



Visie op ouderenzorg

Publicatiedatum mei 2019



1. Visie op de zorg

De kwaliteit van de zorg in Nederland is goed. We constateren echter met elkaar dat deze nog onvoldoende aansluit bij de behoeften en wensen van patiënten. We richten ons op die zorg die waarde voor onze klanten toevoegt: de zorg met de beste verhouding tussen relevante gezondheidsuitkomsten en de kosten van die zorg. We noemen dit waardegerichte zorg, en door dit te doen wordt juiste zorg op de juiste plek realiteit. Vanaf 2018 kopen wij in vanuit deze visie.

Deze [visie](#) vertalen we door naar onze zorginkoop. Waardegerichte zorginkoop zien we als de sleutel voor een toekomstbestendige en betere gezondheidszorg voor onze klanten. Met waardegerichte zorginkoop willen we drie doelstellingen realiseren:



het verbeteren van de ervaren
kwaliteit van zorg



het verbeteren van de gezondheid
van onze klanten



het verlagen van de kosten van de
zorg om deze toegankelijk en
betaalbaar te houden

Binnen waardegerichte zorg staan de gezondheid en welzijn van de klant voorop. Dat is immers voor de klant het meest waardevol. Dit kunnen we realiseren door hem of haar bijvoorbeeld te ondersteunen met preventie. De zorgbehoefte van onze klant is het vertrekpunt. Als deze klant in een later stadium zorg nodig heeft dan dient de uitkomst van die zorg zo goed als mogelijk te zijn. Het is daarom belangrijk om ons te richten op uitkomstmaten die voor de klant relevant zijn. Door samen met zorgprofessionals continue verbetercycli te initiëren komen we tot een zo goed als mogelijke uitkomst van zorg. Bijvoorbeeld door zorgprofessionals van elkaar te laten leren of te kijken naar gepaste zorg. Goede samenwerking met het zorgveld is hierbij noodzakelijk om te werken aan een slimme organisatie van de zorg. Zorgprofessionals zijn gespecialiseerd en staan het dichtst bij het zorg

verlenen. We stimuleren daarom hun actieve rol bij het gezamenlijk realiseren van verbeteringen in het zorgproces. Dit alles is bijna alleen te realiseren als we een langetermijnperspectief hebben, of het nou gaat om preventie-afspraken, om het verbeteren van een zorgpad of het bespreken van het profiel van de aanbieder. Beheersing van kosten is en blijft een hoofdtaak van een zorgverzekeraar. De zorg moet voor iedereen toegankelijk blijven.

In onze vijf regio's nemen we een actieve rol, werken we samen met zorgaanbieders aan verbeteringen, en pakken we een stimulerende rol om partijen bij elkaar aan tafel te krijgen. Als partners – zorgaanbieders, gemeenten, kennisinstellingen – maken we met de grote instellingen in onze regio's meerjarige afspraken die in lijn zijn met onze visie op het zorglandschap en de inhoudelijk gedragen veranderingen die we zien, en die de financiële ruimte bieden om een transitie te maken. Buiten onze regio's hebben wij ook een belangrijke, maar andere rol.



Voor al onze verzekerden kopen wij voldoende zorg in, monitoren we actief wachttijden, en voor zorgaanbieders in heel Nederland hebben we een gepaste dienstverlening, en zijn we bereikbaar voor vragen en/of opmerkingen. Meer lezen? [Kijk dan op onze website.](#)

“Sinds de start van waardegerichte zorg hebben we veel geleerd. Hoe doen we dit, waar letten we op, hoe doen we het samen, wat willen we precies samen bereiken en hoe vertalen we dit naar onze zorginkoop? We hebben soms ons hoofd gestoten, maar ook gezamenlijk met zorgaanbieders successen behaald. Bijvoorbeeld bij het sluiten van meerjarencontracten. Maar ook bij de introductie van contracten voor specifieke aandoeningen zoals heup, knie en staar. Verdere doorontwikkeling en verbreding is nodig, ik heb er alle vertrouwen in dat we met deze basis samen met zorgaanbieders de volgende stappen kunnen zetten.”

- Joris van Eijck
directeur Zorg Menzis



2. Visie op ouderenzorg

Ouderenzorg is actueel. In Nederland zijn er verschillende taskforces, stuurgroepen, werkgroepen, een pact en programma's actief, die de zorg aan (kwetsbare) ouderen moeten verbeteren. Ook Menzis neemt deel aan diverse programma's. Zorg en ondersteuning aan (kwetsbare) ouderen bestrijkt een breed domein. Van de ouderen en zijn eigen (thuis)netwerk tot aan de multidisciplinaire zorg in het verpleeghuis.

Ouderenzorg is een breed begrip. Het gaat niet alleen over de medische zorg aan mensen die een bepaalde leeftijd hebben bereikt. Het gaat misschien nog wel meer over ouder worden en alles wat daarbij komt kijken. De maatschappij verandert en de overheid verwacht dat een ieder steeds meer zelf regelt en organiseert. Wat wil je later? Waar heb je behoefte aan? Daarmee dus vooruit kijken en jezelf voorbereiden op de toekomst. We zijn zelf verantwoordelijk bent voor ons leven en de kwaliteit daarvan en daar moeten we dus ook de regie over nemen.

Ouderenzorg begint dus bij de oudere zelf. Hoe staat hij of zij in het leven? Wat is voor hem/haar belangrijk en wat geeft hem/haar kwaliteit in het leven? Dit gesprek moet worden gevoerd om te kunnen zorgen dat de oudere de zorg ontvangt die voor hem/haar van waarde is. Op landelijk, regionaal maar zeker op individueel niveau.

Nu steeds meer ouderen langer thuis wonen is het een uitdaging om passende zorg op de juiste plek te bieden. Zo stelt het RIVM in een toekomstverkenning vast dat er meer ouderen met complexe zorgvragen een groter beroep op zorg gaan doen, en dat dit een betere afstemming van zorgverleners rondom de thuiswonende oudere vraagt. Samenwerking en communicatie tussen ouderen, hun mantelzorgers en de verschillende professionals is essentieel. Ook een centraal aanspreekpunt dat overzicht houdt over een dergelijk complex netwerk aan zorgverleners is belangrijk. Omdat er grote verschillen zijn in de mate waarop mensen eigen regie nemen en zelfredzaam zijn, kunnen zorgprofessionals er niet van uitgaan dat iedere oudere zelf zijn zorg regelt en organiseert.

2.1 Reden voor verandering

Ouderen zijn geen homogene groep. Ze hebben een verschillende mate van eigen regie en denken wisselend over hun eigen toekomst met ondersteuning en zorg. Daarbij verandert de samenleving. Er komen andere doelgroepen (waar onder migranten), ouderen worden mondiger en maken andere keuzes, de eenzaamheid neemt toe en het hebben van mantelzorg is niet vanzelfsprekend. Maar er ontstaan ook burgerinitiatieven die zelf zorg organiseren in hun wijk of buurt.

Er is een veelheid aan onderzoeken en analyses gepubliceerd en commissies en taskforces ingesteld, die de knelpunten en mogelijke oplossingen rondom de ouderenzorg in kaart hebben gebracht.

Centrale thema's die overal terugkomen zijn:

- Vertrouwen hebben in elkaar; zowel van de oudere in de zorgverlener als zorgverleners in elkaar als vertrouwen tussen zorgverleners en financiers. Dit vertrouwen begint met elkaar ontmoeten, kennen (weten wie de ander is en wat hij doet) en respecteren.
- Leiderschap ontwikkelen, ouderenzorg actief op de kaart willen zetten en verandering willen doorvoeren met lef.
- Kwaliteit verbeteren door informatie over wat goede zorg is en waar deze geleverd wordt beter beschikbaar en bereikbaar te maken (transparantie in (keuze)informatie). Maar ook ouderen (digitaal) vaardig maken waar informatie te vinden en te begrijpen.
- Knelpunten over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt; zijn er nog wel voldoende professionals in de (nabije) toekomst om de toenemende vraag op te vangen?
- Juiste zorg op de juiste plek. Onnodige ziekenhuisopnames, slechte in- en doorstroom van en naar huis, tijdelijk verblijf en/of definitief verblijf (Wlz).
- Afstemmen en coördineren van ondersteuning en zorg op lokaal en regionaal niveau.
- Bij voorkeur een (beperkt) overzichtelijk netwerk van professionals.
- Digitalisering krijgt een plek in ons dagelijks bestaan maar systemen sluiten niet goed op elkaar aan, informatie wordt verschillend vastgelegd of mag niet gedeeld worden ten gevolge van wettelijke bepalingen.
- Nadenken over uitkomsten van zorg in termen van klanttevredenheid, kwaliteit en kosten.
- Een passende financiering die recht doet aan de juiste zorg op de juiste plek, die samenwerking stimuleert en de totale zorgkosten in Nederland betaalbaar houdt.

Uit de gesprekken die we hebben gevoerd met diverse klantgroepen komt met name één knelpunt naar voren: het gebrek aan overzicht van de oudere of zijn mantelzorg(ers) in de veelheid van aanbod in ondersteuning en zorg. “En als we eenmaal hulp nodig hebben, weten we niet waar we terecht kunnen en worden we van kastje naar de muur gestuurd”, aldus één van de reacties van klanten.

Daarnaast lijkt er een gebrek aan overzicht van beschikbare voorzieningen bij zorgverleners.

“Laatst voelde mijn moeder zich niet goed. Ze was benauwd en ik zag dat het erger werd. Ik heb haar geholpen met haar medicatie maar niets hielp. Ik zat op dat momenteel zelf ook niet goed in mijn vel en raakte in paniek. Toen ben ik in het wilde weg allerlei mensen gaan bellen maar niemand kon me helpen. Uiteindelijk heb ik 112 gebeld.”

(reactie klantbijeenkomst Menzis regio Noord, 2018)

2.2 Zorgpad van de oudere

Geen enkele oudere is gelijk en er is een diversiteit van zelfstandigheid en kwetsbaarheid. In het individuele zorgpad van de oudere kan dit ook nog in de tijd veranderen. In onderstaande afbeeldingen lichten we dit toe.

Dit pad kan onderbroken worden door een event waardoor zelfstandig thuis wonen lastiger wordt. Bijvoorbeeld omdat men angstig is geworden en zich niet meer vertrouwd voelt in de thuisomgeving, de mantelzorger overbelast is of zelfs weg valt of er is een ziekenhuis opname nodig. Het event vraagt in ieder geval een interventie waarbij gekeken moet worden of en zo ja hoe, de oudere thuis zelfstandig kan blijven wonen.

2



1

Het zorgpad van een oudere begint altijd thuis. Min of meer zelfstandig met of zonder mantelzorg en eventueel met enige professionele ondersteuning en zorg.

3

Na een ziekenhuisopname kan eventueel een opname in een tijdelijk verblijf (ELV, GRZ) nodig zijn.

4

In de loop der tijd kan zorg en ondersteuning complexer worden waardoor thuis wonen wordt gecombineerd met dagopvang. Als de oudere 24 uren toezicht of zorg in de nabijheid nodig heeft, is het moment om een Wlz indicatie aan te vragen. Waarbij gekeken moet worden of thuis wonen nog verantwoord is of dat een opname in een intramurale woonvoorziening beter past bij de zorgbehoefte.

3. Uitgangspunten

Bij Menzis staat eigen regie van iedereen voorop, ook bij de (kwetsbare) ouderen die thuis wonen. Dit past bij onze visie op leefkracht. Leefkracht staat voor de positieve kracht van gezond leven, voor mentale fitheid, bewust bezig zijn met je gezondheid, voor meedoen in de maatschappij. Op een manier die bij de betreffende oudere past. Als het niet meer lukt om zelf regie te voeren, is het van groot belang dat de oudere wordt ondersteund of dat de regie wordt overgenomen door de omgeving.

Om dit mogelijk te maken wil Menzis de inkoop zo organiseren dat:

- ✓ Elke oudere een eerste professioneel aanspreekpunt (inclusief vervanging) krijgt, die bij voorkeur te allen tijde aanspreekbaar is voor de oudere, zijn mantelzorg en de betrokken hulpverleners, en daarin eigenaarschap neemt (en krijgt).
- ✓ Er op lokaal niveau samenwerking is tussen de verschillende zorg- en hulpverleners waarbij rollen en verantwoordelijkheden duidelijk en op elkaar afgestemd zijn ten behoeve van de oudere.
- ✓ De klanttevredenheid en de (ervaren) kwaliteit toenemen en de totale zorgkosten per oudere in het samenwerkingsgebied gelijk blijven of bij voorkeur dalen (waardegerichte zorg).

3.1 Een eerste aanspreekpunt

We vinden het belangrijk dat elke (thuiswonende) oudere een eerste professioneel aanspreekpunt kiest die hem ondersteunt bij het voeren van regie over zijn leven. Idealiter heeft de oudere en/of zijn mantelzorger zelf de regie maar naarmate de kwetsbaarheid toeneemt is dat niet altijd meer vanzelfsprekend. Samen met de oudere en zijn mantelzorger moet dan besloten worden wie dan als eerste aanspreekpunt fungeert.

Afhankelijk van de wensen, behoeften en problematiek van de oudere kan het eerste aanspreekpunt iemand zijn vanuit de eigen omgeving, het sociale -, zorg- of medische domein. Denk hierbij aan een familielid, cliëntondersteuner, wijkverpleegkundige en/of huisarts/POH.

Het aanspreekpunt heeft het vertrouwen van de oudere. Samen zorgen zij ervoor dat de wensen en behoeften van de oudere in kaart worden gebracht en vastgelegd. Het liefst in het digitaal zorgdossier wat voor de oudere en alle betrokken hulpverleners 24/7 bereikbaar en beschikbaar is. Alhoewel dit niet altijd een gemakkelijk gesprek is, zal met name het vastleggen van de behoeften in crisissituaties en het gesprek over wel of niet behandelen moeten worden gehouden (proactieve planning, advanced care planning, levenswensengesprek).

Het eerste aanspreekpunt is bij voorkeur te allen tijde bereikbaar voor de oudere, naam en contactgegevens zijn bekend. Dit ongeacht de fase in het zorgpad. Concreet betekent dit ook dat het eerste aanspreekpunt de oudere (op afstand) blijft volgen bij opname in het ziekenhuis of tijdelijk verblijf. Ook kan zij fungeren al aanspreekpunt voor de contactpersoon van de oudere en de professionals in de 2e lijn als dat door de oudere/familie gewenst is.

Wanneer de oudere een hulpvraag heeft, neemt het aanspreekpunt eigenaarschap en rust niet voordat de hulpvraag naar tevredenheid van klant en zorgverleners is opgelost.

Het aanspreekpunt heeft het mandaat om binnen de eigen bevoegdheid de juiste zorg op de juiste plek in te zetten of om in overleg te treden met de aangewezen zorgverlener om de hulpvraag op te lossen. Uitvoering van de ondersteuning en zorg moet gedaan worden daar waar deskundigheid zit (welzijn, care, cure, woningbouw, schuldhulpverlening).

Daarvoor is deskundigheid nodig om de juiste benodigde ondersteuning en zorg te indiceren en kennis te hebben van de mogelijkheden om die ondersteuning en/of zorg te organiseren.

Kennis van de sociale kaart inclusief de mogelijkheid tot inzet van vrijwilligers is nodig.

3.2 Lokale samenwerking

Elke (kwetsbare) oudere is in beeld bij een lokaal multidisciplinair netwerk van hulpverleners, dat met elkaar samenwerkt om de situatie van de ouderen in beeld te hebben en te houden en de zorg en ondersteuning met elkaar afstemt. Ook wordt hier afgesproken wie het vaste aanspreekpunt van de oudere is. Het netwerk bestaat in ieder geval uit de kwetsbare oudere zelf, de mantelzorger, huisarts/POH-O, wijkverpleegkundige en vertegenwoordigers uit het gemeentelijk domein.

Toevoeging van een specialist ouderengeneeskunde eventueel op consultatieve basis is gewenst. Het netwerk werkt interdisciplinair met elkaar samen.

Rollen/verantwoordelijkheden in het netwerk

In het lokale netwerk zijn de wensen en behoeften van de oudere het uitgangspunt en bepalend voor de inzet en organisatie van zorg. De oudere heeft daar ook een eigen rol en verantwoordelijkheid in. De oudere dient na te denken over wat hij wil maar ook wat hij niet meer wil en kan uitgaande van zijn mogelijkheden (positieve gezondheid).

Onlangs zijn de kerntaken van de huisarts (her)beschreven waar hij, ondersteunt door een POH-O met name een rol heeft in het leveren van medisch -generalistische zorg. In het lokale netwerk ouderenzorg zien wij de huisarts met name een bewakende rol hebben in de regie over de zorg en ondersteuning aan (kwetsbare)ouderen.

De specialist ouderengeneeskundige (SO) is ter consultatie beschikbaar voor de huisarts of oudere zelf, voor vragen die specifiek gerelateerd zijn aan het ouder worden. De SO kan ook meedenken over de advanced care planning op het moment dat het vraagstuk op tafel komt.

De wijkverpleegkundige is met name actief in het zorgdomein en kijkt vanuit een klinische, integrale blik naar wat de oudere nog kan en waar ondersteuning nodig is om kwaliteit van leven te behouden. De wijkverpleegkundige is vanwege haar medisch en zorg achtergrond bij uitstek de verbindende factor tussen medisch en sociaal domein.

Vanuit het gemeentelijk domein wordt gekeken met welke voorzieningen een inwoner ondersteund kan worden om zelfstandig te blijven wonen. Oplossingen voor langer thuis liggen vaak eerder in de ondersteuning dan in de zorg. Het sociaal (wijk) team en/of het welzijnswerk vormen de verbindende factor richting algemene of maatwerkvoorzieningen in het sociaal domein. Tevens kunnen zij een rol spelen in de vroegsignalering van (kwetsbare) ouderen.

“Jarenlang was ik mantelzorger van mijn vrouw. Zij kreeg al op jonge leeftijd de diagnose ziekte van Alzheimer. Op het moment dat de diagnose bekend werd, werden we meteen de zorg in getrokken met onderzoeken en behandelingen. Eigenlijk waren we daar nog helemaal niet aan toe. We waren nog jong, ik zat nog in het arbeidsproces. Onze vragen en behoeften lagen op heel ander terrein.”

(een mantelzorger)

Binnen het netwerk wordt gebruikgemaakt van (digitaal) beschikbare data, een PGO (waarin het zorgplan is opgenomen) en waar mogelijk van zorg op afstand.

Verder worden er afspraken gemaakt over de identificatie van de doelgroep, de rolverdeling, verantwoordelijkheden en mandaten bij de individuele ondersteuning en zorg van de ouderen van het netwerk. De deelnemers in het netwerk kennen elkaar bij naam en weten van elkaar wie ze zijn en wat ze doen. Zij voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor het welzijn en de gezondheid van de ouder(en) in hun lokale netwerk, in zijn gehele zorgpad.

De cultuur van het lokale netwerk kenmerkt zich door continu verbeteren, waarbij de uitkomsten van zorg met elkaar, met de ouderen en andere belanghebbenden worden gedeeld. Bij voorkeur ook met andere lokale netwerken waardoor er een regionale afstemming van aanbod in ondersteuning en zorg ontstaat.

Voor dit laatste zal op regionaal niveau doorontwikkeling plaats kunnen vinden waarin een ketenregisseur als netwerkverbinder aanwezig is. Een (boven)regionaal netwerk kan aanvullend zijn bijvoorbeeld in het aanbieden van scholingen.

3.3 Waardegerichte zorg

Voor ouderenzorg is geen blauwdruk te bedenken. Dé oudere bestaat niet en daarbij ook niet hoe die oudere het beste ondersteund kan worden. Dit is maatwerk, zowel per persoon als in de tijd. Wat de oudere op dit moment nodig heeft kan verschillen met wat er volgende maand of jaar nodig is.

De (lokale) invulling, inkoop en bekostiging van ouderenzorg zal daarom naar verwachting ook maatwerk zijn.

Om invulling te geven aan waardegerichte zorg kan gebruikgemaakt worden van de huidige financieringsbronnen/-modules. Maar het kan ook betekenen dat er een geheel andere wijze van inkoop en financiering ontwikkeld moet worden om de zorg voor ouderen op individueel en regio/lokaal niveau het beste vorm te geven.

Voor Menzis staat voorop dat financiering de samenwerking tussen alle hulpverleners (multi- en interdisciplinair) moet stimuleren zowel op lokaal niveau als bij de ondersteuning en zorg van de individuele oudere. Financiering mag nooit reden zijn om niet met elkaar in overleg te treden.

Als een nieuw bekostigingsmodel gewenst is, is het uitgangspunt van Menzis dat uitgegaan wordt van de vraag van de oudere in plaats van het aanbod en er invulling gegeven wordt aan de uitgangspunten van waardegerichte zorg.

Randvoorwaarden daarbij zijn de gewenste uitkomsten:

- ✓ Elke oudere heeft een vast (professioneel) aanspreekpunt aangewezen die bij voorkeur te allen tijde aanspreekbaar is voor de oudere en de betrokken hulpverleners en daarin eigenaarschap neemt (en krijgt).
- ✓ Elke oudere heeft een persoonlijk, altijd toegankelijk voor oudere én betrokken hulpverleners (medisch en sociaal), digitaal zorgplan (ook bij crisis).
- ✓ Op lokaal niveau is er samenwerking tussen de verschillende disciplines waarbij rollen en verantwoordelijkheden duidelijk en op elkaar afgestemd zijn ten behoeve van de ouderenzorg (medisch en sociaal).
- ✓ Op lokaal niveau is het aanbod van ondersteuning en zorg aan ouderen 24/7 beschikbaar en toegankelijk.
- ✓ De totale zorgkosten per oudere in het samenwerkingsgebied blijven gelijk, of dalen bij voorkeur bij gelijkblijvende of verbeterde klanttevredenheid en kwaliteit van zorg.

4. Wat gaan we doen?

- ✓ We gaan ons inzetten op het beter en slimmer samenwerken rondom de (kwetsbare) oudere, zodat de oudere op een voor hem prettige manier langer thuis kan blijven wonen met een toenemende ondersteunings- en zorgvraag, dit ondanks een krappere wordende arbeidsmarkt.
- ✓ We zetten ons in op het verder ontwikkelen van lopende of het oppakken van nieuwe lokale initiatieven voor het verbeteren van ouderenzorg. De kwetsbare oudere is het meest geholpen met een multi-/interdisciplinaire, domein-overstijgende benadering. Om dit te realiseren hebben alle partijen in het veld (ouderen(vertegenwoordiging), aanbieders van ondersteuning en zorg en financiers) elkaar nodig.
- ✓ We nodigen daarvoor lokale (eerstelijns) multidisciplinaire netwerken uit die minimaal bestaan uit vertegenwoordigers van huisartsen, wijkverpleging en gemeentelijk domein om met ons in gesprek te gaan over hun plannen om op lokaal niveau het aanspreekpunt en de organisatie van de ouderenzorg te verbeteren of door te ontwikkelen.