervolgzorg voor 76% van de cliënten. • Eenduidige diagnostiek en triage en het voorkomen van dubbel werk door substitutie van (zorg) diagnostiek van de eerstelijns en SEH naar het de VVT. • Optimale mogelijkheid tot herstel voor cliënt doordat een geriatrische revalidatie behandeling (GRZ-indicatie) direct vanuit huis en SEH mogelijk is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meer inzicht in de cliëntprofielen • Aanmeldingen van cliënten die buiten de Inclusiecriteria vallen • Veel verwijzingen vanuit het ziekenhuis
WijkKliniek	Zorgcirkel, Cordaan, Amsterdam UMC		<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking tussen zorgprofessionals • Verbinding onderling waardoor je als gelijkwaardige en betrouwbare partner wordt gezien. • Multidisciplinaire zorg voorkomt ziekenhuisopname van diverse diagnosegroepen 	<ul style="list-style-type: none"> • Personele bezetting • Bekostiging • Het maken van een business case • Digitale barrières • Onder de aandacht brengen van het project • Het veilig delen van (cliënt)gegevens tussen de aanbieder is volgens de deelnemers een terugkerend
Virtual Ward	Cordaan en Amsterdam UIMC	Zilveren Kruis	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking tussen beroepsgroepen waardoor kennis en respect groeit. • Duidelijke afspraken waar iedereen zich ook aan houdt. • Multidisciplinaire inzetbaarheid waardoor binnen de disciplines informatie over een cliënt snel en makkelijk vindbaar is. • Verbinding van zorgprofessionals • Platform niet alleen voor dossierdeling maar ook voor onderlinge communicatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Uniforme opleiding voor de zorgprofessionals is ingewikkeld. • Toegevoegde waarde creëren • Bewijsbaar en meetbaar maken op het gebied van preventie. • (Structurele) financiering • Creëren van draagvlak, samenhang en uniformiteit binnen de verschillende contexten.
MESO Zorg	Praktijk ouderengeneeskunde Bertholet Stichting Geïntegreerde eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ) Stichting Eerstelijnscentrum Tiel (ECT) ZONBOOG Gezondheidscentrum Ommoord B.V.	Menzis	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking met de huisartsenpraktijken. • Geschikte zorgprofessionals die het concept omarmen, leergierig en meedenkend zijn. • Belang wordt erkent bij stakeholders. • Alle zorgverzekeraars zijn aangesloten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitsluiting van cliënten met een Wlz indicatie in het experiment • Complexe zorgvraag • Personele bezetting komt in het geding door: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Covid en een oplopende vraag van SO in intramuraal settingen ◦ Tekort aan huisartsen en SO • Financiering maakt het niet mogelijk om extra personeel in te zetten.
Pre-diagnostische fase Korsakov	Lelie zorggroep	Zilveren Kruis, VGZ en CZ	<ul style="list-style-type: none"> • Zichtbare fysieke vooruitgang bij cliënten • Combineren van zorgpaden • Herstelgerichte zorg met de focus op de zorgindicatie. 	<ul style="list-style-type: none"> • De diagnosestelling heeft een grote impact op cliënten en hun naasten. Het is meer een knelpunt voor de cliënt dan dat het een knelpunt is voor het proces.

				<ul style="list-style-type: none"> • Een knelpunt is dat het zorglandschap in Nederland erg gekaderd is, We hebben het in het gesprek gehad over de schotten verwijderen. Schotten tussen GGZ, VVT, eerste lijn etc. • De grote variëteit in cliënten en hun complexe zorgvragen is een knelpunt omdat het uniform maken van de doelgroep beperkt mogelijk is. • De toestroom van cliënten is groter is dan dat we kunnen bieden en daarom hanteren we criteria hanteren wie wel/niet kan worden opgenomen. Verwijzers zijn blij dat we criteria hanteren en deze ook communiceren. De capaciteit is hier het knelpunt.
Gesloten Herstel	Amsta en OLVG	Zilveren Kruis	<ul style="list-style-type: none"> • Breed inclusiecriteria • Zorgprofessionals die dezelfde taal spreken 	<ul style="list-style-type: none"> • Covid belemmerd in- en uitstroom van cliënten • Complexiteit van de zorg – cliëntprofiel is niet altijd duidelijk. • Complexiteit van het zorgsysteem; veel zorgaanbieders waar je afspraken mee moet maken en die allemaal in eigen systemen en netwerken werken. • Personele bezetting • Business case • Opschaalbaarheid • Missende regierol • Aandeel cliënten stroomt door naar Wlz omdat ze te laat in beeld komen of veel bijkomende aandoeeningen hebben.

