



TERUGKOPPELING ONDERZOEK BETER OUD IN AMSTERDAM

Yvonne La Grouw, VU Amsterdam

Hein van Hout, VU Medisch Centrum



INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	3
2.	AIEC bevindingen.....	4
3.	PAIEC bevindingen.....	7
4.	Lessen uit de implementatie	15
5.	Bijlagen: overzicht vragenlijsten.....	18

CONTACT

Yvonne La Grouw, Vrije Universiteit Amsterdam

y.m.lagrouw@vu.nl

Hein van Hout, VU Medisch Centrum

hpj.vanhout@vumc.nl

1. INLEIDING

Deze terugkoppeling beschrijft de bevindingen uit het onderzoek van het implementatieprogramma *Beter Oud in Amsterdam*. Gedurende 2016-2017 is een onderzoek gehouden naar hoe de implementatie van integrale, gestructureerde zorg voor (verhoogd) kwetsbare ouderen ervaren is in vier proeftuinen. Dit is gedaan door (1) het afnemen van een vragenlijst onder huisartsen en praktijkondersteuners ouderen, ook wel de AIEC genaamd; (2) het afnemen van een vragenlijst onder (verhoogd) kwetsbare ouderen die zorg ontvangen van hun huisartspraktijk, ook wel de PAIEC genoemd; en (3) het in kaart brengen van bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van integrale, gestructureerde ouderenzorg door middel van semigestructureerde interviews. De proeftuinen die deel hebben genomen in het implementatieprogramma zijn in deze terugkoppeling geanonimiseerd. Deze bevindingen kunnen gebruikt worden om de implementatie van gestructureerde, integrale zorg voor kwetsbare ouderen verder te ontwikkelen.

2. AIEC BEVINDINGEN

De *Assessment Integrated Elderly Care*, oftewel AIEC, is afgenomen bij alle vier de proeftuinen op twee momenten: aan het begin van het implementatieprogramma in 2016 ('baseline') en aan het eind in 2017 ('follow up'). De AIEC zoomt in op een zestal onderdelen van geïntegreerde zorg, weergegeven in tabel 1 hier onder. De volledige vragenlijst met alle items en scoringsschalen kunt u terugvinden in bijlage 1.

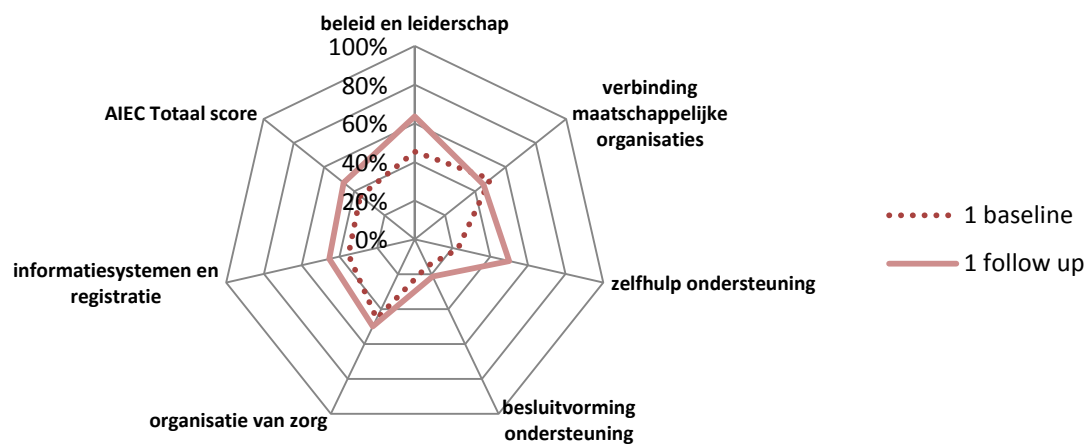
Tabel 1. Thema's uit de AIEC

Beleid en leiderschap	Ervaren mate van leiderschap, lange termijn visie en (meetbare) organisatiedoelen in de organisatie van zorg en begeleiding van ouderen.
Verbinding maatschappelijke organisaties	Ervan mate van het (systematisch) in contact brengen van ouderen met het aanbod van andere organisaties en hulpverleners en het maken van (regionale) afspraken en coördineren van verbindingen.
Zelfhulpondersteuning	Ervaren mate van het aanbieden van zelfhulpondersteuning zoals welzijn op recept of een valpreventie-cursus en aandacht aan mantelzorgers.
Besluitvorming ondersteuning	Ervaren mate van betrokkenheid van andere disciplines zoals specialist ouderengeneeskunde of geriater, de wijze van deze betrokkenheid, de ervaren mate van training van zorgverleners in ouderenzorg en het gebruik van beslisondersteuning instrumenten.
Organisatie van zorg	Ervaren mate van waarborgen van een goed functionerend zorgteam, mate van actief teamleiderschap, duidelijke verantwoordelijkheden en rollen, het maken van plannen, prioriteit van continuïteit van zorg, samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige en taakdelegatie van ouderenzorg.
Informatiesystemen en registratie	Ervaren mate van het systematisch identificeren van en beoordelen van het functioneren van kwetsbare ouderen, het bespreken en vastleggen van wensen rondom het levenseinde, het delen van informatie over de kwetsbare oudere met andere zorgverleners, reminders aan andere zorgverleners over acties bij ouderen, het beschikbaar stellen van feedback op teamprestaties en het opstellen van doelgerichte zorgleefplannen met follow-up.

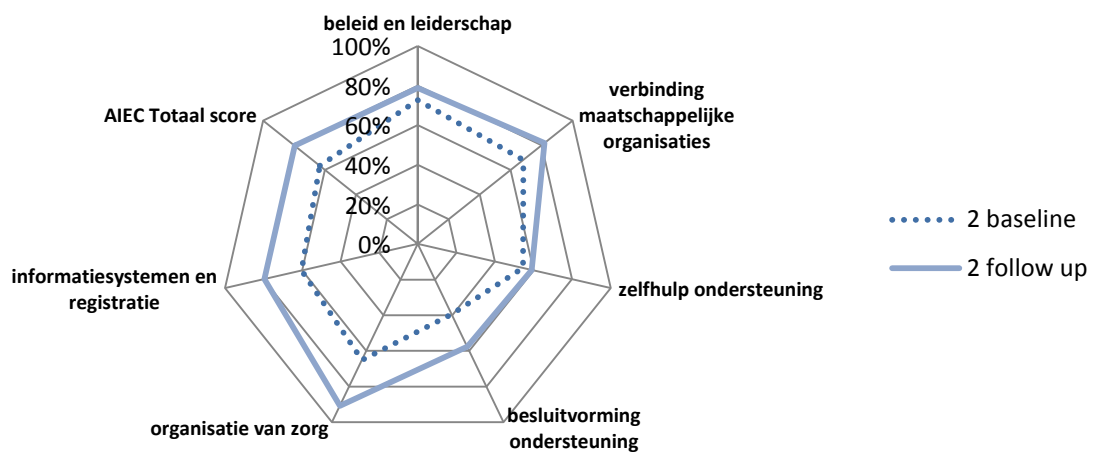
2.1. PROFESSIONAL ERVARING 'INTEGRATED CARE' IN DE PAIEC

Een overzicht van de meting op de zes thema's en de totaalscore van de verschillende proeftuinen zijn weergegeven in figuur 1, 2, 3 en 4 op de volgende pagina. De stippellijn geeft de uitkomst van de baseline-meting aan en de vaste lijn de uitkomst van de follow-up meting.

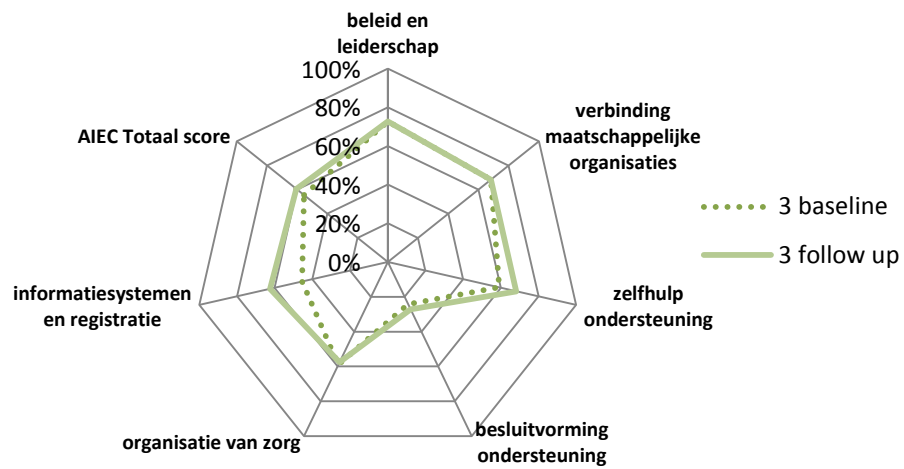
Figuur 1. Overzicht AIEC metingen proeftuin 1



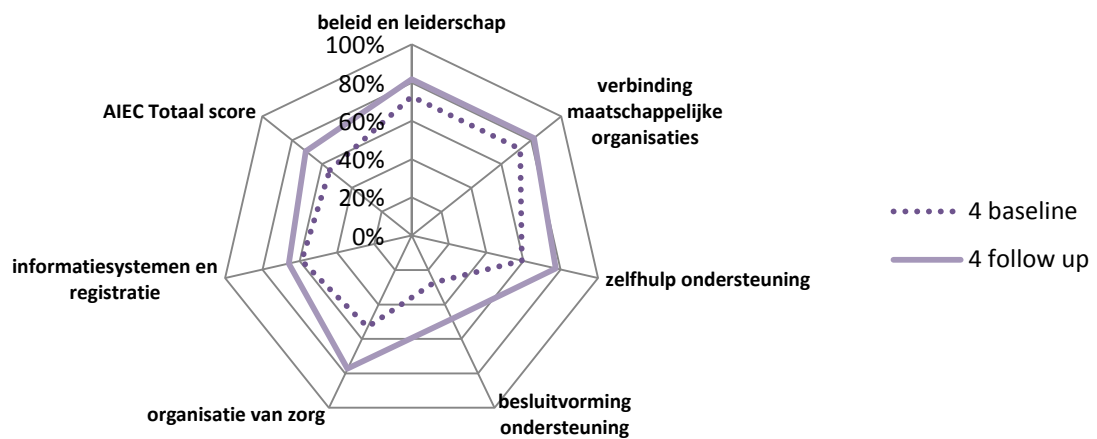
Figuur 2. Overzicht AIEC metingen proeftuin 2



Figuur 3. Overzicht AIEC metingen proeftuin 3



Figuur 4. Overzicht AIEC metingen proeftuin 4



3. PAIEC BEVINDINGEN

PAIEC staat voor *Patient Assessment of Integrated Elderly Care*. De volledige PAIEC-vragenlijst met antwoorditems kunt u vinden in bijlage 2. De vragenlijst is uitgezet onder ouderen die bij hun huisartspraktijk in beeld zijn als 'kwetsbare oudere'. Per proeftuin hebben de POH's 10 tot 20 vragenlijsten verstuurd onder hun 'kwetsbare ouderen'. De respons op de vragenlijst is als volgt: 8 ouderen in proeftuin 1; 9 ouderen in proeftuin 2; 6 ouderen in proeftuin 3; en 5 ouderen in proeftuin 4. Dit maakt een totaal van 28 ouderen die de PAIEC-vragenlijst hebben ingevuld.

De PAIEC besteedt aandacht aan drie hoofdthema's: patiënt activering en contextuele informatie, doelen stellen en problemen oplossen, en coördinatie en follow up. De operationalisering van deze thema's kunt u terugvinden in tabel 2 op de volgende pagina. Voordat we ingaan op de scores op deze thema's, kijken we eerst naar de 'kwetsbaarheids-karakteristieken' van de patiënten die de vragenlijsten hebben ingevuld in paragraaf 3.1. 'patiëntkenmerken'. Vervolgens bespreken we in 3.2. een overzicht van de scores op de drie hoofdthema's. Tot slot presenteren we in 3.3. een overzicht van de antwoorden per vraag.

3.1. PATIËNTKENMERKEN: KWETSBAAR OF VERHOOGD KWETSBAAR?

Kwetsbaarheid

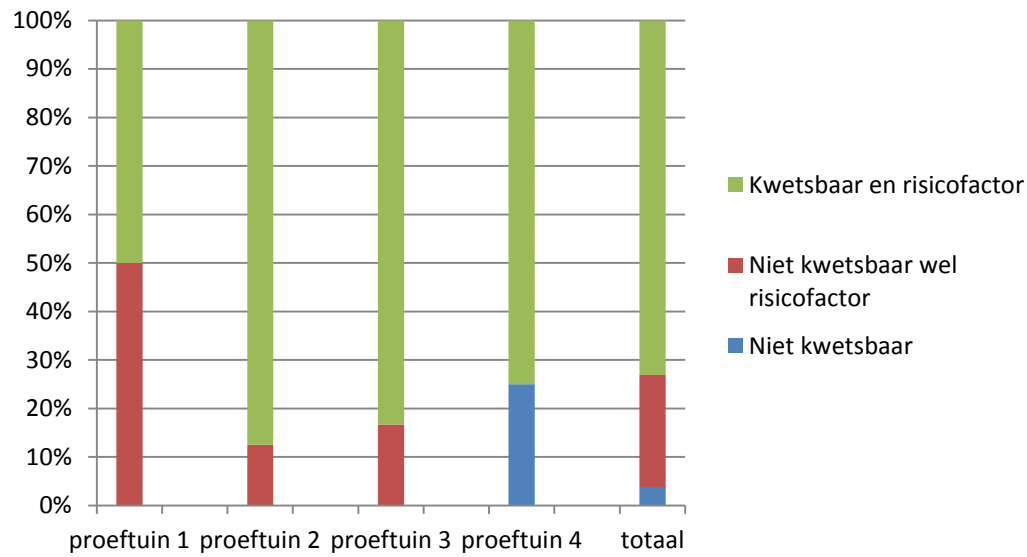
De mate van 'kwetsbaarheid' van de patiënten is in kaart gebracht door middel van de PRISMA7, vragenlijst. De PRISMA7 vragenlijst schat de mate van kwetsbaarheid van een patiënt in door de aanwezigheid van 7 risico's na te lopen. In bijlage 3 vindt u de originele PRISMA7 vragenlijst. Deze vragen gaan over leeftijd, geslacht, gezondheidsproblemen waardoor men bepaalde activiteiten niet kan ondernemen of waar men voor thuis moet blijven, hulp van anderen, aanwezigheid van een naaste in geval van nood en het gebruik van een stok, rollator of rolstoel. Indien de patiënt risico's loopt op minstens 3 van deze gebieden, dan kan deze patiënt volgens PRISMA7 als 'kwetsbaar' beschouwd worden.

Verhoogde kwetsbaarheid

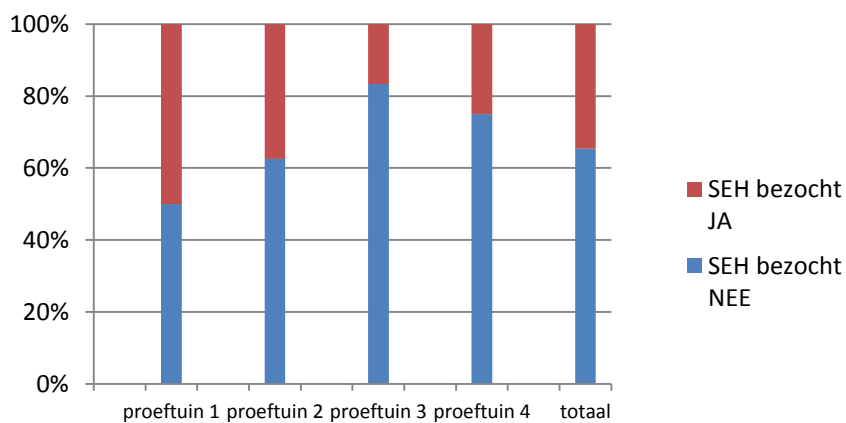
Integrale, gestructureerde ouderen zorg is binnen *Beter Oud in Amsterdam* gericht op de meest kwetsbare ouderen, omdat bij deze groep het meeste effect verwacht wordt. Om te kunnen meten in hoeverre ouderen verhoogd kwetsbaar zijn, zijn een vijftal extra risicofactoren meegenomen in het onderzoek. Hierbij wordt gekeken naar of ouderen alleen wonen, in het afgelopen halfjaar de Spoedeisende Hulp bezocht hebben, in het afgelopen halfjaar in het ziekenhuis opgenomen zijn, 5 of meer medicijnen gebruiken en of ze thuiszorg ontvangen. Wanneer ouderen naast 3 of meer risicofactoren scoren op de PRISMA7-vragenlijst tevens 1 of meer van deze extra risicofactoren scoren, kunnen zij als 'verhoogd kwetsbaar' beschouwd worden.

Figuur 5 presenteert een overzicht van de patiëntkenmerken in de vier proeftuinen. In dit figuur is te zien dat de grote meerderheid van de respondenten drie of meer risico's lopen uit de PRISMA7 én 1 of meer extra risicofactoren lopen. De grootste groep patiënten die de vragenlijsten hebben ingevuld zijn volgens deze metingen dus verhoogd kwetsbaar. Daarnaast waren een aantal ouderen volgens PRISMA7 niet kwetsbaar, maar scoorden zij wel op de extra risicofactoren. Tot slot heeft een kleine groep ouderen de vragenlijst ingevuld, terwijl zij volgens PRISMA7 en de extra risicofactoren niet als kwetsbaar gezien worden. De scores op de risicofactoren Spoedeisende Hulpbezoek en Thuiszorg laten opvallende verschillen tussen de proeftuinen zien, zoals weergegeven in figuur 6 (SEH-bezoek) en figuur 7 (thuiszorg).

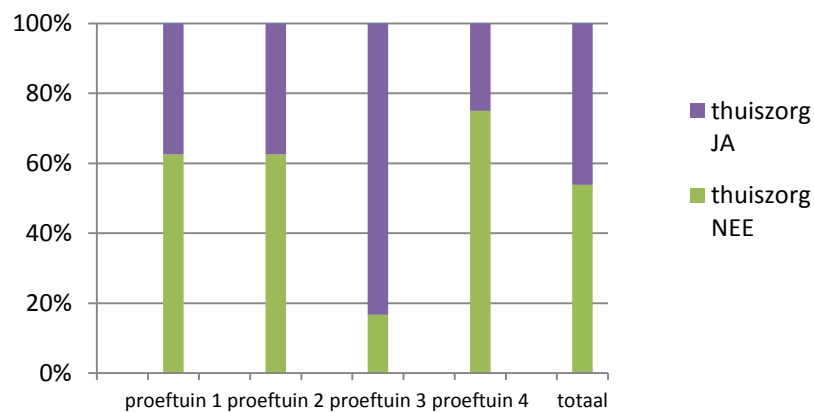
Figuur 5. PRISMA7 analyse van kwetsbaarheid van ouderen



Figuur 6. Spoedeisende Hulp-bezoek van ouderen



Figuur 7. Thuiszorg van ouderen



3.2. PATIËNT ERVARING 'INTEGRATED CARE' IN DE PAIEC

Tabel 2 presenteert de drie hoofdthema's uit de PAIEC: patiënt activering en contextuele informatie, doelen stellen en problemen oplossen en tot slot, coördinatie en follow up.

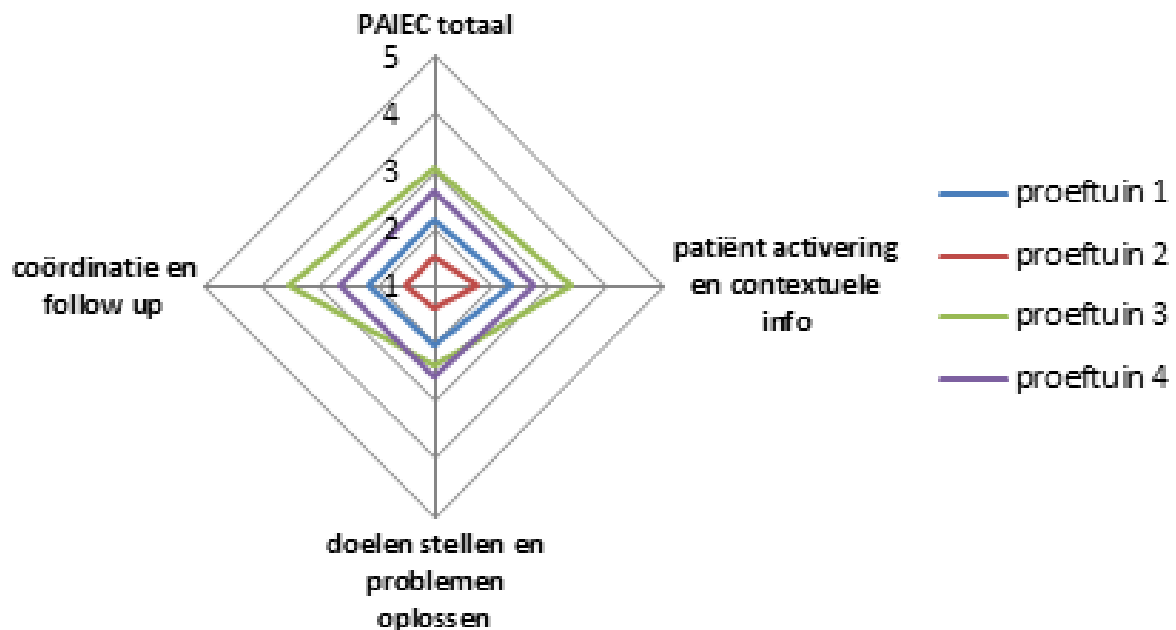
Tabel 2. Thema's uit de PAIEC

Patiënt activering en contextuele info	Het activeren van patiënten door informatievoorziening betreft leefstijl en het gericht vragen naar de patiënt's ideeën, verwachtingen, keuzes en problemen bij het maken en toepassen van een plan voor zorg en begeleiding.
Doelen stellen en problemen oplossen	Het stellen van concrete doelen en probleemoplossingen.
Coördinatie en follow up	Doorverwijzen naar andere hulpverleners, (groeps-) activiteiten en contact na doorverwijzing.

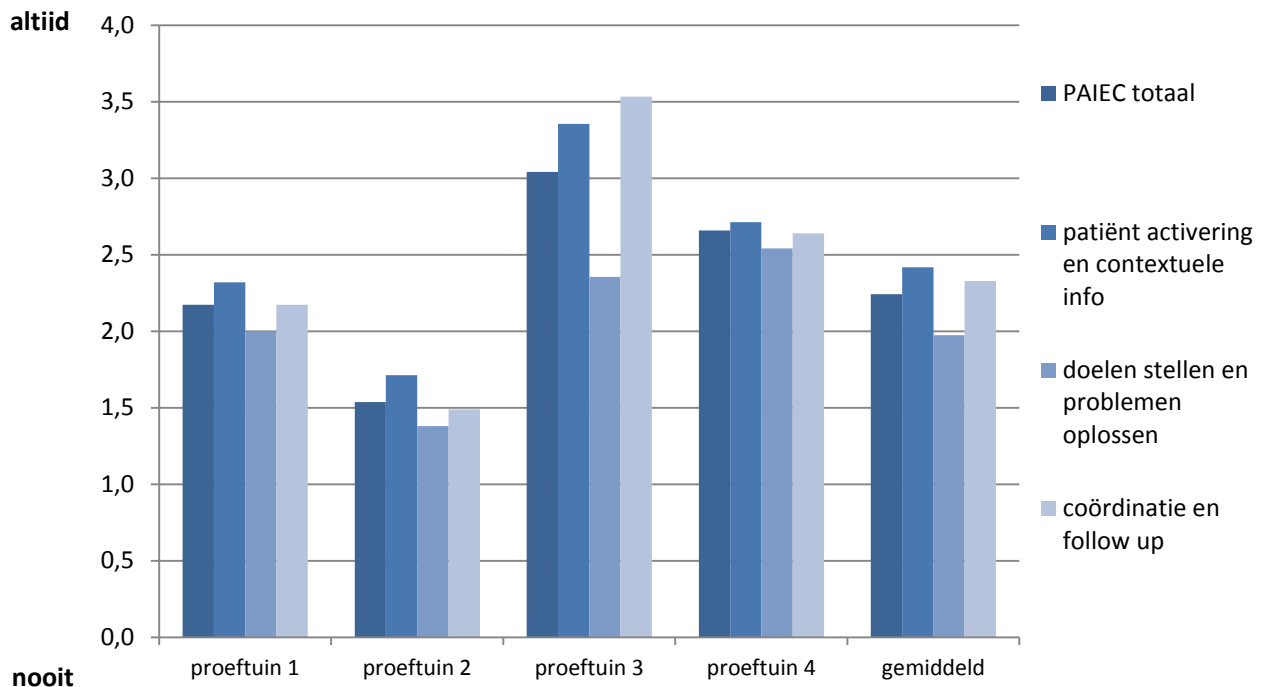
Deze thema's zijn onderzocht door middel van stellingen in de vragenlijst. De ouderen konden de stellingen beantwoorden op de volgende schaal: 1 ('nooit'), 2 ('zelden'), 3 ('soms'), 4 ('meestal') of 5 ('vaak'). Wanneer een bepaalde stelling niet was ingevuld of 'niet van toepassing' was ingevuld, werd dit antwoorden vervangen door 3 ('soms') of 1 ('nooit'). De respons is aan de lage kant, wat maakt dat de uitkomsten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. De antwoorden op deze drie hoofdthema's zijn samengevat in de grafieken en tabellen op deze en de volgende pagina (figuur 8 t/m 11). De proeftuinen 1 t/m 4 zijn verbeeld in lijnen.

Vrij regelmatig hebben de ouderen een vraag niet ingevuld of 'niet van toepassing' ('n.v.t.') ingevuld. Vanwege de lage respons, heeft dit invloed op de resultaten. De missende waarden of 'n.v.t.'-waarden worden in de PAIEC-meting vervangen door antwoordwaarde '1' ('nooit'). De uitkomsten van de PAIEC-meting wordt per proeftuin en per thema weergegeven in figuur 8 en 9.

Figuur 8. Grafiek van PAIEC met '1' als vervangende waarde voor missende waarden of 'n.v.t.'.



Figuur 9. Tabel PAIEC vergelijking op drie thema's bij vier proeftuinen, met '1' als vervangende waarde voor missende waarden of 'n.v.t.'.

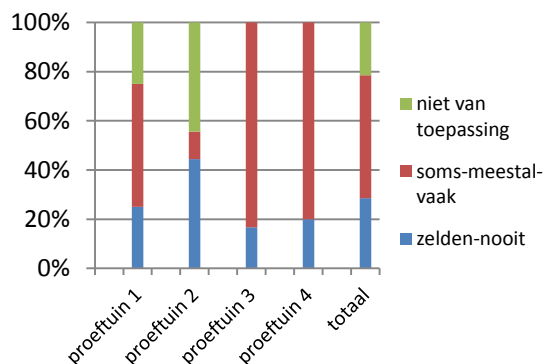


3.3. THEMA'S UITGEWERKT PER VRAAG

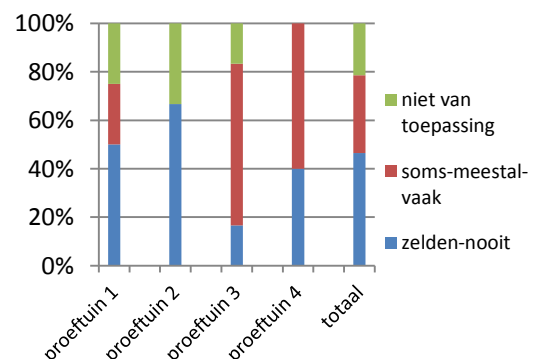
In de volgende onderdelen zijn de antwoorden van de ouderen per vraag en per proeftuin gepresenteerd volgens de drie centrale thema's: Patiënt activering en contextuele informatie; Doelen stellen en problemen oplossen; en Coördinatie en follow up.

PATIËNT ACTIVERING EN CONTEXTUELE INFORMATIE

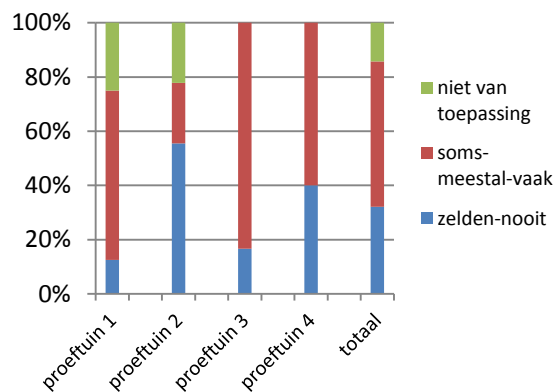
Er is gevraagd naar mijn ideeën en verwachtingen tijdens het maken van een plan voor mijn zorg en begeleiding:



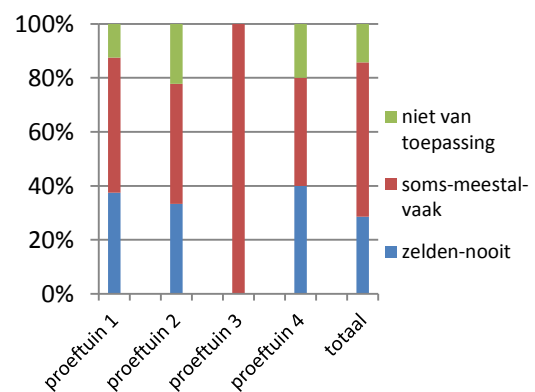
Er zijn mogelijkheden voor zorg en begeleiding voorgelegd voor keuze:



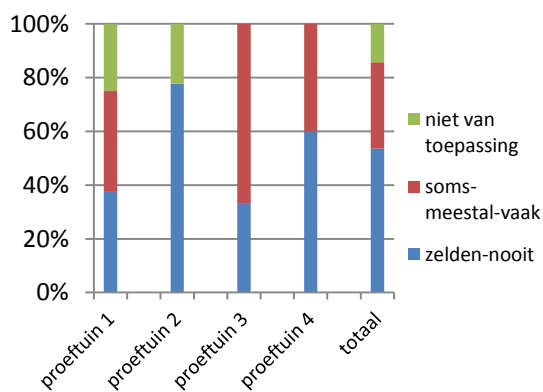
Er is gevraagd naar of ik problemen heb gehad met medicijnen of met de (bij)werkingen ervan:



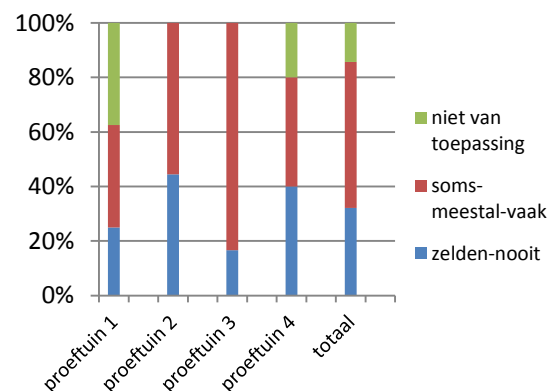
Er werden mij vragen gesteld over mijn leefstijl (roken, bewegen, eten, etc.):



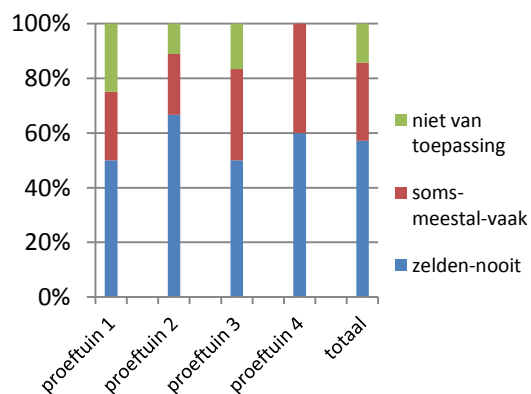
Er is gevraagd of ik problemen heb gehad met de zorg en begeleiding:



Ik was er zeker van dat hulpverlener rekening hield met wat ik belangrijke waarden en normen vind:

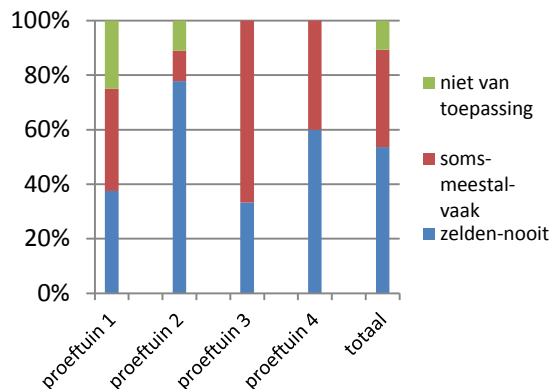


Er is informatie gegeven om gezond te blijven of mijn gezondheid te verbeteren:

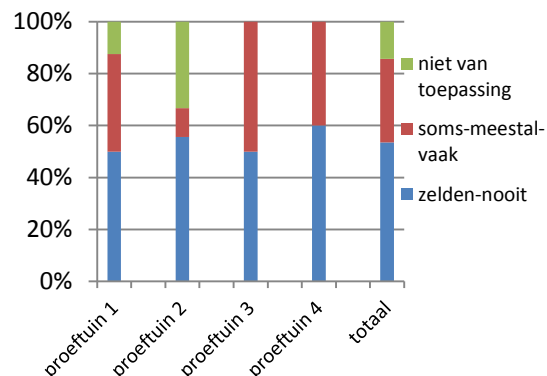


DOELEN STELLEN EN PROBLEMEN OPLOSSEN

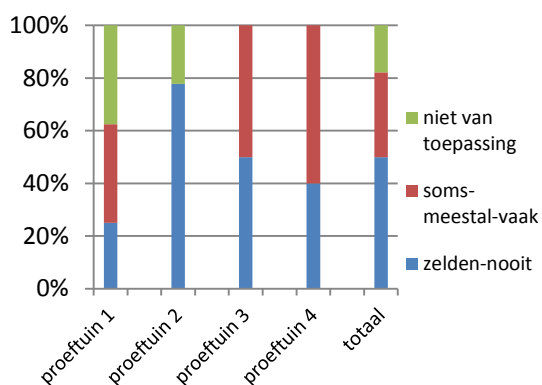
Er werd uitgelegd hoe mijn eigen handelen of gedrag mijn gezondheid beïnvloedt:



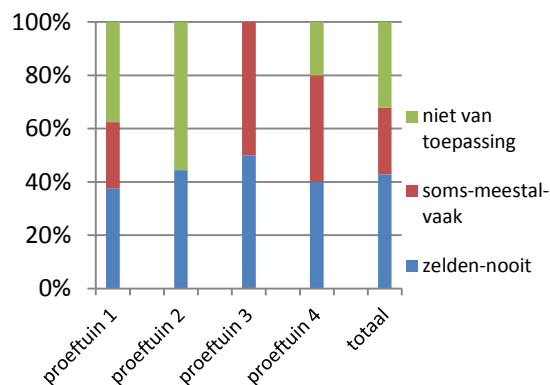
Ik werd schriftelijk geïnformeerd over de plannen voor mijn zorg en begeleiding:



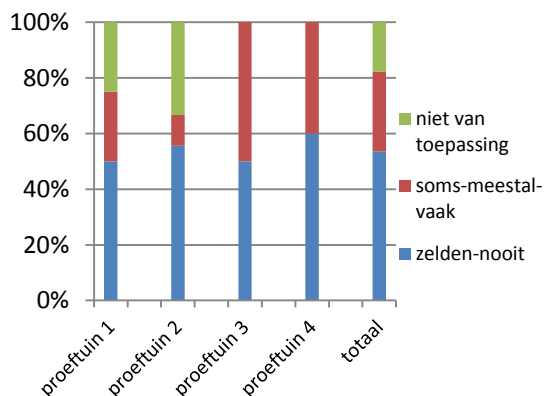
Er werd gevraagd welke doelen ik zelf wil bereiken, in relatie tot mijn gezondheid:



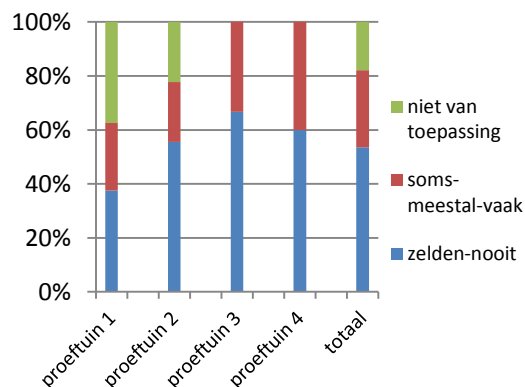
Ik werd geholpen een plan te maken zodat ik de voorgeschreven zorg en begeleiding in mijn dagelijkse leven kon toepassen:



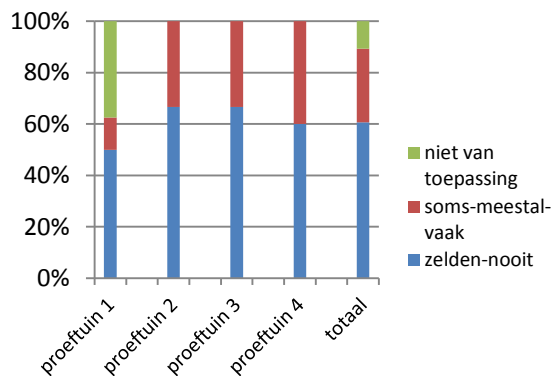
Ik werd geholpen om specifieke doelen op te stellen om met gevolgen van ouder worden om te gaan:



Ik werd geholpen plannen te maken voor het geval dat mijn gezondheid achteruit gaat of mijn situatie verslechterd:

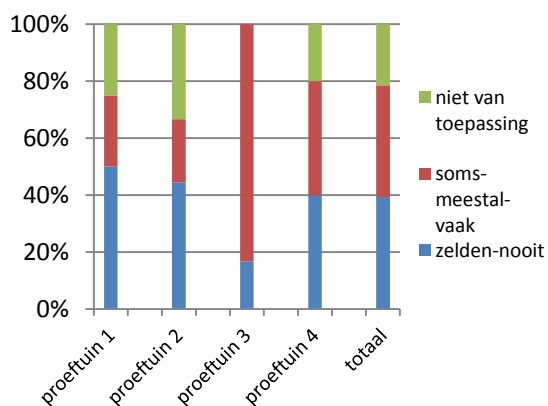


Er werd mij gevraagd hoe de gevolgen van het ouder worden mijn leven beïnvloeden:

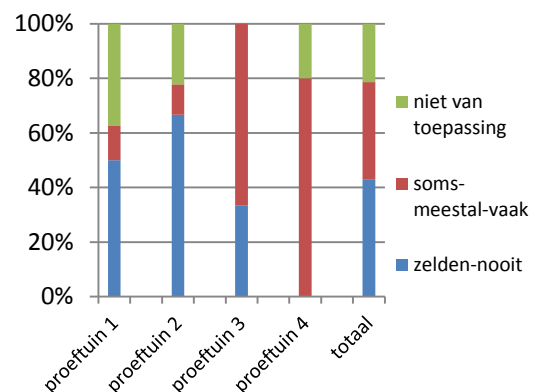


COÖRDINATIE EN FOLLOW UP

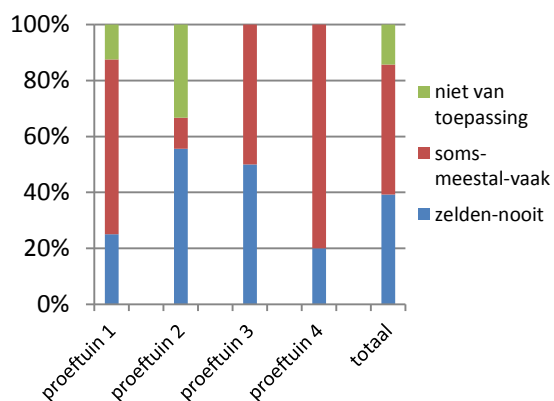
Ik werd aangemoedigd naar cursus of activiteit te gaan die mij kan helpen om beter om te kunnen gaan met gevolgen van ouder worden:



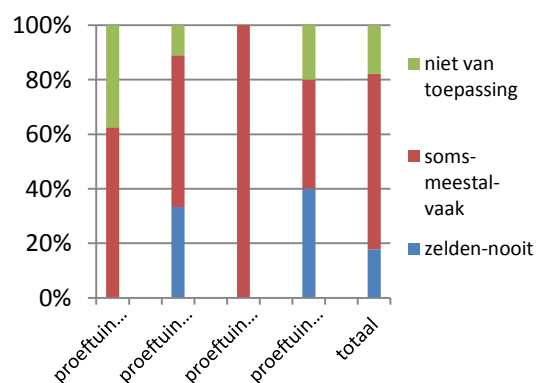
Ik werd aangemoedigd deel te nemen aan activiteiten in de buurt die mij zouden kunnen helpen:



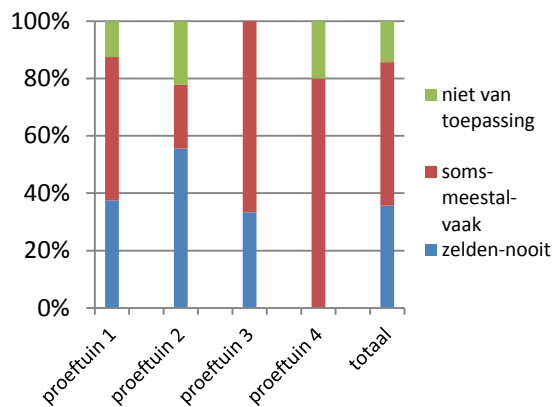
Ik werd na een bezoek hulpverlener, of na deelname aan activiteit, contact opgenomen om te vragen hoe het met mij gaat:



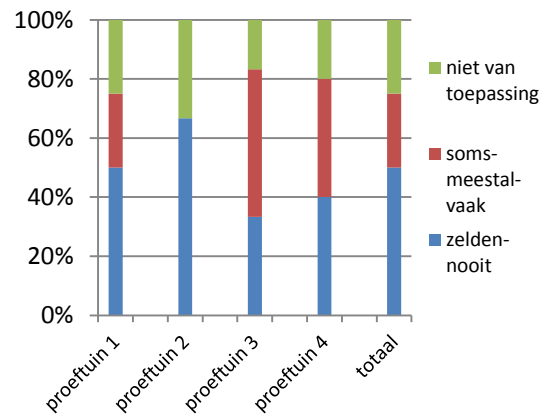
Ik werd doorverwezen naar een hulpverlener (zoals een fysiotherapeut of een maatschappelijk werker) of naar een (groeps-)activiteit:



Er werd mij uitgelegd waarom een bezoek aan een hulpverlener of deelname aan een (groeps)activiteit belangrijk is voor mij:



Er werd mij gevraagd hoe mijn bezoeken aan (of van) een hulpverlener, of deelname aan een (groeps)activiteit waren verlopen:



4. LESSEN UIT DE IMPLEMENTATIE

Naast de PAIEC en AIEC vragenlijsten zijn semigestructureerde interviews gehouden onder betrokkenen in de verschillende proeftuinen. Het doel van deze interviews was om inzicht te krijgen in welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren zijn bij de implementatie van integrale, gestructureerde zorg voor kwetsbare ouderen. 27 semigestructureerde interviews zijn gehouden tussen juli 2017 en december 2017. Betrokkenen vanuit verschillende rollen binnen het de *Beter Oud in Amsterdam*-proeftuinen zijn geïnterviewd: 13 ouderen (9 patiënten, 4 ouderenvertegenwoordigers); 6 POH's; 5 huisartsen; 1 wijkverpleegkundige; 1 zorgcoördinator; 1 projectleider thuiszorg; 1 directeur gezondheidscentrum (tevens huisarts) en 1 specialist ouderengeneeskunde.

Er is aandacht besteed aan factoren op het micro-, meso- en macroniveau, kortom de zorguitvoering, samenwerking tussen professionals onderling en de financiering van deze vorm van zorg. Daarnaast is er rekening gehouden met verschil in fasering van de implementatie: de voorbereidings-, uitvoerings- en voortzettingfase zijn onderscheiden. Daarbij gaat het in de voorbereidingsfase over de periode waarin de integrale, gestructureerde ouderenzorg wordt opgezet. In de uitvoeringsfase gaat het over de periode waarin deze vorm van zorg wordt daadwerkelijk in praktijk wordt gebracht, tot slot wordt gekeken naar wat belangrijke factoren zijn voor de toekomst in de voortzettingfase van de implementatie van integrale, gestructureerde ouderenzorg. In tabel 3 wordt een overzicht gepresenteerd van alle aangetroffen bevorderende en belemmerende factoren per niveau en fasering, ervaren door de respondenten uit de interviews. Na de tabel sluiten we deze terugkoppeling af met aanbevelingen naar aanleiding van deze inventarisatie van bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie.

Tabel 3. Overzicht bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie

VOORBEREIDINGSFASE		
	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
ZORG micro	➤ Kwetsbare oudere in beeld door voorselectie op variabelen + klinische blik. ➤ Classificeren bij in beeld brengen: zorgdossiers structureren, A05 code gebruiken, aanmelden LSP. ➤ Advance Care Planning (ACP): scholing zorgverleners + verzamelen van informatie voor de patiënt.	➤ Kwetsbare ouderen in beeld brengen is een tijdrovend proces. ➤ Ouderen uit migrantengroep en/of achterstandswijk vallen buiten dit identificatiesysteem. ➤ Advance Care Planning (ACP): moeilijk kiezen voor zorgverleners welke informatie geschikt is en hoe deze informatie te verspreiden.
SAMENWERKING meso	➤ POH legt contact met andere partijen: meelopen met praktijken met ervaring in integrale zorg en contact leggen met relevante hulpverleners voor kwetsbare oudere.	➤ Contact van zorgverleners met gemeente is moeizaam: onduidelijk wie wat te bieden heeft. ➤ POH's ervaren soms moeite met het vinden van een geschikte multidisciplinaire casus voor MDO.
FINANCIERING macro	➤ (tijdelijke) Financiering van POH-taken.	➤ Geen financiering van POH-taken.

UITVOERINGSFASE		
	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
ZORG micro	➤ POH als laagdrempelig contactpersoon voor kwetsbare ouderen. ➤ Zorg en ondersteuning aansluiten bij taal en leefwereld van oudere. ➤ ACP op initiatief van zorgverleners.	➤ Ouderen vinden het moeilijk om zelf te herkennen wanneer zij achteruit gaan. ➤ Botsing zorg en ondersteuning met leefwereld oudere. ➤ Ouderen nemen liever niet zelf beslissingen over hun zorg. ➤ Zorgverleners en ouderen hebben moeite met initiatief nemen bij ACP.
SAMEN- WERKING meso	➤ Bij verschillende zorg- en hulpverleners informatie over patiënt ophalen bij het in beeld brengen en houden van kwetsbare ouderen. ➤ Kennis en expertise van zorg- en hulpverleners afstemmen bij opzetten en uitvoeren van actieplan. ➤ Werken met meerdere partijen op één locatie. ➤ POH of verpleegkundige met goede contacten op het sociaal domein. ➤ Vaste afspraken met preferente zorgaanbieder(s). ➤ Informatie-uitwisseling tussen eerste en tweede lijn bij SEH-bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.	➤ Dubbel screenen door verschillende zorg- of hulpverleners. ➤ Zorgverleners weten vaak niet wie waar voor in te kunnen zetten en hoe dat te organiseren, met name betreft sociaal domein en SO. ➤ Samenwerkingsrelatie tussen zorg- en sociaal domein en eerste en tweede lijn lukt niet goed omdat men elkaar niet kent, en niet begrijpt wat de ander voor informatie nodig heeft. ➤ Informatiesystemen van partijen sluiten niet altijd op elkaar aan, wat uitwisseling bemoeilijkt. ➤ Werken op verschillende locaties maakt afstemming van actieplan en elkaar kennen moeilijk.
FINAN- CIERING macro	➤ (tijdelijke) Financiering van POH-taken.	➤ Geen financiering van POH-taken. ➤ ACP: kost veel tijd, wordt door zorgverzekeraars en beleidsmakers onderschat volgens huisartsen.
VOORTZETTINGSFASE		
	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
ZORG micro	➤ Regelmatig opnieuw identificeren om kwetsbare ouderengroep in beeld te houden. ➤ POH als laagdrempelig contactpersoon voor kwetsbare ouderen.	➤ Kwetsbare ouderengroep verandert snel, onduidelijk hoe je op efficiënte wijze deze groep in beeld houdt. ➤ Botsing zorg en ondersteuning met leefwereld oudere.
SAMEN- WERKING meso	➤ Bijhouden van dossiers, actieplannen door POH en deze communiceren met andere betrokken partijen. ➤ Actieve rol van gemeente in het aanbieden en organiseren van zorg en ondersteuning binnen het sociale domein.	➤ Samenwerking sociaal domein: niet weten wie waar voor in te zetten en hoe. ➤ Drukke in de huisartspraktijk en thuiszorg. ➤ Samenwerking ziekenhuis: grote uitdaging om al het ziekenhuispersoneel integraal en proactief over ziekenhuisgrenzen heen te laten denken. ➤ Samenwerking thuiszorg: fragmentatie in

	➤ Proactieve denkwijze van zorg- en hulpverleners: waar kan ik andere partijen bij nodig hebben? ➤ Werken met meerdere partijen op één locatie. ➤ Meer inzet van huishoudelijke ondersteuning en dagbesteding, zodat de druk op de thuiszorg afneemt. ➤ Stedelijke werkgroep setting om elkaar te ontmoeten, kennis uit te wisselen, motiveren en inspireren.	de thuiszorg maakt het steeds moeilijker om elkaar te kennen, vinden en vertrouwen. ➤ Eerste lijn is een groot, versnipperd veld waardoor goede relaties opbouwen en zorg afstemmen moeilijk is.
FINAN- CIERING macro	➤ (tijdelijke) Financiering van POH-taken. ➤ Heldere afspraken op beleidsniveau van eerste lijn met ziekenhuizen in Amsterdam.	➤ Geen financiering van POH-taken. ➤ Weinig hoogopgeleide wijkverpleegkundigen, meer werk voor thuiszorg en bezuinigingen op thuiszorg.

AANBEVELINGEN

- Kijk naar mogelijkheden om zo goed mogelijk de groep hoog kwetsbare ouderen in beeld te brengen en te houden. Probeer niet alle 75-plussers in beeld te hebben, dit kost veel tijd en levert weinig effect op.
- De POH lijkt een geschikte persoon te zijn om een duurzame, verbindende en coördinerende rol in het eerstelijnszorgnetwerk op zich te nemen. Om elkaar te kennen, vertrouwen en weten wat de ander te bieden heeft lijkt een zekere mate van stabiliteit in het zorgnetwerk nodig, die de POH mogelijk kan bieden. Daarnaast vormt de POH een stabiel, laagdrempelig contactpersoon voor de oudere.
- Blijf doorgaan met MDO's: alle partijen lijken dit een waardevolle manier te vinden om kennis en expertise van partijen te integreren en de zorg af te stemmen.
- Maak als huisartspraktijk of gezondheidscentrum afspraken met meerdere preferente thuiszorgaanbieders, zodat patiënten bij andere organisaties terecht kunnen wanneer de preferente zorgaanbieder de nodige zorg niet kan leveren.
- Maak concretere afspraken tussen eerstelijnsorganisaties en ziekenhuizen over (informatie)overdracht bij SEH-bezoek, opname en ontslag.
- Zorg dat alle afspraken die op verschillende niveaus gemaakt worden gecommuniceerd worden met het uitvoeringsniveau, zodat men goed op de hoogte is van wat wel en niet kan in het 'geïntegreerd samenwerken' met verschillende disciplines tussen eerste en tweede lijn. Zorgmedewerkers gaven aan lang niet altijd te weten wat 'mag' of 'kan'.

5. BIJLAGEN: OVERZICHT VRAGENLIJSTEN

Bijlage I: AIEC

Bijlage II: PAIEC + PRISMA7 + Extra risicofactoren + TOPICS Short Form

Bijlage III: PRISMA7 + Extra risicofactoren + berekening