Eindrapportage

Effectieve inzet van middelen rond ouderen in Enschede

Gemeente Enschede
Gemeente Arnhem
Gemeente Groningen
Den Haag
menzis
Regio Arnhem
Groninger Gemeenten
namens regio FoodValley
Sociaal domein Achterhoek
regio Twente

Datum

30 november 2017

Contact

Machiel van Dam (m.vandam@enschede.nl)
Monica van der Veen (m.vanderveen@enschede.nl)
Annemieke Scholten (scholten.an@menzis.nl)
Hinke van der Werf (werf.vd.h@menzis.nl)
Evelien Rutgers (e.rutgers@aef.nl)

Inhoud

1 Inleiding 4

1.1 Onderzoeksvraag ... 4
1.2 Samenwerking tussen gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor rondom ouderen ... 5
1.3 Onderzoek aan de hand van data-analyses ... 6
1.4 Aanpak ... 7
1.5 Leeswijzer ... 9

2 Opmerkelijke patronen en mogelijke verklaringen 10

2.1 Bevolkingskenmerken ... 10
2.2 Wijkinfrastructuur ... 11
2.3 Gebruik en kosten van ondersteuning en zorg ... 13

3 Conclusies 17

3.1 Formuleren van interventies op basis van gegevensanalyse ... 17
3.2 Inhoudelijke conclusies en mogelijke vervolgstappen ... 18

Bijlage 1. Mogelijke verklaringen voor opmerkelijke patronen 21

1 Inleiding

De laatste jaren is er veel veranderd rondom de ondersteuning en zorg voor ouderen. De overheid stimuleert ouderen langer thuis te blijven wonen, er vinden bezuinigingen plaats op het aantal plekken in verzorgings- en verpleeghuizen en ouderen komen met zwaardere zorgvragen binnen bij verpleeghuizen. Tegelijkertijd neemt het aandeel ouderen in de bevolking steeds verder toe. Op 1 januari 2016 was 18% van de bevolking 65 jaar of ouder. Volgens het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) groeit dit percentage tot 26% in 2040. Deze ontwikkelingen leiden tot een hoge druk op reguliere ouderenzorg en spoedzorg en vraagt om efficiënte samenwerking tussen alle betrokken partijen, waaronder gemeente en zorgverzekeraar: als opdrachtgevers en financiers.

Menzis en de gemeente Enschede zijn een gezamenlijk project gestart om te onderzoeken of ondersteuning en zorg rond ouderen efficiënter of effectiever kan worden ingezet in de wijk of kan worden voorkomen. Dit deden zij aan de hand van het samenvoegen van gegevens op wijkniveau en bijeenkomsten met relevante actoren in de wijk.

Dit project is opgezet vanuit de **Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's**. Een samenwerkingsverband waarin Menzis en de regio's Twente, Groningen, Arnhem, FoodValley en de Achterhoek en gemeente Den Haag samenwerken aan een goede gezondheid van inwoners en verzekerden. Dit doen zij door het ontwikkelen van nieuwe projecten en werkwijzen, én het delen van kennis.

1.1 Onderzoeksvraag

Als opdrachtgevers en financiers beschikken Menzis en de gemeente Enschede over verschillende relevante gegevens over hun verzekerden/inwoners: Menzis heeft informatie over gebruik en kosten van zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurig zorg (Wlz), terwijl de gemeente zicht heeft op het gebruik en de kosten binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Samen hebben zij integraal zicht op hoe de ondersteuning en zorg in de gemeente Enschede is georganiseerd. Door hun kennis en informatie aan elkaar te verbinden, is het de vraag of ze de ondersteuning en/of zorg anders zouden kunnen organiseren.

Dit brengt ons tot de volgende onderzoeksvraag:
"Is het mogelijk om patronen te ontdekken die mogelijk duiden op ineffectieve en inefficiënte inzet van ondersteuning en zorg door het samenbrengen van gegevens in een wijk (kosten- en gebruikersgegevens, bevolkingskenmerken, wijkkenmerken)?

Kunnen aan de hand daarvan interventies worden geformuleerd voor een effectievere en efficiëntere inzet van ondersteuning en zorg?

Zo ja, welke interventies zijn interessant om nader te verkennen voor een effectievere en efficiëntere inzet van ondersteuning en zorg rond ouderen in Enschede, met het oog op preventie en substitutie?"

1.2 Samenwerking tussen gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor rondom ouderen

Om er voor te zorgen dat ouderen de meest passende hulp, ondersteuning en zorg ontvangen – zo lang mogelijk in de eigen omgeving – is het van belang dat gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor elkaar ondersteunen en versterken. Zij zijn immers opdrachtgever en financier van de hulp, ondersteuning en zorg voor ouderen en daarmee van elkaar afhankelijk.

In figuur 1 is de samenhang tussen de verschillende wetten weergegeven voor de hulp, ondersteuning en zorg voor ouderen. We lichten een aantal afhankelijkheden tussen gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor hieronder toe.

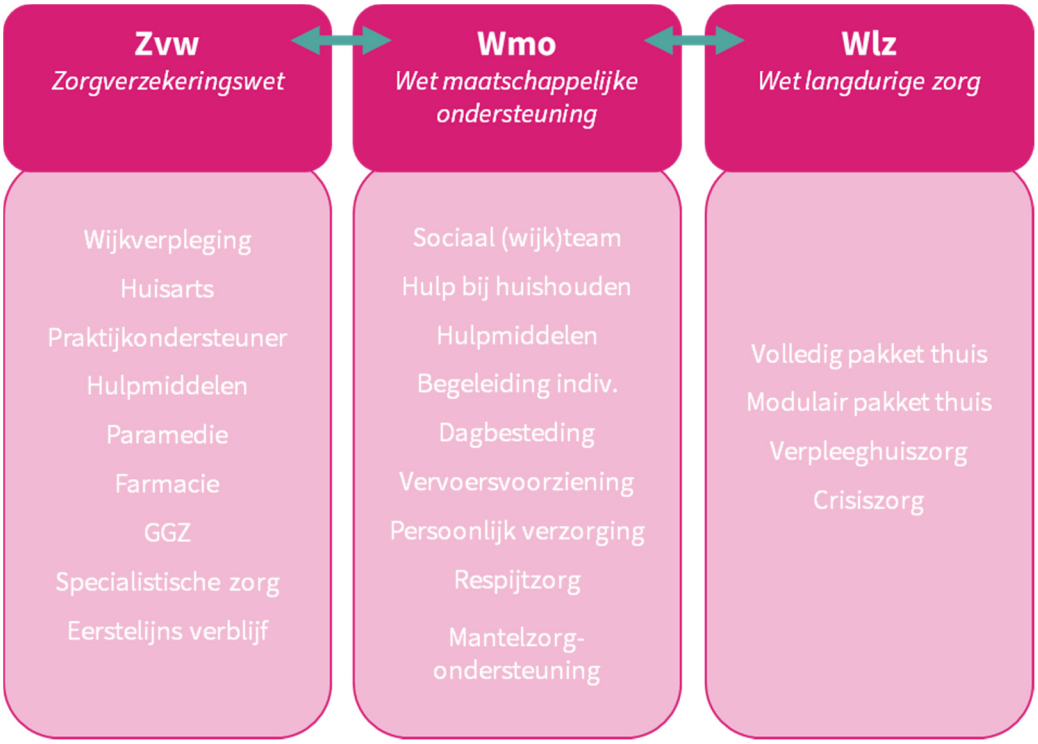
Samenwerking tussen de huisarts, wijkverpleging en sociaal (wijk)team
Een oudere kan op verschillende levensgebieden problemen ervaren, zowel lichamelijk als maatschappelijk en sociaal. Om er voor te zorgen dat ouderen de juiste passende ondersteuning ontvangen op alle levensgebieden is samenwerking tussen de huisarts, wijkverpleging en sociaal (wijk)team noodzakelijk. Een goede samenwerking kan zwaardere problematiek voorkomen.

Naast samenwerking, speelt ook de toegang tot zorg en ondersteuning een belangrijke rol. Deze drie partijen (huisarts, wijkverpleging en wijkteam) zijn gezamenlijk verantwoordelijk dat indien mogelijk lichte zorg en indien noodzakelijke zware zorg wordt ingezet.

Uitstellen van intramurale zorg vraagt om goede infrastructuur in de wijk
Om er voor te zorgen dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen, is het noodzakelijk dat de hulp, ondersteuning en zorg vanuit de gemeente en zorgverzekeraar hier voldoende op is ingericht. Dit houdt onder andere in:

- Passend aanbod van algemene maatwerkvoorzieningen (dagbesteding, individuele begeleiding)
- Passende mantelzorgondersteuning
- Voldoende expertise binnen het wijkteam
- Samenwerking tussen wijkverpleegkundige, wijkteam en huisarts
- Geschikte huisvesting
- Passende tijdelijke intramurale voorzieningen
- Geriatrisch netwerk rondom huisarts
- Wijkverpleegkundigen (met niet-toewijsbare taken)
- Gezamenlijk preventieaanbod (zoals valpreventie of module ouderenzorg)

Voorkomen van een crisisopname
Om verschillende redenen kunnen crisissituaties ontstaan bij ouderen. Tijdelijk of definitief verblijf kan gewenst zijn. Zo wordt eerstelijnsverblijf gefinancierd vanuit de Zvw. Crisisopnames worden gefinancierd door de Wlz. Om deze crisissituaties zo veel mogelijk te voorkomen, is een goede samenwerking tussen professionals binnen het sociaal en medisch domein noodzakelijk. Het is van belang deze professionals goed met elkaar kunnen schakelen en tijdig in kunnen grijpen indien nodig. Ook is samenwerking in begeleiding terug naar de thuissituatie belangrijk.



Figuur 1. Samenhang tussen de verschillende wetten voor hulp, ondersteuning en zorg rond ouderen

Om tegemoet te komen aan deze afhankelijkheden, is samenwerking tussen gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor nodig op verschillende niveaus:

Beleid: gemeente en zorgverzekeraar kunnen ieder in hun beleid bepaalde beleidsuitgangspunten vastleggen.

Inkoop: gemeente en zorgverzekeraar kunnen bepaalde eisen stellen in hun inkoop.

Uitvoering: gemeenten en zorgverzekeraar kunnen sturen op de manier waarop professionals uitvoering geven in de wijk.

1.3 Onderzoek aan de hand van data-analyses

Menzis en de gemeente Enschede beschikken over verschillende relevante gegevens over hun verzekerden/inwoners: Menzis heeft informatie over gebruik en kosten van zorg vanuit de Zvw en Wlz, terwijl de gemeente zicht heeft op het gebruik en de kosten van de Wmo. In dit project voegen Menzis en de gemeente Enschede hun gegevens samen om te achterhalen of ondersteuning en/of zorg efficiënter in kan worden gezet, en waar preventieve maatregelen gewenst zijn.

Voor dit project zijn zij een samenwerking met Vektis aangegaan. Vektis is al geruime tijd bezig met het verzamelen en analyseren van gegevens vanuit de Zvw en de Wlz (van alle zorgverzekeraars en zorgkantoren). Het gebruik van Zvw en Wlz op gemeenteniveau publiceren zij op www.zorgprismapubliek.nl en www.waarstaatjegemeente.nl.

Aangezien niet alle inwoners van Enschede bij Menzis verzekerd zijn, werden in dit project de gegevens van Vektis van alle zorgverzekeraars en zorgkantoren gebruikt. Dit geeft een beter beeld van het zorggebruik en –kosten van *alle inwoners* in de wijk, dan wanneer slechts wordt gekeken naar Menzis verzekerden.

1.4 Aanpak

1. Verzamelen en samenvoegen van gegevens Wmo, Zvw, Wlz

In de beginfase van het project lag de focus op het verzamelen en het samenvoegen van gebruikers- en kostengegevens vanuit de Wmo, Zvw en Wlz. Op basis van dit databestand onderzoeken we uiteindelijk opmerkelijke patronen in de gebruikers- en kostengegevens.

- **Omgaan met privacy**

Om gebruikers- en kostengegevens van verschillende financieringsstromen samen te voegen, moet rekening worden gehouden met het privacyvraagstuk. Volgens de Wet Bescherming Persoonsgegevens kunnen alléén gegevens worden samengevoegd wanneer hieraan een duidelijk doel gebonden is en ook dan moet zoveel mogelijk worden vermeden dat gebruik wordt gemaakt van bijzondere persoonsgegevens, zoals BSN. Gezien de insteek van dit project is er voor gekozen om daarom op een hoger aggregatieniveau de gegevens vanuit de Wmo, Zvw en Wlz samen te voegen, namelijk op wijkniveau. Dit geeft wel inzicht in de kosten en het gebruik op wijkniveau, maar niet in de mate waarop één cliënt gebruik maakt van verschillende soorten ondersteuning en zorg.

- **Mandaat Zorgverzekeraars Nederland voor gebruik van gegevens**

Voor de gegevens vanuit de Zvw en Wlz wordt gebruik gemaakt van de gegevens van alle zorgverzekeraars (zie paragraaf 1.2). Voordat deze gegevens konden worden gebruikt, moest toestemming worden verkregen bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

- **Ondertekenen bewerkersovereenkomst Menzis, Enschede, Vektis**

Voorafgaand aan het uitwisselen van data is een bewerkersovereenkomst getekend tussen de gemeente Enschede en Vektis. In deze bewerkersovereenkomst staan afspraken over het uitwisselen van gegevens en het gebruik van gegevens buiten het project om.

- **Op elkaar aansluiten van data vanuit de Wmo, Zvw en Wlz**

In het project hadden we enerzijds te maken met de gegevens van de gemeente Enschede voor de Wmo en anderzijds de gegevens van Vektis voor de Zvw en Wlz. Voor het samenvoegen van gegevens hebben we eerst vastgesteld welke data nodig waren voor het project, op welk aggregatieniveau deze gegevens moesten worden verzameld en wat de definities van de variabelen waren.

2. Data-analyse op basis van drie verdiepende rondes

De verzamelde data vanuit de Wmo, Zvw en Wlz hebben we geanalyseerd in drie analyserondes ("sprints"). Tijdens elke sprint werd steeds dieper ingezoomd op de dataset. Op welke elementen verder werd ingezoomd, was afhankelijk van de uitkomsten van de sprint daarvoor. In onderstaande figuur is deze methode schematisch weergegeven.

Op basis van de uitkomsten van de sprints hebben we besloten om te focussen op de doelgroep zelfstandig wonende ouderen (65+) voor vier wijken in Enschede.[1] Deze wijken lieten een relatief hoog gebruik en hoge kosten zien onder ouderen voor ondersteuning en zorg vanuit de Wmo, Zvw en Wlz ten opzichte van het gemiddelde in Enschede.

[1] In deze rapportage spreken we niet over de wijknamen maar over de wijken 1, 2, 3 en 4.

We maakten onderscheid tussen twee leeftijdsgroepen: *65 – 74 jaar en 75+*. Reden hiervoor is het verschil in zorgvraag tussen de verschillende groepen: de eerste groep vraagt om een andere focus in de ondersteuning en zorg dan de tweede – meer kwetsbare – groep.

Ook hebben we besloten om te kijken naar *thuiswonende* ouderen. De focus van het project was immers om te kijken naar efficiënter inzetten van ondersteuning en/of zorg bij ouderen, en de meeste potentie hierbij zit bij de thuiswonende ouderen.

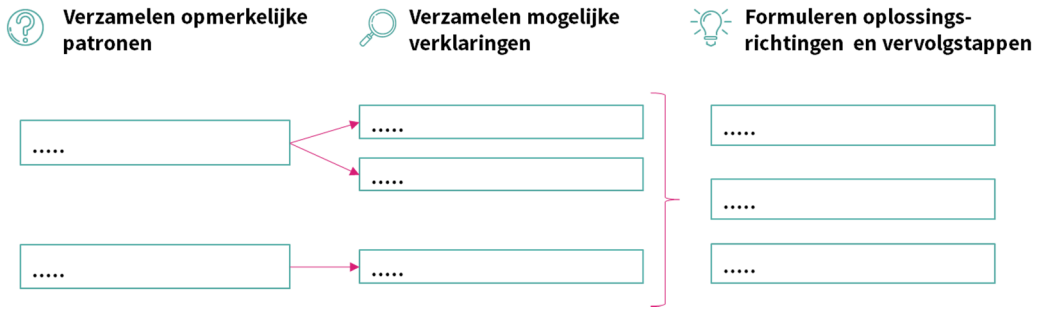
3. Koppeling tussen cijfers, praktijk en beleid middels een gebruikersgroep

Cijfers zeggen niet alles. Om deze goed te interpreteren is expertise vanuit de praktijk en beleid van belang. Daarom hebben we in dit project een gebruikersgroep opgericht. Deze gebruikersgroep kwam na elke sprint bij elkaar om de cijfers te interpreteren en te bepalen wat interessant is om nader te onderzoeken in de *sprint* daaropvolgend.

In de gebruikersgroep waren vertegenwoordigd:
- Vanuit de gemeente Enschede vertegenwoordigers vanuit beleid, inkoop, uitvoering (wijkteam)
- GGD
- Vanuit Menzis vertegenwoordigers vanuit beleid en inkoop
- Vektis

Een aantal uitgangspunten is van belang voor een goede analyse van de cijfers:
- Een benchmark is nodig om de cijfers goed te kunnen interpreteren. In het onderzoek werden de cijfers van de vier wijken met elkaar vergeleken en werden de cijfers afgezet tegen het gemiddelde van Enschede.
- Cijfers over kosten per inwoner moeten in relatie worden gezien met het totaal aan gebruik: wanneer de kosten per inwoner voor Wmo-ondersteuning of Zvw-ondersteuning hoog is, maar het gebruik zeer laag, is de impact van een interventie waarschijnlijk ook laag.

Na afloop van de drie analyserondes hebben we een bijeenkomst georganiseerd met een uitgebreidere gebruikersgroep. Tijdens deze bijeenkomst hebben we gezamenlijk opmerkelijke patronen geïdentificeerd, mogelijke verklaringen bedacht en vervolgstappen (interventies) bepaald.



Ter voorbereiding op deze bijeenkomst hebben we *wijkscans* gemaakt voor de vier focuswijken (zie bijlage 1 voor een voorbeeld). In deze wijkscans hebben we naast de gegevens over aantallen en kosten, relevante gegevens verzameld die de opmerkelijke patronen in aantallen en kosten zouden kunnen verklaren. De informatie is aangevuld met bevolkingskenmerken, uitkomsten uit de GGD Gezondheidsmonitor en gegevens over de wijkinfrastructuur.

4. Eindrapportage
De bevindingen, conclusies en geleerde lessen uit dit project staan beschreven in deze eindrapportage.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft de opmerkelijke patronen weer die we hebben verzameld en mogelijke verklaringen. In **hoofdstuk 3** beschrijven we de conclusies van het onderzoek.

2 Opmerkelijke patronen en mogelijke verklaringen

Zoals beschreven in het voorgaande hoofdstuk onderzoeken we of we op basis van opmerkelijke patronen in data interventies kunnen formuleren voor een efficiëntere en effectievere inzet van ondersteuning en zorg. Hiervoor onderzoeken we eerst welke opmerkelijke patronen we zien in de gegevens en wat mogelijke verklaringen hiervoor zijn, of welke vervolgvragen we moeten beantwoorden om hierachter te komen. In dit hoofdstuk wordt daarmee antwoord gegeven op de eerste onderzoeksvraag. De verklaringen zouden moeten helpen om te komen tot mogelijke interventies.

Bij het beschrijven van patronen maken we onderscheid tussen drie categorieën:
- Bevolkingskenmerken
- Wijkinfrastructuur
- Gebruik en kosten van ondersteuning en zorg

Voor deze drie categorieën beschrijven we per wijk opmerkelijke patronen en mogelijke verklaringen (hypothesen). Zie bijlage 2 voor een overzicht van denkbare verklaringen.

N.B. de cijfers zijn afgezet tegen het gemiddelde van Enschede. Indien een patroon 'hoog' of 'laag' is, dan is dit ten opzichte van het gemiddelde van Enschede (tenzij anders aangegeven).

2.1 Bevolkingskenmerken

Patronen

In de tabel hierondna staan enkele opvallende kenmerken benoemd op het gebied van bevolkingskenmerken. Met een vinkje is aangegeven in welke wijk(en) het opvallende kenmerk zich voordoet. Deze gegevens komen grotendeels uit openbare bronnen, zoals het CBS. Gegevens zijn aangevuld met informatie uit de GGD Gezondheidsmonitor.

N.B. Indien een percentage relatief hoog is ten opzichte van Enschede, geven we dit aan met een pijl omhoog (↑). Wanneer het percentage relatief laag is ten opzichte van Enschede, geven we dit aan met een pijl omlaag (↓). Een leeg veld houdt in dat het betreffende percentage vrijwel gelijk aan het gemiddelde van Enschede.

Patroon	1	2	3	4
Bevolkingsdichtheid (#inwoners/km^2)	↓	↑	↑	↓
Percentage 65+ in de wijk	↑	↑	↓	↑
Percentage 65+ thuiswonend in de wijk		↑	↓	↑
Percentage inwoners met niet-westerse achtergrond	↓	↓		↑
Percentage eenpersoonshuishoudens	↓	↓	↑	↓
Percentage ongehuwd	↓	↓	↑	↓
Percentage chronisch zieken	↓	↓	-	↑
Grootste Wmo-gebied van de vier wijken (ha)		✓		

Tabel 1.opvallende aspecten rond de bevolkingskenmerken in de wijken

Bevolkingskenmerken kunnen aanleiding geven om de noodzakelijke infrastructuur in de wijk kritisch te bekijken. Zo kan het percentage 65+'ers ten opzichte van het totaal aantal inwoners aanleiding geven om meer wijkgerichte voorzieningen voor ouderen te realiseren. Een hoog percentage eenpersoonshuishoudens kan reden zijn om meer aandacht te besteden aan ontmoeting ter voorkoming van eenzaamheid en ter versterking van het informeel netwerk. In een wijk met een hoog percentage chronisch zieken, is het aannemelijk dat de zorgvraag hoger is en dat hiervoor passende zorginfrastructuur aanwezig moet zijn.

De patronen die in bovenstaande tabel staan weergegeven gebruiken we in de paragraven 2.2 en 2.3 om opvallende patronen in de wijkinfrastructuur, en het gebruik en de kosten van ondersteuning en zorg te verklaren.

2.2 Wijkinfrastructuur

Patronen

De infrastructuur in de wijk is van invloed op de mate waarin inwoners zelfstandig kunnen wonen. Denk aan een goede samenwerking tussen professionals waarbij aandacht is voor ouderen en aanwezigheid van (zorg)infrastructuur in de nabijheid. In de tabel hieronder staan enkele opvallende kenmerken vernoemd op het gebied van de wijkinfrastructuur (hoe de wijk is vormgegeven, welke voorzieningen er aanwezig zijn, etc.). Met een vinkje is aangegeven in welke wijk(en) het opvallende kenmerk zich voordoet.

Patroon	1	2	3	4
Voorzieningen in de wijk zijn geclusterd (zie A)	✓	✓	✓	✓
Weinig voorzieningen aanwezig in de wijk	✓			
Wijkteam is gepositioneerd in de wijk		✓	✓	✓
Huisartsen vertegenwoordigen minder dan 50% van de inwoners (zie B)	✓	✓		
Er is een POH-ouderenzorg gecontracteerd in een of meerdere huisartsenpraktijken[2] (zie C)		✓		✓
Er is een grote diversiteit van aanbieders actief in de wijk (zie D)	✓	✓	✓	✓
Tenminste één van de drie grootste aanbieders biedt zowel ondersteuning huishouden, dagbesteding en wijkverpleging aan (zie E)				✓
Top 3 aanbieders van wijkverpleging zijn gecontracteerd voor schakeltaken (= niet-toewijsbare taken) (zie F)	✓		✓	✓

Tabel 2. opvallende aspecten rond de wijkinfrastructuur van de wijken.

Mogelijke verklaringen voor bovenstaande patronen

A. Patroon: voorzieningen in de wijk zijn geclusterd

In alle vier de wijken zijn de voorzieningen in de wijk geclusterd. Dat wil zeggen: alle voorzieningen zitten fysiek dicht bij elkaar. De verwachting is dat in wijken waar relatief veel ouderen wonen, de voorzieningen op loopafstand bereikbaar zijn. Wanneer voorzieningen geclusterd zijn, bestaat het risico dat de voorzieningen niet makkelijk toegankelijk zijn voor inwoners aan de buitenranden van de wijk.

- **Vervolgvraag:** Welke voorzieningen zijn er in de grensgebieden?
- **Vervolgvraag:** Ervaren inwoners van de buitenranden van de wijk belemmeringen in de toegankelijkheid van voorzieningen?

B. Patroon: huisartsen vertegenwoordigen minder dan 50% van de inwoners

De huisarts speelt een belangrijke rol in het netwerk van de wijk. Data laat zien dat in enkele wijken in Enschede de huisartsen minder dan 50% van de inwoners bedienen, terwijl de verwachting was dat ouderen een huisarts dichtbij huis zoeken. In sommige wijken is het percentage inwoners die in de buurt zijn gevestigd opvallend laag. In wijk 1 vertegenwoordigen de huisartsen slechts 28% van de wijkinwoners, de rest van de inwoners heeft waarschijnlijk een huisarts buiten de wijk. Ook het aantal huisartsenpraktijken is gering (4).

- **Relevante vervolgvragen** zijn:
  - Is er voldoende capaciteit aan huisartsen beschikbaar in de wijk (hebben inwoners een huisarts buiten de wijk omdat ze dit willen of uit noodzaak)?
  - Wat betekent dit voor de samenwerking tussen huisarts, gemeente (sociaal team) en de wijkverpleegkundige? Het sociaal team is wijkgericht, maar het is van belang dat ze goede contacten hebben met de huisartsen van hun inwoners.
  - Welke invloed heeft dit op de zichtbaarheid van ouderen bij de huisartsen?
  - Is er een risico dat wijkbewoners meer gebruik maken van andere voorzieningen in de wijk, omdat hun eigen huisarts ver weg gevestigd is?

[2] Dit aanbod kan groter zijn wanneer gedetacheerde POH-ers aanwezig zijn in een huisartsenpraktijk. Dit hebben wij in dit project niet kunnen achterhalen aan de hand van data.

C. Patroon: weinig huisartsenpraktijken hebben een POH-ouderenzorg gecontracteerd

Verwacht wordt dat in wijken met een hoog percentage alleenstaande ouderen, ook een passende infrastructuur aanwezig is die op deze groep is gericht, bijvoorbeeld een POH-ouderenzorg. Een POH-ouderenzorg biedt eerstelijns praktijkondersteuning voor de huisarts specifiek gericht op ouderen. In de vier wijken lijkt dat er weinig tot geen POH-ouderenzorg is gecontracteerd. Wel hebben de meeste huisartsenpraktijken de module ouderenzorg. In deze module brengen zij preventief de doelgroep 75+ in kaart en die wordt gescreend op gezondheidsrisico's.

- **Vervolgvraag:** heeft de huisarts voldoende beeld van de ouderen in de wijk en voldoende tijd om zelf eerstelijns praktijkondersteuning uit te voeren?

D. Patroon: er is een grote diversiteit van aanbieders actief in de wijk

In de vier wijken is een grote diversiteit van aanbieders actief. De afstemming tussen de aanbieders wordt hierdoor bemoeilijkt. Afstemming tussen aanbieders is van belang om er voor te zorgen dat inwoners goed afgestemde ondersteuning en zorg ontvangen.

- **Vervolgvraag:** heeft de diversiteit van aanbieders gevolgen voor de effectiviteit en efficiëntie van de ondersteuning en zorg van inwoners? In hoeverre is er afstemming tussen de verschillende aanbieders in de wijk?

E. Patroon: in een wijk zijn aanbieders actief die zowel ondersteuning/zorg vanuit de Wmo als Zvw bieden.

In wijk 4 is een aanbieder die bij de top 3 aanbieders hoort (op basis van uitgaven) voor zowel ondersteuning huishouden, dagbesteding als wijkverpleging.

- **Relevante vervolgvragen** zijn als volgt:
  - Welke afspraken maken zorgverzekeraar en gemeente met deze aanbieders?
  - Is er onderlinge afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar ten aanzien van afspraken met aanbieders en worden eventuele signalen van tekortkomingen in de zorg met elkaar gedeeld?
  - Biedt de aard van de Wmo-ondersteuning en Zvw-zorg die met elkaar overlappen en de betrokken groep(en) cliënten een basis voor de gemeente Enschede en Menzis om te verkennen of gezamenlijke inkoop voor alle partijen kwalitatief en financieel voordeel op kan leveren?

F. Patroon: in een wijk zijn aanbieders actief waarbij geen afspraken zijn gemaakt over schakeltaken (niet-toewijsbare taken).

Wijkverpleegkundigen zijn, samen met de wijkteams, de ogen en oren van de wijk. Voor aanbieders die actief zijn in de wijk is het van belang om een netwerk op te bouwen en te onderhouden, de samenwerking op te zoeken met andere zorgprofessionals en de ruimte te creëren voor (vroeg)signalering.

- **Relevante vervolgvragen** zijn als volgt:
  - Hoe verloopt de samenwerking tussen wijkteams en aanbieders die niet gecontracteerd zijn voor schakeltaken?
  - Wat doen de aanbieders die niet gecontracteerd zijn voor schakeltaken aan preventie en signalering in de wijk?

2.3 Gebruik en kosten van ondersteuning en zorg

Patronen

In de tabel hieronder staan enkele opvallende kenmerken vernoemd op het gebied van het gebruik en de kosten van zorg en ondersteuning. Deze zijn uitgesplitst naar de drie

verschillende wetten: Wet maatschappelijke ondersteuning, Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg.

N.B. Indien een percentage relatief hoog is ten opzichte van Enschede, geven we dit aan met een pijl omhoog (↑). Wanneer het percentage relatief laag is ten opzichte van Enschede, geven we dit aan met een pijl omlaag. (↓). Een leeg veld houdt in dat het betreffende percentage vrijwel gelijk aan het gemiddelde van Enschede.
Klopt dit percentage?

Patroon	1	2	3	4
Wmo				
% ontvangers van Wmo-ondersteuning voor 65+ jr thuiswonend (zie A)	↓	↓	↓	↑
Kosten per ontvanger van Wmo-ondersteuning voor 65+ jr thuiswonend (zie A)	↓	↓	↓	↑
Relatief laag gebruik dagbesteding in vergelijking met gebruik van Huishoudelijke Hulp en wijkverpleging (zie B)		✓	✓	✓
Kosten per ontvanger voor dagbesteding voor 65 – 74 jr	↓	↓	↓	↑
Zvw				
% ontvangers van wijkverpleging voor 65-74 jr thuiswonend	↓	↓	↑	↑
% ontvangers van wijkverpleging voor 75+ jr thuiswonend	↓	↓	↑	↑
Kosten per ontvanger voor wijkverpleging voor 65-74jr (zie C)	↓		↑	↑
Kosten per ontvanger voor wijkverpleging voor 75+ jr	↓	↑	↑	↓
Kosten per ontvanger voor GGZ (Zvw) voor 65-74jr	↓	↑	↓	↓
Kosten per ontvanger voor GGZ (Zvw) voor 75+ **(zie C)**	↑	↓	↓	↑
Gebruik van medisch specialistische zorg (zie D)		↓		↑
> 30% van 75+ jr inwoners met >10 consulten bij de huisarts per jaar (zie E)				✓
> 20% van 75+ jr met 1-4 ANW[3] bezoeken bij de huisarts	✓	✓		✓
> 1% van 75+ jr met >5 ANW bezoeken bij de huisarts				✓
Wlz				
Kosten per ontvanger voor extramuraal voor 65 – 74 jr	↑	↓		↑
Kosten per ontvanger voor extramuraal voor 75+ jr		↑	↓	
Kosten per ontvanger voor PgB[4] voor 65 – 74 jr	↓	↑		↓
Kosten per ontvanger voor PgB voor 75+ jr	↓	↓	↓	↓

[3] ANW bezoeken = avond-, nacht- en weekend bezoeken

[4] PgB = persoonsgebonden budget

Mogelijke verklaringen voor bovenstaande patronen

A. Patroon: de kosten en het gebruik van zowel Wmo-ondersteuning als wijkverpleging relatief laag ten opzichte van het gemiddelde van Enschede.

In wijk 1 zijn de kosten en het gebruik van zowel Wmo-ondersteuning als wijkverpleging relatief laag ten opzichte van het gemiddelde van Enschede. In een wijk met relatief veel ouderen zou je verwachten dat de kosten en het gebruik van Wmo-ondersteuning en wijkverpleging relatief hoog zijn. De **volgende vervolgvraag** is relevant om nader te onderzoeken (inclusief bijbehorende hypothese):

- Zijn er ouderen die geen Wmo-ondersteuning ontvangen maar deze wel nodig hebben?
  Hypothese: het kan zijn dat ouderen simpelweg weinig hulp en ondersteuning nodig hebben, bijvoorbeeld doordat ze een sterk informeel netwerk hebben die hen helpt bij de dagelijkse dingen. De hoge sociaaleconomische status van de wijk kan hier op duiden (zie tabel 1).

Indien het antwoord hierop *ja* is, is het ook relevant om de kijken naar de volgende vragen:

- Hoe verloopt de samenwerking tussen wijkteam, huisarts en wijkverpleegkundige?
  Hypothese: Bij onbekendheid van het wijkteam bij huisartsen, verwijst de huisarts minder snel door naar het wijkteam.
- Welke voorzieningen zijn er in de wijk voor ouderen? Zijn deze voldoende passend voor alle ouderen in de wijk?
  Hypothese: laag Wmo-gebruik kan veroorzaakt worden door weinig passende voorzieningen in de wijk voor ouderen. In wijk 1 lijken de voorzieningen geclusterd, wat er toe kan leiden dat ouderen niet gemakkelijk bij een dagbestedingsvoorziening kunnen komen, of naar een andere wijk toe gaan (72% van de inwoners in wijk 1 lijkt ingeschreven te staan bij een huisarts buiten de wijk).
- Zijn er ouderen die ondersteuning zelf regelen, buiten de Wmo om?
  Hypothese: met name een buurt in wijk 1 kent een relatief hoge SES. Het kan zijn dat door de hoogte van de eigen bijdrage Wmo, ondersteuning voor eigen rekening wordt genomen. Laag Wmo-gebruik kan ook een goed teken zijn.

Patroon: Alhoewel Wmo-gebruik relatief laag is, geeft het wijkteam aan een wisselwerking te ervaren in de Wmo en Zvw.

In wijk 2 is het Wmo-gebruik relatief laag, maar geven wijkteamleden aan een wisselwerking te ervaren in de Wmo en Zvw. Wijkteamleden kunnen geen medische zorg of behandeling afdwingen bij inwoners, ook al zou dit de meest passende zorg zijn voor een inwoner. Als gevolg hiervan blijven zij Wmo-middelen inzetten, bijvoorbeeld door te compenseren met een scootmobiel, huishoudelijke hulp, etc.

- **Vervolgvraag**: Hoe wordt dit ervaren door andere wijkteamleden? Hoe vaak komt dit voor?

B. Patroon: Een laag gebruik van dagbesteding in vergelijking met het gebruik van huishoudelijke hulp en wijkverpleging.

Wijk 4 kent een laag gebruik van dagbesteding in vergelijking met het gebruik van huishoudelijke hulp en wijkverpleging. De volgende vervolgvragen en bijbehorende hypothesen zijn relevant om nader te onderzoeken:

- Welke voorzieningen (zoals dagbesteding) worden momenteel aangeboden in de wijk, welke doelgroep komt hier op af en in hoeverre zijn de voorzieningen passend voor *alle* ouderen in de wijk?
  Hypothese: het percentage inwoners met een niet-westerse achtergrond is relatief hoog in wijk 4 (zie tabel 1). Het kan zijn dat het aanbod aan dagbesteding is niet passend is voor inwoners met een niet-westerse achtergrond en/of dat de drempel te hoog is voor hen om gebruik te maken van deze voorzieningen.

Patroon: laag gebruik en kosten per inwoner (65 -74 jr) voor dagbesteding en hoog gebruik en kosten voor wijkverpleging.

In wijk 3 is voor de doelgroep 65 – 74 jaar het gebruik en de kosten per inwoner van dagbesteding relatief laag ten opzichte van Enschede, terwijl het gebruik en de kosten per inwoner voor wijkverpleging relatief hoog zijn. De volgende vervolgvragen en bijbehorende hypothesen zijn relevant om nader te onderzoeken:

- Hoe verloopt de samenwerking tussen de huisarts, wijkteam en wijkverpleegkundige?
  Hypothese: ouderen zijn over het algemeen eerder geneigd om naar de huisarts te gaan in plaats van het wijkteam. Dit kan zijn omdat het wijkteam nog onvoldoende bekend is bij ouderen, maar het kan ook gewenning zijn – ouderen gaan vaak al jaren naar de huisarts en sommigen zien dit ook als 'activiteit'/sociaal contact.

C. Patroon: een wisselwerking in de kosten voor wijkverpleging en GGZ voor de leeftijdsgroepen 65 – 74 jaar en 75+.

In wijk 4 zijn de kosten per inwoner voor wijkverpleging voor de groep 65 – 74jr relatief hoog, terwijl de kosten per inwoner voor 75+ relatief laag zijn. Voor de GGZ is dit precies andersom: daar zijn de kosten voor 65 – 74jr laag, terwijl de kosten voor 75+ hoog zijn. In het gebruik zien we deze wisselwerking niet terug; zowel voor 65 – 74jr als voor 75+ ligt het gebruik in wijkverpleging relatief hoog. Voor GGZ ligt het gebruik rond het gemiddelde van Enschede.

- Mogelijke verklaring voor de hoge GGZ kosten voor 75+ zijn uitschieters, waarbij slechts enkele inwoners hele hoge GGZ-kosten hebben.

D. Patroon: een relatief hoog gebruik en kosten per inwoner voor medisch specialistische zorg.

Het gebruik van medisch specialistische zorg is over het algemeen hoog in Enschede, met name in wijk 4.

- **Vervolgvraag:** Wat is de top 3 van meest gebruikte medisch specialistische zorg? Waar is preventie mogelijk (bv. botbreuken)?

E. Patroon: relatief veel inwoners met >10 consulten bij de huisarts per jaar

In wijk 4 zijn er relatief veel inwoners met >10 consulten bij de huisarts per jaar. Ongeveer 37% van de ouderen van 75 jaar en ouder gaat meer dan 10 keer per jaar naar de huisarts. Mogelijke vervolgvraag en hypothesen zijn als volgt:

- Wat is de bevolkingssamenstelling van deze 37%? Wat zijn voor hen redenen om naar de huisarts te gaan en zijn hier ook alternatieven voor?
  Hypothese: in wijk 4 is het percentage inwoners met een niet-westerse achtergrond relatief hoog. Door hun achtergrond en/of door gewenning, kan het zijn dat zij eerder naar de (vertrouwde) huisarts stappen.
- Wat is de aard van de vragen waarmee men bij de huisarts komt? Welk deel van de vragen horen bij een ander loket thuis?

3 Conclusies

In dit onderzoek onderzochten we of het mogelijk is om interventies te formuleren voor een effectievere en efficiëntere inzet van ondersteuning en zorg aan de hand van data-analyse, en zo ja, welke interventies mogelijk zijn voor ouderen in een viertal wijken in Enschede. In dit hoofdstuk beschrijven we de conclusies van het onderzoek.

3.1 Formuleren van interventies op basis van gegevensanalyse

In dit project zijn op wijkniveau verschillende gegevens verzameld en geanalyseerd: gebruikers- en kostengegevens vanuit de Wmo, Zvw en Wlz, bevolkingskenmerken en wijkinfrastructuur. Door het analyseren van deze gegevens samen met vertegenwoordigers vanuit beleid, inkoop en uitvoering binnen de gemeente Enschede en Menzis moesten opmerkelijke patronen worden verzameld en mogelijke interventies worden geïdentificeerd.

Het blijkt lastig om op basis van gegevens al de juiste interventies te kunnen formuleren. Opmerkelijke patronen kunnen uit gegevens worden gehaald, maar om daadwerkelijk interventies te kunnen bepalen, is het van belang om goed scherp te krijgen wat de verklaringen zijn van de patronen. Het is gebleken dat hier vaak nog nader onderzoek voor moet worden gedaan, ofwel in de wijk of op casusniveau. De analyse van gegevens biedt wel aanknopingspunten om bepaalde patronen nader te onderzoeken en uiteindelijk interventies te bepalen, zie ook paragraaf 3.2.

In dit traject hebben we een aantal lessen geleerd die relevant zijn voor soortgelijke projecten waar partners de wens hebben data te delen en analyseren. Deze lessen hebben we hieronder beschreven.

Op een geaggregeerd niveau gegevens vanuit Wmo, Zvw en Wlz bij elkaar brengen is mogelijk.
In dit project zijn op wijk- en zelfs buurtniveau gegevens vanuit de Wmo, Zvw en Wlz bij elkaar gebracht. Het kost tijd om de databestanden op elkaar aan te sluiten (in dit geval de Wmo gegevens van de gemeente Enschede met de gegevens van Vektis), de definities van variabelen scherp te krijgen (bijvoorbeeld huisarts met of zonder inschrijftarieven) en de uitvraag uit de databases af te bakenen (bijvoorbeeld alleen data van 65+ jaar). Tevens moet voldoende tijd worden genomen in een planning om een bewerkersovereenkomst tussen partijen te sluiten waarin afspraken zijn gemaakt over de uitwisseling van gegevens en het (beperkte) gebruik daarvan.
Een Excel tool is gemaakt waarmee per wijkteam het zorggebruik en de zorgkosten in de Wmo, Zvw en Wlz naar zorgsoort in kaart is gebracht voor de populatie thuiswonende ouderen. Daarnaast zijn de gegevens verwerkt in wijkscans (factsheet per wijk) waarbij de informatie overzichtelijk gepresenteerd is en voor een breder publiek toegankelijk gemaakt is.

Cijfers kunnen een mooie aanleiding zijn voor zorgverzekeraar en gemeente om met elkaar in gesprek te gaan.
Het duiden van gegevens over een wijk is een goede gelegenheid om in gesprek te gaan als zorgverzekeraar en gemeente over wat beide partijen doen in de wijk en hoe dit zich tot elkaar verhoudt. Aanbieders en professionals uit de praktijk zijn echter wel onmisbaar om het goede gesprek te voeren.

Zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens zijn van belang om gegevens te kunnen duiden.
Alléén cijfers zeggen nog niet veel. Er kunnen veel verklarende redenen zijn voor afwijkende patronen in cijfers. Om ze daadwerkelijk te kunnen duiden is kwalitatieve informatie nodig. In dit project is geprobeerd dit te ondervangen door een gebruikersgroep samen te stellen met vertegenwoordiging vanuit beleid, inkoop en uitvoering binnen Menzis en de gemeente Enschede. Daarnaast zijn ook de bevolkingskenmerken en wijkinfrastructuur in kaart gebracht. Alsnog hebben we gemerkt dat je nog dieper de uitvoering in moet om patronen te kunnen duiden (in gesprek met professionals).

Om patronen op wijkniveau verder te kunnen duiden, is informatie op casusniveau nodig.
In dit onderzoek hebben we ons gefocust op cijfers op wijkniveau, aangezien het lastig is om breed gegevens op persoonsniveau te koppelen in verband met privacywetgeving. Om patronen goed te kunnen duiden, zeggen uiteindelijk patronen op wijkniveau nog te weinig. Vaak blijven er nog teveel vragen over voor verdieping en is verdieping op casusniveau nodig om te onderzoeken waar precies de patronen vandaan komen. Ook kan overlap en stapelingen in zorgvormen worden onderzocht als wordt gekeken op casusniveau. Uit de huidige cijfers op wijkniveau is dat niet te detecteren.

Vooraf hypothesen formuleren maakt gebruik van data makkelijker.
Je kan snel verzinken in een (te) groot databestand. Vooraf hypothesen formuleren (bijvoorbeeld op basis van praktijkervaring) maakt het makkelijker om gerichter te bepalen welke informatie je nodig hebt uit de data en daar specifieker op in te zoomen. Risico is dat een informatie-uitvraag nooit klaar is en dat er altijd behoefte is naar meer informatie, zonder te weten waar je naar zoekt. Het formuleren van hypothesen draagt ook bij aan de noodzakelijke doelbinding die er moet zijn om gegevens bij elkaar te kunnen brengen.

Verschillende expertisen zijn nodig om data goed te kunnen duiden.
Mensen op de werkvloer kunnen meer kleuring geven aan wat er precies speelt en hoe dingen uitpakken (de werkelijkheid achter de cijfers), maar die hebben vaak wel anekdotische signalen. Data-analisten kunnen de rode draden en opvallende patronen op grote schaal ontwaren, maar beschikken vaak niet over de ervaring van de werkvloer om deze te duiden. Beleidsmedewerkers kunnen weer de koppeling maken tussen praktijk en beleid. Om op basis van data-analyse uitspraken te willen doen over mogelijke verbeteringen in het sociale domein, zijn al deze expertisen nodig.

3.2 Inhoudelijke conclusies en mogelijke vervolgstappen

Zoals beschreven in de vorige paragraaf kunnen nog niet direct sturingsmogelijkheden worden geïdentificeerd op basis van gegevensanalyse. Wel hebben we in hoofdstuk 2 interessante patronen en vervolgvragen geformuleerd die aanknopingspunten bieden voor een nadere verdieping (samen met aanbieders/professionals/wijkteamleden). Op basis daarvan kunnen mogelijk interventies worden bepaald. Hieronder hebben we de belangrijkste vervolgonderwerpen geformuleerd. Deze hebben we geordend naar sturingsmogelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraar. Er zijn grofweg drie manieren aan

de hand waarvan gemeente en zorgverzekeraar kunnen sturen op een efficiënte en effectieve inzet van ondersteuning en zorg:

Beleid: gemeente en zorgverzekeraar kunnen ieder in hun beleid bepaalde beleidsuitgangspunten vastleggen.

Inkoop: gemeente en zorgverzekeraar kunnen bepaalde eisen stellen in hun inkoop.

Uitvoering: gemeenten en zorgverzekeraar kunnen sturen op de manier waarop professionals uitvoering geven in de wijk.

Aanknopingspunten voor nadere verdieping

Zorg voor samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar rond aanbieders die zowel vanuit de Wmo als de Zvw ondersteuning en zorg bieden.
In meerdere wijken zijn aanbieders actief die zowel ondersteuning huishouden, dagbesteding en wijkverpleging aanbieden. Via inkoopafspraken met aanbieders kunnen gemeenten en zorgverzekeraar sturen op de inzet van ondersteuning en zorg. Het zou goed zijn als gemeente en Menzis met elkaar in gesprek gaan over de afspraken die zij beiden hebben met de aanbieders: waar sturen beiden partijen op en versterken deze afspraken elkaar? Zou gezamenlijke inkoop kunnen leiden tot voordelen voor alle partners?

Daarnaast is het ook van belang om te onderzoeken hoe de samenwerking tussen aanbieders kan worden versterkt. Met name daar waar verschillende aanbieders rond dezelfde inwoner actief zijn.

Bedenk wat je beleid is rond wijkgericht werken en wat dit betekent voor de samenwerking tussen huisartsen, wijkteams en wijkverpleegkundigen.
Wat doen gemeenten en zorgverzekeraar om samenwerking te stimuleren? Hoe kun je dit borgen in je inkoop van zorg en afspraken die met aanbieders worden gemaakt? In de onderzochte wijken in Enschede vertegenwoordigen de huisartsen minder dan 50% van hun wijkinwoners. Dit betekent iets voor het wijkgerichte werken: om alle inwoners wijkgerichte ondersteuning te bieden, is het van belang dat wijkteamleden niet alleen met de huisartsen in de wijk een goede verbinding hebben, maar ook met huisartsen in andere wijken. Of is het noodzakelijk dat je er op stuurt dat meer inwoners ingeschreven staan bij huisartsen in hun eigen wijk. Vraag is in hoeverre je als gemeente en zorgverzekeraar wijkgericht werken prioriteit geeft en op welke manier je hierop stuurt.

Hoe kun je het geriatrisch netwerk in de wijk versterken?
Ondanks het hoge percentage ouderen in de wijken, zijn er nog weinig POH-ouderenzorg gecontracteerd door huisartsen. Vraag is of de huisarts voldoende beeld van ouderen in de wijk heeft en voldoende tijd heeft om zelf eerstelijns praktijkondersteuning uit te voeren. Zo niet, is het interessant om te onderzoeken in hoeverre je inkoopafspraken kan maken over de contractering van POH-ouderenzorg.

Hoe versterk je de kennis rond ouderen in het voorliggend veld?
Wijkcoaches zijn breed inzetbaar, van 0 – 100 jaar. Van belang is dat de kennis rond ouderen (problematieken en voorzieningen) op peil blijft – zowel bij het wijkteam als bij andere voorzieningen in het voorliggende veld. Denk aan een consultatie en advies functie van de POH-ouderenzorg of de specialist ouderenzorg.

Hoe positioneer je het wijkteam en zorg je voor voldoende bekendheid bij ouderen?
In een aantal wijken zagen we relatief laag gebruik en lage kosten voor Wmo-ondersteuning. Goed om te onderzoeken in hoeverre dit een goed teken is (bijvoorbeeld ouderen hebben

geen Wmo-ondersteuning nodig, maar indien ze dit wel nodig hebben weten ze waar ze moeten zijn), of dat dit een signaal is dat ouderen de weg naar Wmo-ondersteuning niet goed kunnen vinden. In het laatste geval zou een mogelijke verklaring kunnen zijn de positionering van het wijkteam (zit deze dicht tegen de wijkverpleging of huisarts aan?) en de bekendheid van het wijkteam bij ouderen.

Onderzoek of de voorzieningen passend zijn voor alle inwoners in de wijk.
In een aantal wijken zagen we een relatief laag gebruik van dagbesteding. Dit – gezamenlijk met de combinatie van een hoog aantal niet-westerse inwoners - zou er op kunnen wijzen dat dat de voorzieningen in de wijk niet passend zijn voor alle inwoners.

Onderzoek welke mogelijkheden er zijn ten behoeve van gezamenlijke preventie.
Preventie kan er voor zorgen dat zorgkosten worden verlaagd en ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Gemeente en zorgverzekeraar kunnen apart preventieve maatregelen nemen, maar zouden ook moeten onderzoeken waar gezamenlijke preventie mogelijk is ten behoeve van een integraal en/of aansluitend aanbod.

Bijlage 1. Voorbeeld wijkscan

Zie de volgende bladzijden voor een voorbeeld van een wijkscan.

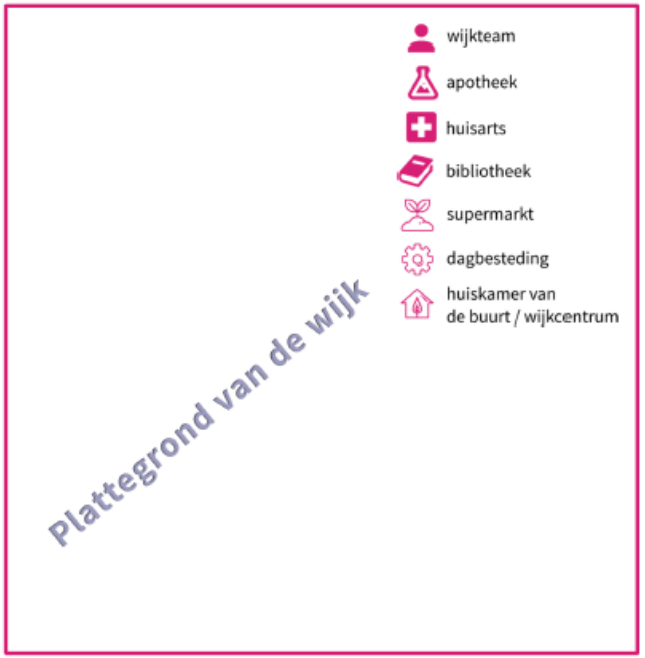
Wijkscan wijkteamgebied X

Bevolkingskenmerken

- Totale **oppervlakte wijkteamgebied**: X km²
- **Aantal inwoners:** X inwoners
  - Percentage **65+:** X% *(Enschede: 17%)*
  - Percentage **ongehuwd of gescheiden**: X% *(Enschede: 59%)*
  - Percentage **verweduwd:** X% *(Enschede: 5%)*
  - Percentage **eenpersoonshuishoudens**: X% *(Enschede: 21%)*
  - Percentage **niet-westerse afkomst**: X% *(Enschede: 15%)*
- **Sociaal economische status***: zeer laag (laagste 10% van Nederland)
- **Kenmerken uit Gezondheidsmonitor****:
  - X% met beperking met mobiliteit
  - X % met voldoende regie over eigen leven
  - X % met matig tot (zeer) ernstige eenzaamheid

**Dit is op basis van een gewogen gemiddelde van de postcodegebieden.*

*** De gezondheidsmonitor (opgezet door GGD'en, CBS en het RIVM) biedt een overzicht van de gezondheid, sociale situatie en leefstijl van inwoners boven de 19 jaar. Elke vier jaar verzamelen de GGD'en in opdracht van gemeenten informatie over de gezondheid van inwoners door middel van vragenlijsten. Uitkomsten kunnen worden gebruikt voor planning, onderzoek en beleid.*



Wijkinfrastructuur

Wijkteam

- Totaal aantal generalisten: ongeveer X fte.
- Het wijkteam is oorspronkelijk ontstaan vanuit meerdere organisaties*. Vanaf september 2017 maken ook Wmo-consulenten onderdeel uit van de wijkteams. Het team richt zich op de leeftijd 0 – 100 jaar en focust zich op multi-problematiek.
- Vanuit het wijkteam zijn aanspreekpunten voor de wijkverpleegkundigen en voor de huisartsen aangewezen.

Huisartsen

- Totaal aantal huisartsenpraktijken in de wijk: **X praktijken**
- **Percentage wijkinwoners** die de huisartsen vertegenwoordigen: X%
- X van de X huisartsen(praktijken) hebben de **module ouderenzorg**: huisartsen met deze module brengen preventief hun 75+ doelgroep in kaart en doen een nadere probleeminventarisatie.
- De gemiddelde afstand van inwoners tot de huisartsenpraktijk: Xkm *(Enschede: 0,80km)*
- Aantal POH-ouderenzorg: **X fte gecontracteerd** in de wijk
  N.B. aanbod kan groter zijn wanneer gedetacheerde POH-ers aanwezig zijn in de praktijk.

Aanbieders voor ondersteuning huishouden, dagbesteding en wijkverpleging

	Ondersteuning huishouden	Dagbesteding	Wijkverpleging	
			Aanbieder	Module sociale infrastructuur?
Totaal aantal aanbieders actief	**X**	**X**	**X**	
Nummer 1.				
Nummer 2.				
Nummer 3.				

Gebruik van bedden in Enschede

- Eerstelijnsverblijf (Zvw): X gedeclareerd aantal dagen (gem 26 bedden in gebruik het gehele jaar)
- Verpleeghuis (Wlz): X bedden gedeclareerd
- Verzorgingshuis (Wlz): X bedden gedeclareerd

NB. het aanbod van bedden is op gemeentelijk niveau weergegeven in plaats van op wijkniveau, aangezien het gebruik van bedden niet per se wijkgericht is.

Voorzieningen en vervoer in de wijk

Algemeen toegankelijke sociale voorzieningen

- De wijk beschikt over een openbare bibliotheek en een buurthuis.
- De gemiddelde afstand tot een grote **supermarkt** is Xkm (gem Enschede is 0,70 km)

Gebruik van vervoerdiensten:

- Vervoer maatschappelijke deelname: X
- Vervoer maatschappelijke deelname rolstoel: X
- Collectieve aanv. vervoer lokaal: X

Overige activiteiten in de wijk rond ouderen

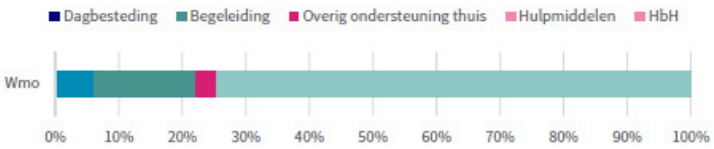
Pilot X (2015). door middel van trainingen terugdringen van het aantal valongevallen bij ouderen en het vergroten van hun vitaliteit.

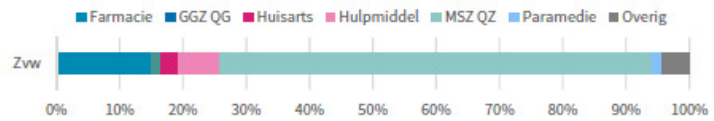
Wijkscan wijkteamgebied X

Totaal

Wet	# ontvangers	% van 65+ thuiswonend *(gem % Enschede)*	Kosten
Wmo			
Zvw wijkverpleging			
Zvw overig			
Wlz			

* Dit zijn niet per se unieke cliënten: cliënten die twee soorten Zvw-zorg krijgen, worden dubbel meegeteld





Chronisch zieken, thuiswonend

	65 – 74 jaar			75 +		
	#	% W	% E	#	% W	% E
Chronisch zieken						
Met diabetes						
Met COPD						
Met CVRM						
Crisisopnames						

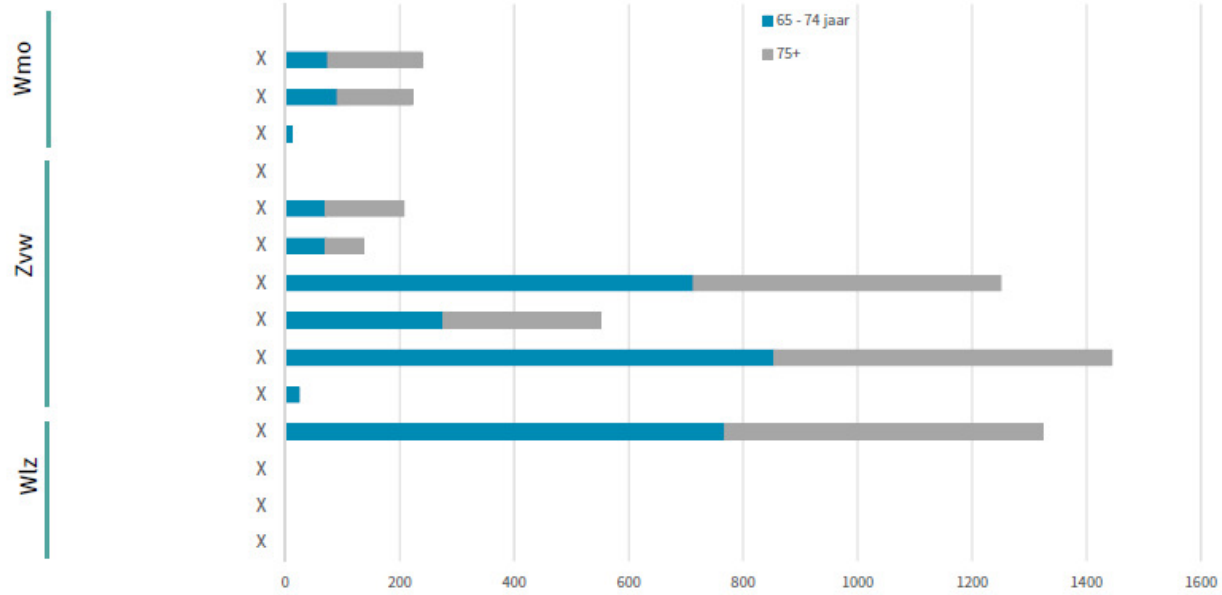
* % W = percentage van het aantal thuiswonenden 65 – 74 jaar of 75+
% E = gemiddelde percentage in Enschede

Huisartsenzorg, thuiswonend

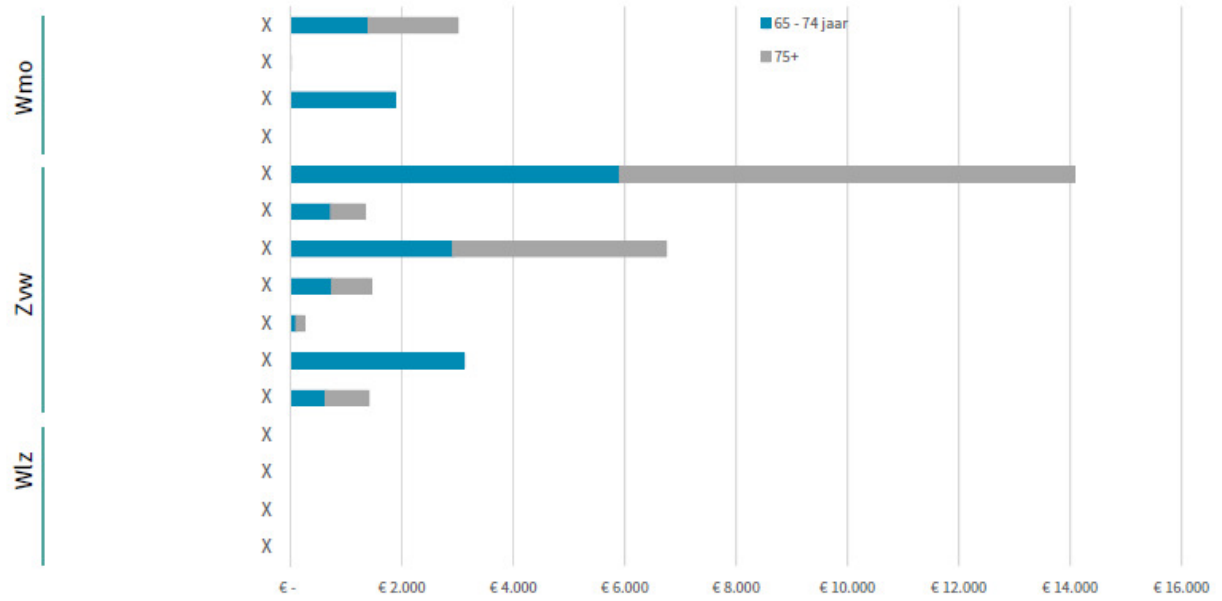
	65 – 74 jr	75+
Totaal inw. met bezoek aan huisarts		
% met 1 – 4 ANW		
% met > 5 ANW		
% met 5 – 10 consulten per jaar		
% met > 10 consulten per jaar		

*ANW = Avond- nacht- en weekenddiensten

Aantal ontvangers per zorgvorm *(% van alle thuiswonenden 65 – 74jr en 75+)*



Zorgkosten per ontvanger *(per verzekerde)*



Bijlage 2. Mogelijke verklaringen voor opmerkelijke patronen

Om opmerkelijke patronen in de gegeven te kunnen duiden, hebben we nagedacht over mogelijke verklaringen van deze patronen. Hiervoor hebben we de belangrijkste partners in de wijk binnen de Wmo, Zvw en Wlz in beeld gebracht en gekeken waar mogelijke uitdagingen zitten. De belangrijkste mogelijke verklaringen zijn onder te verdelen in vier categorieën: context, infrastructuur, toegang en samenwerking:

Context

- Grotere zorgvraag (agv demografische of sociaaleconomische factoren)
- Te weinig steun vanuit informeel netwerk (naasten, gemeenschap)

Infrastructuur

- Geen POH-ouderen
- Onvoldoende ondersteuning vanuit voorliggende voorzieningen mogelijk
- Onvoldoende alternatief aanbod

Te weinig / veel expertise ouderen in wijkteam

Toegang

- Te lage drempel om je te melden

Wijkteam is te *outreachend*

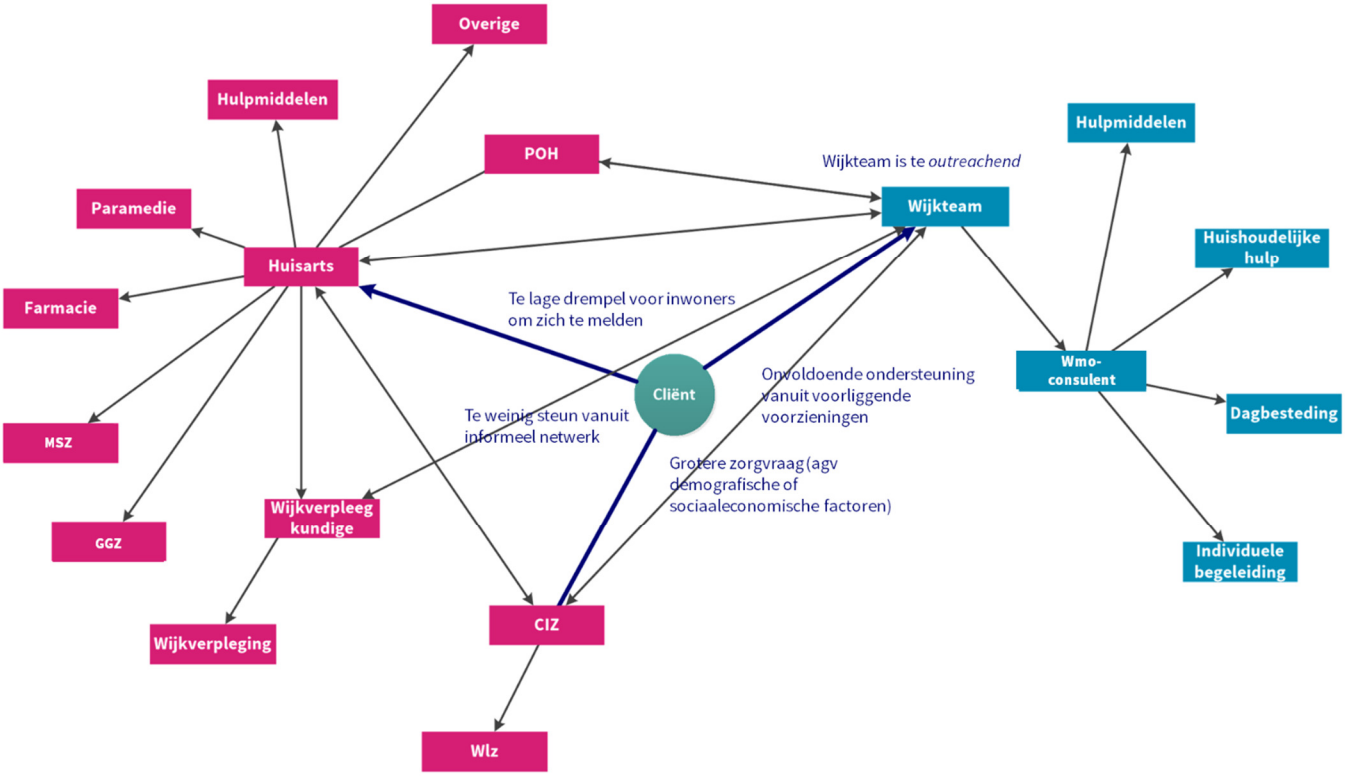
- Te weinig kennis van de sociale kaart
- Wijst te makkelijk/moeilijk door naar zorg/ondersteuning

Samenwerking

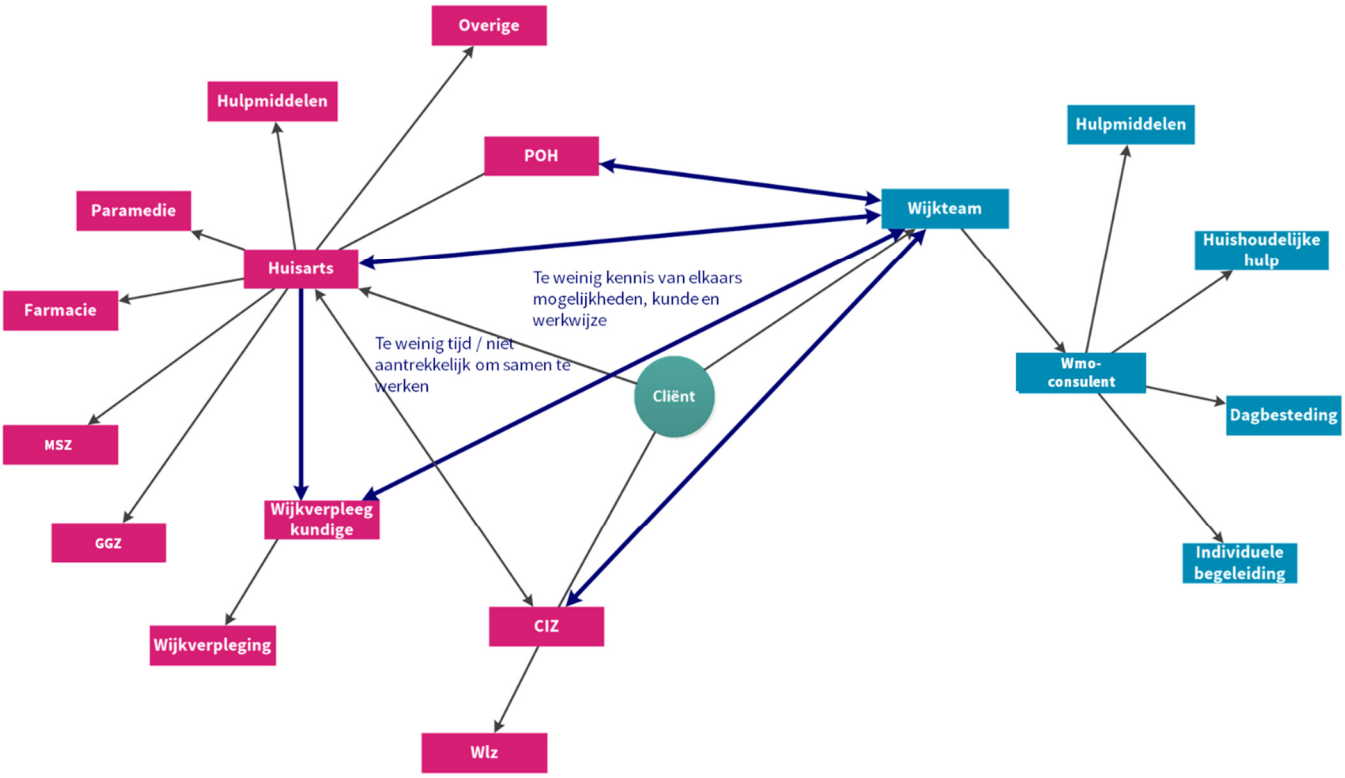
- Te weinig kennis van elkaars mogelijkheden, kunde en werkwijze
- Tegenstrijdige belangen

In onderstaande figuren zijn de bovenstaande verklaringen weergegeven in het netwerk van partners in de wijk. Uiteraard zijn er meer verklaringen te bedenken en is dit slechts een selectie ervan.

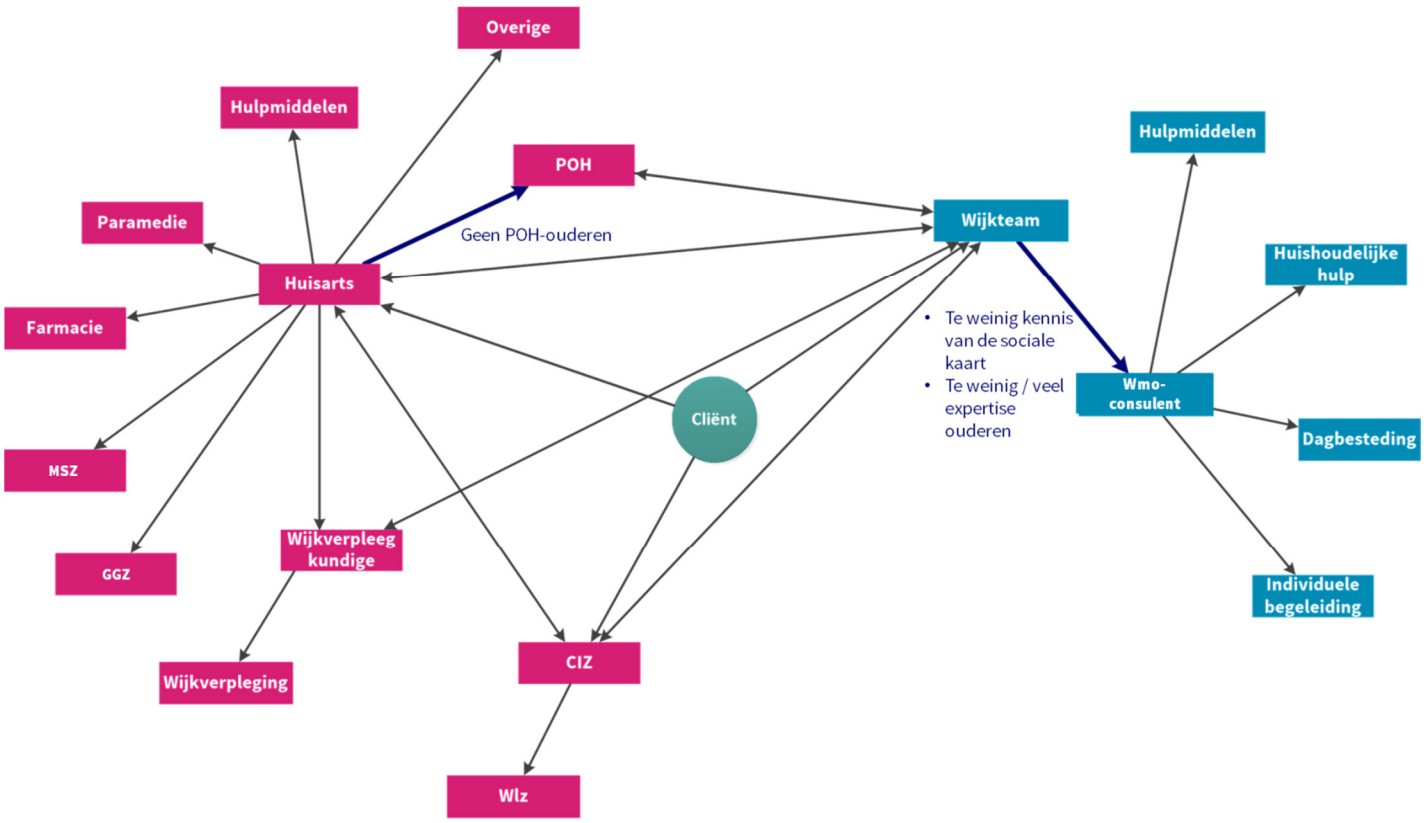
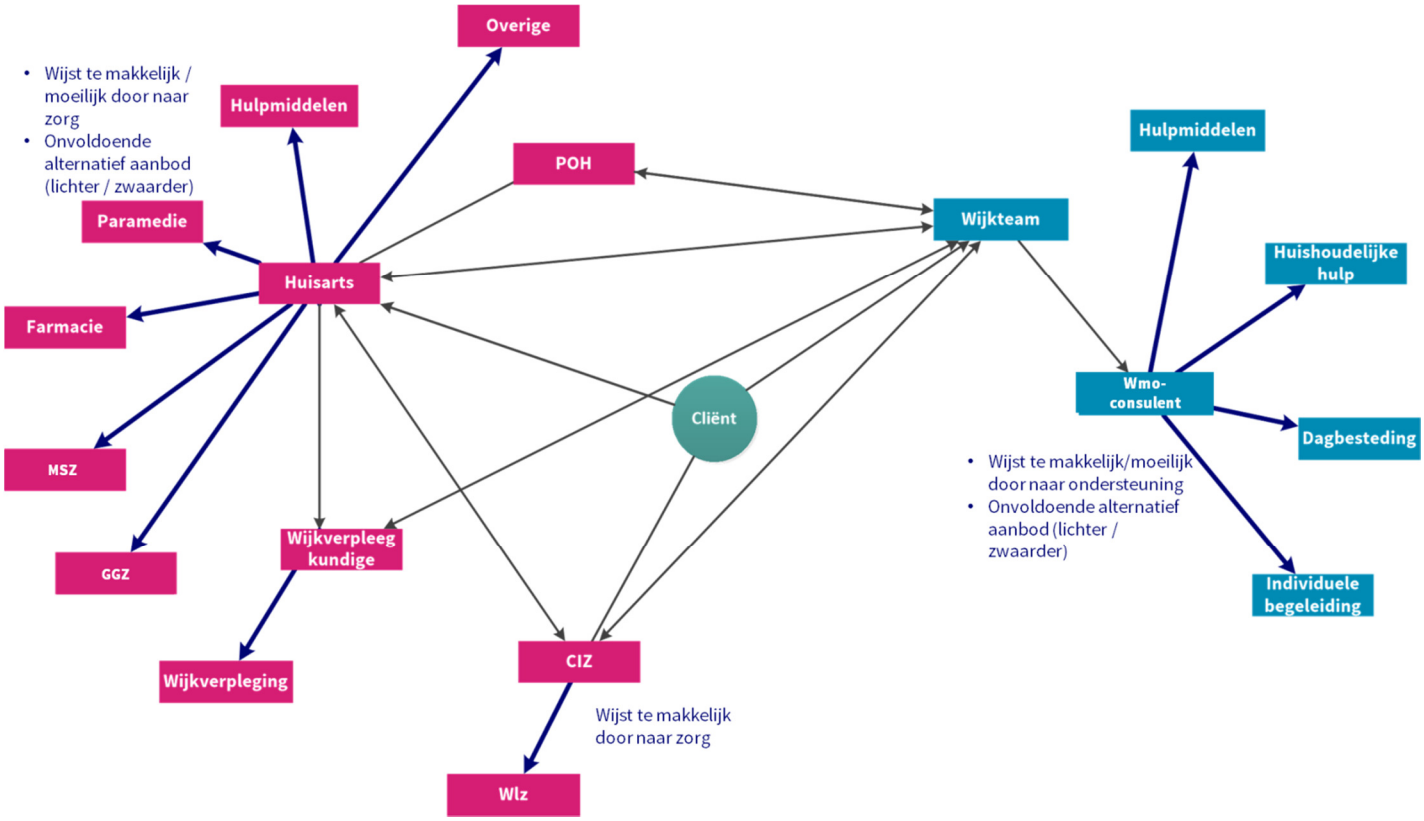
Vanuit de cliënt gezien is er een aantal verklaringen dat deze gebruik gaat maken van ondersteuning of zorg.



Het is ook goed om te kijken naar de samenwerking tussen de verschillende kernpartners in de wijk.



Evenals het samenspel tussen de huisarts en de POH en het wijkteam en de wmo-consulent.



Tot slot zitten er ook mogelijke verklaringen in de manier van doorverwijzen naar tweedelijnsvoorzieningen.