

Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief

De visie van CSO, NFU en ZonMw

13 januari 2012



| | |
|--|-----------|
| Samenvatting..... | 3 |
| <i>De visie.....</i> | 3 |
| <i>De opbrengsten van het NPO.....</i> | 3 |
| <i>Een perspectief voor investering.....</i> | 4 |
| 1. Inleiding en doel van deze visie ouderenzorg | 5 |
| 1.1 Leeswijzer | 5 |
| 2. Kwetsbare ouderen: zorg voor kracht..... | 5 |
| 3. Zorg, welzijn en wonen voor Ouderen 2.0 | 6 |
| 4. Kernwaarden | 7 |
| 4.1 Kernwaarde Zeggenschap..... | 7 |
| 4.2 Kernwaarde Voorzorg..... | 8 |
| 4.3 Kernwaarde Samenhang..... | 9 |
| 4.4 Kernwaarde Kwaliteit en doelmatigheid..... | 10 |
| 5. Verwachte opbrengsten uit het NPO | 12 |
| 5.1 De werking van het Nationaal Programma Ouderenzorg..... | 12 |
| 5.2 De opbrengsten | 13 |
| 5.2.1 <i>Zeggenschap</i> | 13 |
| 5.2.2 <i>Voorzorg.....</i> | 14 |
| 5.2.3 <i>Samenhang.....</i> | 15 |
| 5.2.4 <i>Kwaliteit en doelmatigheid.....</i> | 17 |
| 6. De toekomst van de ouderzorg – een perspectief | 18 |
| 6.1 Borgen van de resultaten van het NPO | 18 |
| <i>Communicatie en informatie.....</i> | 18 |
| <i>Implementatie.....</i> | 18 |
| <i>Opleiding en scholing.....</i> | 19 |
| 6.2 Continuïteit van de infrastructuur | 19 |
| 6.3 Aanvullende activiteiten..... | 20 |

Samenvatting

In dit document presenteren CSO, NFU en ZonMw hun gezamenlijk visie op de toekomst van de ouderenzorg. Het werd opgesteld in de context van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) dat in 2012 afloopt, en laat zien wat er nodig is om de cultuur en de structuur van de ouderenzorg te veranderen in een richting die door ouderen zelf gewenst wordt. De eerste ervaringen in de, op initiatief van het NPO tot stand gekomen, regionale netwerken tonen aan dat nieuwe werkwijzen en maatwerk wel degelijk mogelijk zijn. Dat biedt perspectief voor het toekomstig welzijn van een zeer groot en groeiend deel van de bevolking, de ouderen. Het gaat daarbij met name om kwetsbare ouderen, die verkeren in de fase tussen volledige zelfstandigheid en afhankelijkheid van zorg en welzijn. Het document roept op tot verdere actie: laat de ervaringen die ouderen helpen de touwtjes zo lang mogelijk in handen te houden niet verloren gaan. En laat de in het NPO opgebouwde expertise met geïntegreerde zorg, welzijn en wonen tot brede toepassing komen. Daarmee kan overbodige zorg worden voorkomen. Kortom, het roept op verder te bouwen aan een toekomst en levensloop bestendige ouderenzorg, die is gebaseerd op een bewezen effectieve en doelmatige aanpak.

Het document bestaat uit drie delen:

1. Een visie op de kernwaarden voor de toekomst van de zorg voor kwetsbare ouderen;
2. Een schets van de opbrengsten van het NPO;
3. Een perspectief voor investeringen om de resultaten van het NPO tot toepassing te brengen en waar nodig verder te ontwikkelen.

De visie

De visie gaat uit van eigen regie en zelfmanagement van ouderen. En daarnaast van een geïntegreerde aanpak, waarin medische en langdurende zorg en ondersteuning, welzijn en wonen een continuüm vormen. Maatwerk op basis van de behoefte van de oudere is een leidend principe. Eén en ander vergt een veranderingsproces in cultuur en structuur dat gekarakteriseerd wordt door vier kernwaarden. Deze vier kernwaarden – *Zeggenschap*, *Voorzorg*, *Samenhang* en *Kwaliteit en doelmatigheid* – worden verder uitgewerkt.

De opbrengsten van het NPO

In vier jaar NPO zijn in de regionale netwerken 75 projecten gestart gericht op kwaliteitsverbetering in de ouderenzorg, vergezeld van onderzoek naar effecten en doelmatigheid. De (voorlopige) opbrengsten laten zien hoe de kernwaarden binnen het NPO geoperationaliseerd zijn. *Zeggenschap* is vormgegeven in projecten die eigen regie bij ouderen stimuleren en daarnaast door ouderenparticipatie in alle netwerken. Bij de kernwaarde *voorzorg* is de aandacht primair uitgegaan naar signalerings-instrumenten om kwetsbaarheid bij ouderen tijdig te signaleren. Vele projecten rond het thema ketensamenhang weerspiegelen hoe het belang van de kernwaarde *samenhang* breed wordt onderkend. Daarbij lag het accent op samenhang in de zorg. Hoewel er al verschillende projecten gericht zijn op wonen en welzijn, verdient de verbinding zorg, welzijn en wonen nog verdere actie. En de vierde kernwaarde, *kwaliteit en doelmatigheid*, wordt zichtbaar in de bouwstenen voor de systeemdificatie en financieringsmogelijkheden, maar ook in de inzet van technologie en de vertaling van kennis in onderwijsmodules en handleidingen.

Een perspectief voor investering

Met het NPO is een nieuwe werkwijze geïntroduceerd¹ die toekomstbestendig is, en die het waard is behouden te blijven. De volgende prioriteiten hebben tot doel dat de vernieuwingen tot in de haarvaten van zorg, welzijn en wonen kunnen worden doorgevoerd, met het oog op het maximaliseren van gezondheidswinst tegen beheersbare kosten. Dat betekent:

- Borgen van de resultaten: Hier zijn opleiding en scholing cruciaal. Maar daarnaast is ook communicatie naar alle belanghebbenden van groot belang, evenals implementatie en verspreiding, het toetsen van de opbrengsten aan de kernwaarden in de netwerken, alsmede het vervolg richten op eventuele hiaten.
- Continueren van de infrastructuur: De netwerkstructuur is heel waardevol gebleken. De vruchtbare werkwijze van de netwerken, met een sterke en blijvende inbreng van de ouderen, verdient continuering. Belangrijk punt is hier om nu de centrale rol van UMC's over te dragen naar natuurlijke netwerken, en de focus te verbreden van zorg naar welzijn en wonen. Daarnaast is het van groot belang om de nog lopende projecten van het NPO volgens schema tot afronding te laten komen en onafhankelijk te blijven aansturen, zodat de gedane investeringen maximaal renderen.
- Aanvullende activiteiten: aandacht voor levensloop gerelateerde preventie-activiteiten in de brede zin van het woord, gericht op actief meedoen, en een beperkt aantal vervolgprojecten op basis van deze visie, gericht op het welbevinden van ouderen in een kwetsbare positie.

Tenslotte, het bewerkstelligen van een blijvende mentaliteitsverandering in alle geledingen van zorg, welzijn en wonen, evenals bij de ouderen zelf vergt meer dan een eenmalige stimulans van vier jaar. Het NPO heeft laten zien dat echte verandering mogelijk is. Laten we in de komende jaren die ervaring gebruiken voor een duurzame vernieuwing in zorg, welzijn en wonen voor ouderen in Nederland.

¹ Regionale samenwerking tussen verschillende partijen die betrokken zijn bij wonen, welzijn en zorg, waarbij de wensen en behoeften van ouderen zelf van doorslaggevend belang zijn.

1. Inleiding en doel van deze visie ouderenzorg

Met deze visie presenteren CSO, NFU en ZonMw² gezamenlijk een inhoudelijke visie op de toekomst van medische en langdurende zorg en ondersteuning, welzijn en wonen van ouderen met complexe problematiek. Deze visie is ontwikkeld in samenspraak met ouderen (-vertegenwoordigers), onderzoekers en bouwt voort op het Nationaal Programma Ouderenzorg dat van 2008 tot 2012 netwerken, transitie-experimenten, projecten en onderzoek heeft gefinancierd.

De visie dient een driedelig doel:

1. De visie formuleert een aantal kernwaarden met een lange houdbaarheid, gebaseerd op de behoeften van ouderen.
2. De visie geeft een schets van de voorlopige opbrengsten van het NPO, en beoogt daarmee een duidelijke focus te geven aan implementatie van de resultaten die in de netwerken van het NPO zijn gerealiseerd.
3. De visie presenteert de contouren van een vervolprogramma over duurzame ouderenzorg, met plannen voor de korte en langere termijn.

De kernwaarden in deze visie vormen tezamen het geriatrisch zorgconcept dat richting geeft aan toekomstige ontwikkelingen in de ouderenzorg. Inhoudelijk zijn de kernwaarden gebaseerd op de – soms niet eerder geëxpliciteerde – waarden van het NPO en op de opbrengsten van een tweetal denksessies met ouderen zelf. Deze visie betreft met name de groep van de kwetsbare ouderen.

1.1 Leeswijzer

In de volgende paragraaf (2) wordt het begrip kwetsbaar nader gedefinieerd en gekoppeld aan kracht. In paragraaf 3 wordt de essentie van een geïntegreerde aanpak – zorg, welzijn en wonen – gepresenteerd. Deze is gebaseerd op vier kernwaarden, die in paragraaf 4 worden uitgewerkt. In paragraaf 5 volgt een samenvatting van de opbrengsten van het NPO, en paragraaf 6 schetst het perspectief voor een vervolg.

2. Kwetsbare ouderen: zorg voor kracht

Een leven op hoge leeftijd kan heel plezierig zijn en veel ouderen bevinden zich in een situatie van welbevinden. De andere kant ervan is dat veel ouderen ook te maken krijgen met langdurige beperkingen en (chronische) ziekten die het dagelijks leven lastig maken. Centraal staat dat bij ouderen het vermogen zich aan te passen (*adapt*) en het eigen leven te organiseren (*selfmanage*) geleidelijk minder wordt, zowel voor sociale, lichamelijke als emotionele uitdagingen. Ouderen worden dan kwetsbaar voor verstoringen van het evenwicht (door ziekte of door sociale factoren). Ouderen moeten zich bewust zijn van deze verminderde adaptatiemogelijkheden en daarvoor voorzorgsmaatregelen nemen (in eigen regie), waarop de ouderenzorg moet aansluiten en ondersteunen.

De behoefte aan autonomie is groot en ouderen houden met kracht vast aan die eigen regie. Een veelheid aan factoren zoals de fysieke en mentale toestand, het sociale

² CSO= Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties, NFU = Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en ZonMw= Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

netwerk, de woonsituatie, de (fysieke) lokale infrastructuur, de organisatie van formele en informele zorg, en maatschappelijke voorzieningen, bepaalt hoe en hoe lang de oudere in staat is regie over eigen leven en wonen te behouden. Om ouderen de mogelijkheid te bieden zichzelf in alle vrijheid maximaal te ontplooiën, deel te nemen aan maatschappelijke activiteiten en zelfstandig te leven en wonen, zou de ouderenzorg er op moeten zijn gericht de gevolgen van de afname in het vermogen tot adaptatie en zelfmanagement zo goed mogelijk te voorkomen, detecteren, compenseren of (gedeeltelijk) over te nemen.

Het maximaal bewaren van eigen regie en aanpassingsvermogen is te beïnvloeden door ouderen zelf, door hen te ondersteunen bij het zelf hanteren van ziekte of beperking; en door vanuit een brede benadering te proberen het verlies van zelfredzaamheid en eigen keuzes zolang mogelijk uit te stellen. Kortom, te zorgen voor kracht in aanwezigheid van kwetsbaarheid. Het welbevinden van die krachtige ouderen wordt verder bevorderd door terughoudendheid te betrachten in medisch handelen. En wanneer er dan wel sprake is van handelen dan is de kwaliteit van het geleverde goed, zowel van de medische zorg, de langdurende zorg (zoals in de verpleeghuizen), als van de ondersteuning in welzijn en wonen. Kortom, minder overdaad, maar wel goede kwaliteit die bijdraagt aan het welbevinden van ouderen.

3. Zorg, welzijn en wonen voor Ouderen 2.0

Wat zijn de kernwaarden van een goede zorg voor ouderen waar de samenleving collectief verantwoordelijkheid voor wil dragen? Door vergrijzing zal Nederland te maken krijgen met een toename van kwetsbare ouderen. Dat betekent een toename van vragen rondom complexe samengestelde zorg, welzijn en wonen. Zorg, welzijn en wonen voor ouderen verdienen in de toekomst een geïntegreerde aanpak.

Een geïntegreerde aanpak behelst verschillende niveaus: op het niveau van de individuele oudere en zijn directe relaties in welzijn, wonen en zorg gaat het om keuzes maken en afstemming van wat door de oudere in welzijn, wonen en zorg nuttig en noodzakelijk wordt gevonden. Niet alles wat kan, hoeft te gebeuren. Op het niveau van organisaties gaat het om samenhang en afstemming tussen zorg (eerste lijn, ziekenhuis, verpleging, verzorging), welzijn (buurt- en maatschappelijke ondersteuning) en wonen (thuisondersteuning, aanleunconcepten, (thuis)zorginstellingen, verpleeghuizen). Dergelijke geïntegreerde zorg wordt ook wel aangeduid met woorden als ketenzorg en *care management*, maar in feite gaat het erom dat zorgprofessionals over hun eigen discipline heenkijken, en uitgaan van het welbevinden van de oudere en dat is niet altijd synoniem met medische zorg. Ook mantelzorg is een essentiële factor in een goed ouderenbeleid. Op het niveau van beleid gaat het om integratie van financieringsstromen uit de Zvw, de AWBZ, en de Wmo³. De huidige financiële schotten belemmeren financiering van innovaties; het financieren van sleutelfuncties is niet eenvoudig; en ook doelmatigheid van een nieuwe aanpak is lastig aan te tonen.

In de toekomst is de behoefte van ouderen in een kwetsbare positie ('de vraag') het leidende principe. En dat betekent maatwerk in plaats van standaardpakketten en samenhangend in plaats van versnipperd. Een dergelijke kanteling betekent een verandering in denken en doen, die gepaard gaat met ingrijpende veranderingen in de sturing en de organisatie van de zorg, zoals de werkwijze, de regels, de rol van de oudere, de rol van de formele en informele ondersteuners, en de financiering. Het gaat

³ Zvw = Zorgverzekeringswet; AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning

derhalve om een veranderingsproces in de cultuur en de structuur van zorg, welzijn en wonen op elk van de drie niveaus, inclusief het opheffen van de financiële schotten en integratie van Zvw, AWBZ en Wmo. Elke geïntegreerde aanpak, waarin kennis en praktijk met elkaar verbonden zijn, berust naar de overtuiging van de ouderen zelf, en de professionals en vrijwilligers in de netwerken op vier kernwaarden.

4. Kernwaarden

4.1 Kernwaarde Zeggenschap

Zeggenschap van de oudere is een leidend principe en betreft het zoveel mogelijk honoreren van de subjectieve wens van de oudere inzake het eigen welbevinden. In brede zin gaat het om de kans zelf keuzes te maken, ongeacht leeftijd, ziekte, beperking, of socio-economische status. Die keuzevrijheid is gebaseerd op voldoende informatie over de keuzemogelijkheden. Zeggenschap wordt – als de oudere dit zelf niet meer kan – ondersteund door naasten die in staat worden gesteld om ouderen in hun belang te helpen keuzes te maken. Vanuit een meer operationeel perspectief gaat zeggenschap ook over meepraten, meedenken en meebeslissen. Samenwerking van instellingen en zorgverleners met de doelgroep – de ouderen – is een noodzakelijke voorwaarde om te zorgen dat vragen van ouderen in een kwetsbare positie daadwerkelijk aan bod komen. De kernwaarde wordt onderverdeeld in de volgende aspecten:

- **Eigen regie**
Met eigen regie neemt de oudere verantwoordelijkheid voor wat hij/zij zelf wil en kan, en ook om zelf te doen en te regelen wat mogelijk is. De oudere blijft zoveel mogelijk zelf keuzes maken binnen het hele palet van zorg, wonen en welzijn. In het zicht van een naderend levenseinde bestaat keuzevrijheid ook uit het zelf aangeven van de grens aan behandeling, waarbij ondersteuning beschikbaar is die bij een dergelijke keuze (onthechting en afbouwen) past. Zorg- en wilsverklaringen zijn hierbij een belangrijk instrument. Voor ouderen die wilsonbekwaam worden, is het noodzakelijk dat er goede vertegenwoordiging wordt geregeld.
- **Participatie**
In algemene zin betreft participatie het deel kunnen nemen van ouderen aan maatschappelijke activiteiten. In het kader van onderzoek en ontwikkeling (zoals in het NPO) betekent participatie ook dat ouderen worden opgenomen in de netwerken en ingeschakeld bij projecten en onderzoek. Zij participeren in doelgroepenpanels en adviesraden over programmering, selectie, uitvoering, evaluatie en implementatie van onderzoek, projecten en resultaten. De participerende ouderen zijn als het ware de voelsprietten van de doelgroep. En ouderen hebben een stem bij de vaststelling van beleid, zowel op landelijk als op lokaal en instellingsniveau. Lokaal beleid wordt daarbij steeds belangrijker.
- **Bejegening**
Ondersteuningsvormen op het gebied van zorg, welzijn en wonen worden zo aangeboden dat daaruit blijkt dat de ondersteuners en zorgverleners zich bewust zijn van de opeenvolgende processen die ouder worden met zich meebrengt. En meer specifiek, aanbod van ondersteuning of zorg is zo opgezet dat de ouderen zo min mogelijk worden belast (bijvoorbeeld op elkaar aansluitende afspraken). Ouderen worden met respect bejegend zodat ze zich begrepen, gewaardeerd en gehoord voelen en de regie over hun leven behouden.
- *Empowerment* (versterking redzaamheid)

Ouderen worden ondersteund in hun vermogen tot zelfredzaamheid. Familieleden, vrijwilligers en zorgprofessionals bieden ruimte voor andere vormen van zorg, zoals sociale, emotionele, fysieke en financiële ondersteuning. Ondersteuning richt zich op het bevorderen van zelfregie dóór ouderen, in plaats van leunen op de zorg vóór ouderen. Voor migranten is de familie nog meer de eerste ring van zorg, en deze moet worden betrokken bij alle zorg, welzijn en wonen gerelateerde vormen van ondersteuning.

4.2 Kernwaarde Voorzorg

Voorzorg betreft vooral ondersteuningsvormen in zorg, welzijn en wonen die voorkómen dat de situatie van (een groep van) kwetsbare ouderen verergert. Het is van belang te weten welke risicofactoren geschikt zijn om een vroeg stadium van kwetsbaarheid te kunnen identificeren. Als je dat op tijd weet, kun je er soms nog iets aan doen. Dan kan vanuit een brede benadering in een vroeg stadium actie worden ondernomen op het gebied van geïntegreerde zorg, wonen en welzijn behoeftes van ouderen. Het doel daarvan is de eigen invulling van leven en wonen zolang mogelijk te behouden. Het is van belang om ouderen met problemen zo vroeg mogelijk in het vizier te krijgen, om te voorkomen dat deze problematiek niet meer bij te sturen is en zwaardere en uitgebreidere ondersteuning nodig wordt. Met andere woorden, te anticiperen op het versterken van welbevinden en gezondheid en het voorkomen van complicaties in de meest brede zin van het woord. De kernwaarde wordt onderverdeeld in de volgende aspecten:

- **Tijdige signalering**
Met tijdige signalering wordt bedoeld het op tijd signaleren van beïnvloedbare risicofactoren, die een vroeg stadium van kwetsbaarheid kenmerken. De signalering van deze risicofactoren is volledig geïntegreerd in de bestaande diagnostiek. Hiermee kan een indruk worden verkregen van het welbevinden en de gezondheid, het lichamenlijk, psychisch en sociaal functioneren en eventuele beperkingen in het dagelijks leven. De noodzaak hiervoor is groot nu het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft vastgesteld dat de groep van kwetsbare ouderen tot 1 miljoen mensen groeit in 2030. Een vroegtijdig inzicht in en een goed overzicht van de groep van kwetsbare ouderen is nodig, maar is nu slechts in beperkte mate beschikbaar.
- **Versterking sociale netwerk.**
Versterking van het sociale netwerk betekent het steunsysteem rondom de oudere, waaronder ook mantelzorg, familie en vrienden, te versterken. Een bestendig sociaal netwerk geeft niet alleen steun bij moeilijkheden, het helpt ook bij tijdige signalering van problemen rondom welbevinden en gezondheid, zichzelf redden, onveilige woonsituatie etc. Bestrijding van eenzaamheid onder ouderen is een speerpunt. Wijkgerichte ondersteuning is een adequate manier om het netwerk rond de oudere persoon te versterken, omdat dit de verbinding legt tussen het informele netwerk van de oudere persoon en het formele netwerk van wijk-gebonden zorg- en welzijnsvoorzieningen. Onderdelen zijn het activeren van wijkbewoners, bijvoorbeeld door de inzet van gezonde ouderen en het stimuleren en faciliteren van ontmoetingsactiviteiten in de wijk die bijdragen aan participatie en steun voor kwetsbare ouderen. In de wijken heeft de eerste lijn ook een centrale rol bij de voorzorg, met name vanwege de 24 uren beschikbaarheid.
- **Gezond en actief oud worden**
Bij het gezond ouder worden ligt het accent op het zo vitaal en gezond mogelijk oud worden. Aanleg, opvoeding, gedrag en sociaaleconomische status zijn hierbij van

belang. Hoe goed we oud worden, wordt voor een deel bepaald door onze leefstijl. Het voorkomen en onder controle houden van chronische ziekten en beperking is mogelijk door het beïnvloeden van leefstijlfactoren zoals bewegen, voeding, overgewicht, roken, maar ook door wonen en arbeid, kortom een actief leven.

4.3 Kernwaarde Samenhang

Samenhang gaat over afstemming tussen zorg, welzijn en wonen, tussen formele en informele zorg, tussen eerste en tweede lijn, tussen disciplines, tussen thuis en de instelling, tussen professionals, instanties en ouderen in alle soorten en maten, en op het goede moment. Voorkomen moet worden dat zorgverleners behandelingen en interventies inzetten die strijdig zijn met elkaar of overbodig en ongewenst. Dat is geen eenvoudige opgave. Daarom is het zo belangrijk als vertrekpunt te hanteren dat alle ouderen toegang hebben tot levensloopbestendige woningen. Samenhang gaat ook over afstemming tussen relevante kennisdomeinen en leren van elkaars kennis en kunde. De kernwaarde wordt onderverdeeld in de volgende aspecten:

- **Informatie en communicatie**
Om de weg te kunnen vinden in de zorg moeten ouderen de voor hun relevante informatie makkelijk kunnen vinden, goed kunnen begrijpen en is deze vrij toegankelijk. Kennis moet vertaald worden in informatie die begrijpelijk is zowel ICT-ondersteund als conventioneel. Er zijn handleidingen beschikbaar voor het hele traject van ondersteuning, afgestemd op de ouderen, en rekening houdend met doelgroepen, zowel qua taalgebruik als verschijningsvorm (niet alleen maar digitaal!). Ouderenorganisaties verzorgen voorlichtingscampagnes voor en door ouderen. Ook delen zorgverleners kennis met anderen en geven adequate voorlichting aan de ouderen. Als ouderen de weg kunnen vinden in de complexe wereld van zorg, welzijn en wonen, pas dan kan voorzorg ook ten volle benut worden.
- **Informele zorg (mantelzorg, familie, vrijwilligers)**
Informele zorg krijgt erkenning en heeft een volwaardige plaats binnen het zorgsysteem. De ouderen zelf, hun mantelzorgers en de professionals hebben een gedeelde verantwoordelijkheid in de afstemming over mantelzorg, onder andere om overbelasting te voorkomen. Personen die informele zorg leveren kunnen voorlichting en coaching krijgen van professionals. De communicatie tussen oudere, informele en formele zorg wordt zo georganiseerd dat de oudere zelf centraal staat. Verzekeraars en gemeenten vergoeden de ondersteuning van informele zorg.
- **Overgangen in de zorgketen**
Overgangen in de zorgketen, en met name overgangen tussen tweede en eerste lijn en vice versa vragen aandacht. Systematische overgangen zijn van belang voor de zorg voor de oudere die een medische ingreep heeft ondergaan. De aansluitende herstellende zorg is gericht op herstel of behoud van zelfstandig functioneren, zoals persoonlijke zorg, huishouding, mobiliteit, regie over het leven. Dit vraagt een brede eerstelijnszorg met een sterke rol voor de verpleegkundigen bij de begeleiding van chronisch zieken. En een verschuiving van een monodisciplinaire en ziektespecifieke aanpak naar multidisciplinair en probleem-georiënteerd. In de eerste lijn moeten volume en deskundigheid in de ouderenzorg voldoende gewaarborgd zijn. In die context kan de vorming van multidisciplinaire teams van huisarts, praktijkverpleegkundige en thuisverpleging behulpzaam zijn.
- **Ketensamenhang en coördinatie**

Veel ouderen hebben meerdere gezondheidsproblemen die gepaard kunnen gaan met ernstige beperkingen in het dagelijks leven. Ketensamenhang is nodig om te voorkomen dat ouderen te maken krijgen met onnodige zorg, strijdige trajecten en dat gaten vallen tussen voorzieningen voor curatieve zorg, 'care' en welzijn. Samenhang waarborgt ook dat gezondheid en zelfredzaamheid-risico's beter worden onderkend. Een overstijgend knelpunt voor kwetsbare ouderen is het ontbreken van een centrale zorgverlener, het eerste aanspreekpunt uit het zorgsysteem voor de betrokkenen, met betrekking tot coördinatie en afstemming van aanbod van zorg, welzijnsvoorzieningen en wonen. Er zijn te weinig verbindingen, en er is een overwegend medische invalshoek, die mogelijk leidt tot overconsumptie van zorg. Een meer geïntegreerde aanpak is nodig met actieve betrokkenheid van de oudere; samenwerkende hulpverleners en professionals. Vanuit deze geïntegreerde aanpak kan een klantgericht zorgplan opgesteld worden, waarin ook de aansluiting met voorzieningen voor wonen en welzijn is opgenomen. Ouderen hebben behoefte aan een centraal coördinatiepunt en zoveel mogelijk eenvormigheid in administratieve processen.

4.4 Kernwaarde Kwaliteit en doelmatigheid

Kwalitatief goede zorg brengt zeggenschap, voorzorg en samenhang op een gelijke wijze bij elkaar. Kennis uit verschillende domeinen is daarvoor nodig, tezamen met het op gang brengen van een veranderingsproces in de cultuur en structuur van zorg, welzijn en wonen voor ouderen. De urgentie voor zo'n veranderingsproces is groot: Het aantal ouderen stijgt, en terwijl de zorg- en welzijnssector extra mensen nodig heeft daalt de beroepsbevolking. Het beschikbare budget voor zorg-, welzijn en wonen moet daarom zo efficiënt mogelijk worden uitgegeven, waarbij zo min mogelijk collectieve middelen worden verspild aan tegenstrijdige, onnodige of ongewenste ondersteuning. Zorgverleners zijn bevoegd en bekwaam, en in staat maatwerk te leveren, dat wil zeggen afstemming op de individuele behoefte. Een kwalitatief goede en doelmatige ouderenzorg waarvoor collectieve verantwoordelijkheid bestaat biedt in elk geval:

- **Toegankelijkheid**
De overheid garandeert de toegankelijkheid van zorg, welzijn en wonen voor alle ouderen ongeacht sociaal economische status. Het zorg en welzijn aanbod sluit aan bij de diversiteit van ouderen, zoals verschil in afkomst, verschil in persoonlijke voorkeuren, verschil in draagkracht, verschil in onderliggende medische en psychosociale problemen. Het aanbod is ook afgestemd op cultuurspecifieke wensen en behoeften van oudere migranten. Toegankelijke zorg betreft eveneens een op ouderen toegesneden openbare ruimte, vervoersmiddelen en woningen. Basale zorg en welzijn, en verwijzing naar gespecialiseerde zorg worden zoveel mogelijk dicht bij huis geleverd, op locaties die fysiek goed toegankelijk zijn. Toegankelijkheid gaat ook over diversiteit op lokaal niveau: er is niet één blauwdruk, maar duidelijk is wel waar je als oudere moet zijn. Daarvoor is een centraal punt voor informatie beschikbaar ('frontoffice'). Toegankelijkheid, kortom, wordt gedefinieerd als eenduidige toegang tot complexe zorg.
- **Effectieve zorg**
Er is voldoende onderbouwing dat de geleverde zorg daadwerkelijk effect heeft op de doelen waarvoor het wordt ingezet. Zorg is gericht op de individuele behoefte en belastbaarheid van de oudere. Zorgverleners en professionals stemmen de zorg voor ouderen met elkaar af om continuïteit te borgen en complicaties te voorkomen. Professionals zijn bevoegd en bekwaam. Deze deskundigheid reikt verder dan de medische expertise in engere zin. Zorg is tijdig, bereikbaar (dichtbij), efficiënt, georganiseerd, en beschikbaar. En zorg is niet alleen medisch: aandacht voor het

niet-behandelen en andere vormen van ondersteuning zijn even belangrijk. Vandaar dat zorgvuldige intakeprocedures (voor alle soorten van zorg, welzijn en wonen) cruciaal zijn.

- **Ontwikkeling van technologie**
Ontwikkeling van technologie kan worden ingezet om zorg toegankelijk te houden als menskracht beperkt is. Voorbeelden zijn de ontwikkeling van domotica en robotica. Bij de ontwikkeling van technologie is evaluatie door de oudere een vast onderdeel. Technologie wordt ook ingezet om ouderen directe toegang te geven tot informatie en een luisterend oor te bieden (bijv. het concept 'Zorg op afstand'). Technologie moet daarbij zijn afgestemd op de mentale en fysieke toestand van de ouderen en mag ook niet de menselijke factor vervangen. Technologie moet laagdrempelig, zinvol, haalbaar, toepasbaar en betaalbaar zijn. Tenslotte moet technologie niet leiden tot vereenzaming, maar juist intermenselijk contact stimuleren.
- **Bekostiging**
De bekostiging faciliteert het realiseren van de genoemde kernwaarden. Er is een maatschappelijk gedragen balans tussen de uitgaven vanuit publieke middelen enerzijds en de toegankelijkheid en kwaliteit van de ouderenzorg anderzijds. De bekostiging wordt gebaseerd op nieuwe geriatrische (=rekening houdend met multimorbiditeit) standaarden, die gebaseerd zijn op heldere kwaliteitscriteria waarin het cliëntenperspectief is geïncorporeerd. Niet-doelmatige ouderenzorg wordt gestaakt.

5. Verwachte opbrengsten uit het NPO

Waar in de vorige hoofdstukken de kernwaarden zijn gedefinieerd, wordt in dit hoofdstuk nagegaan wat in het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) tot stand is of wordt gebracht.

5.1 De werking van het Nationaal Programma Ouderenzorg

In 2008 is een breed veld van onderzoekers, ouderen en zorg- en welzijnsorganisaties in het kader van het NPO begonnen aan de noodzakelijke hervorming van de ouderen zorg, in het bijzonder voor kwetsbare ouderen. Een kleine 600 partijen op het gebied van zorg, welzijn en wonen hebben de krachten gebundeld in acht regionale netwerken. Gezamenlijk voeren zij onderzoek, experimenten en projecten uit zodat kwetsbare ouderen de beste en meest efficiënte zorg en ondersteuning kunnen krijgen. Het doel van het programma is het realiseren van meerwaarde voor de oudere met complexe problematiek. Om dit te bereiken zal het programma moeten resulteren in een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen.

Voor ouderen moet dit leiden tot meer kwaliteit van leven door:

- Meer eigen regie, zelfredzaamheid en functiebehoud;
- Minder noodzaak tot ondersteuning van zorg en welzijn;
- Minder kans op zorg en behandelingen die onnodig belastend zijn.

Het NPO streeft ernaar dit te bereiken door:

- Het verbeteren van de (kwaliteit van de) ouderen zorg voor de oudere;
- Verminderen van fragmentatie en versnippering door een integraal zorg- en ondersteuningsaanbod;
- Betere zorg voor gelijke of minder kosten.

Het NPO kent drie elementen in al zijn projecten:

- De vraag: De behoeften van ouderen stonden en staan centraal
- De organisatie: Het opzetten van een organisatorische infrastructuur rondom de oudere, waarbij ondersteuningstypen van zorg, welzijn en wonen en de financiering naadloos op elkaar aansluiten. In de netwerken en de projecten zijn altijd vertegenwoordigers van de verschillende partijen betrokken om samenhang in de gehele keten te bewerkstelligen.
- Meten en doelmatigheid: Elk project en netwerk gaat vergezeld van onderzoek om de uitkomsten te meten en vast te stellen of de nieuwe manier van interventie/zorg aanbieden doelmatig is en tot effectieve en kwalitatief goede zorg leidt.

In de netwerken doen ca. 40.000 ouderen mee aan 75 experimenten en projecten. Ook meer dan 1.000 huisartsen zetten zich in voor een geïntegreerde ouderen zorg, tezamen met vele anderen. De UMC's kregen een bijzondere rol in de netwerken en de projecten, enerzijds als initiator van de regionale netwerken en anderzijds als verantwoordelijke voor de borging van wetenschappelijke methoden. In de netwerken zijn 550 betrokken organisaties (huisartsenpraktijken, algemene ziekenhuizen, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties, apothekers, ggz, regionale ouderen- of patiëntenorganisaties, welzijns- en mantelzorgorganisaties, verzekeraars en gemeenten), zorgprofessionals (artsen, verpleegkundigen paramedici, apothekers, verzorgers, welzijnswerkers), en ouderen, mantelzorgers en familie enthousiast van

start gegaan. Zij geven invulling vanuit een eigen betrokkenheid en dat levert veel door de praktijk gevoede inzichten op. Nu is het nodig consensus te krijgen over hoe kennis en praktijk systematisch met elkaar te verbinden om daarmee de algehele kwaliteit te vergroten. Dat vergt een veranderingsproces waarbij alle betrokkenen bereid moeten zijn kennis te nemen van elkaars referentiekaders, van elkaar te leren en veranderingen in synergie met elkaar te laten verlopen.

In het NPO worden de uitkomsten van de projecten beschreven en geëvalueerd zodat na afronding van de projecten en experimenten duidelijk is wat effectief is en hoe de ouderenzorg verbeterd kan worden zonder dat telkens weer het wiel opnieuw wordt uitgevonden. Voorwaarde is wel dat de bewezen (*evidence based*) effectieve interventies geïmplementeerd worden, de leerervaringen van de samenwerking in de netwerken en projecten verspreid worden en de ouderen betrokken blijven. In de toekomst kan op deze uitkomsten worden voortgebouwd. Zover is het nu nog niet. Daarom zijn in de volgende paragraaf de voorlopige opbrengsten van het NPO geordend en getoetst aan de kernwaarden.

5.2 De opbrengsten

In het NPO worden de kernwaarden gematerialiseerd in nieuwe werkwijzen in zorg, welzijn en wonen, gericht op kwaliteit en doelmatigheid van complexe zorg en ondersteuningstrajecten voor kwetsbare ouderen. De projecten in het NPO zijn nog niet afgerond, maar de eerste resultaten en intermediaire uitkomsten bieden al wel zicht op toekomstige implicaties voor zorg, welzijn en wonen die het NPO kan en moet hebben. Voorbeelden worden ter illustratie gegeven⁴, maar zijn niet limitatief.

5.2.1 Zeggenschap

Participatie in het programma

Het NPO heeft er vanaf het begin af aan naar gestreefd de stem van de oudere te laten horen. Daarom is in alle acht NPO netwerken een vorm van ouderenvertegenwoordiging ontwikkeld, die formeel is vastgelegd. Ouderenparticipatie wordt ondersteund door de koepel van ouderenorganisaties (CSO) die met trainingen, uitwisselingsbijeenkomsten en een handboek ouderen handvatten geeft hun stem te laten horen. Het doel is dat participatie van ouderen structureel wordt. Binnen het NPO wordt een dialogisch model ontwikkeld, dat zich richt op versterking van de samenwerking tussen ouderen en beroepskrachten. In de praktijk blijkt dat het helpen van ouderen invulling te geven aan participatie leidt tot verbeteringen in de innovatieprojecten, een versterkte autonomie en waardige zeggenschap van ouderen.

Eigen regie en versterking zelfredzaamheid.

Ook kwetsbare ouderen kunnen meer dan zorgverleners wel eens denken. In het NPO wordt eigen regie en zelfredzaamheid op verschillende manieren gestimuleerd:

- Door (specifieke groepen van) ouderen te ondersteunen met het verwerven van kennis via cursussen onder andere gericht op de determinanten van eigen regie en welbevinden.
- Door zorgverleners in de opleiding bewust te maken van hun eigen rol, houding en werkwijze jegens ouderen, en deze meer te richten op zelfredzaamheid.

⁴ Zie ook: Landelijk werken aan betere zorg voor ouderen; Overzicht van projecten van het Nationaal Programma Ouderenzorg, ZonMw, 2011

- Door de zorg zo in te richten dat die op basis van regelmatige observaties wordt aangepast: nu al blijkt dat ouderen minder snel hun zelfredzaamheid verliezen.
- Door gerichte interventies op activiteit, als onderdeel van een zorgactieplan, bijv. een trainingsprogramma voor zelfstandig wonende 75-plussers. Het trainingsprogramma wordt opgenomen in de opleiding van fysiotherapeuten.
- Door aanbevelingen te formuleren voor aanpassingen en renovatie van bestaande woonomgeving, en voor de bouw van nieuwe woonomgevingen. Want naast individuele kenmerken, heeft ook de fysieke en sociale omgeving van ouderen invloed op de zelfredzaamheid.

Vernieuwende ouderenzorg moet ook ten goede kunnen komen aan oudere migranten. Binnen het NPO is daarom met hulp van het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM) een interventieprogramma in ontwikkeling gericht op een betere afstemming van het aanbod van voorzieningen op de behoeften van oudere migranten ; onder andere door het opleiden van mensen die huisbezoeken afleggen en het inzetten van jonge allochtone mantelzorgers. Zij worden benaderd via nieuwe media zoals internet. Het blijkt dat het bereik hiervan heel groot is. Bejegening is in het NPO met een enkel project nog niet breed opgepakt.

5.2.2 Voorzorg

Vroeg signalering en integrale diagnostiek

Het NPO heeft sterk ingezet op vroegsignalering om de risicofactoren te kunnen bepalen waarmee kwetsbare ouderen tijdig kunnen worden geïdentificeerd. Zo zijn er verschillende proactieve screeningsinstrumenten in ontwikkeling voor het meten van kwetsbaarheid, welbevinden, complexiteit van de zorgsituatie, of indicatiestelling (onder andere. ISAR-PC, de Groninger Frailty Indicator (GFI), de INTERMED cliëntversie, de AMC Linear Disability Score (ALDS)). Deze instrumenten worden in combinatie met andere activiteiten ingezet, zoals het zorgactieplan en zorgdossier, training van huisartsen en praktijkondersteuners, en preventieve interventies door praktijkverpleegkundigen.

Uit het NPO-onderzoek moet definitief blijken dat de screeningsinstrumenten valide en betrouwbaar zijn, zodat ze ingezet kunnen worden als triage-instrument. De instrumenten geven inzicht in de huidige situatie van ouderen en dragen bij aan functiebehoud. Dergelijke integrale diagnostiek moet daarna ook beschikbaar komen voor anderen (regio's, netwerken). Er zijn ook inspanningen om beter inzicht te krijgen in ouderen met een verstandelijke beperking, psychische klachten, hartfalen, gewrichtsproblematiek, valproblematiek, voeding en beweging/inspanning. Uiteraard wordt ook onderzocht of het gebruik van de signaleringsinstrumenten kosteneffectief is.

Wijkgerichte ondersteuning en versterking sociale netwerk

Het NPO richt zich ook op welzijn en wonen, met name op wijkniveau ten behoeve van de sociale versterking. Dit gebeurt op allerlei niveaus:

- Op individueel niveau, zoals het proactief ondersteuning bieden bij klussen in en om huis, of bij boodschappen en vervoer, of bij het betrekken van burens, vrijwilligers en anderen in het steunnetwerk;
- Op wijkniveau, waar geïnvesteerd wordt in het verbinden van welzijns- en zorgaanbod, en het trainen en scholen van wijkbewoners en professionals, waarbij kwetsbare ouderen actief betrokken worden;

- Op het niveau van scholing waarin modules worden ontwikkeld voor toekomstige MBO-professionals zodat ze leren te kijken naar de mens en zijn sociale omgeving;
- Op technisch niveau, door het inzetten van ICT-voorzieningen (bijv. een videocam in een dorpshuis) waarmee mensen op het platteland, toch ondersteund kunnen worden zodat ze zelfstandig kunnen blijven wonen;
- Op beleidsniveau, door te evalueren hoe de Proeftuinen Woonservicegebieden (gewone wijken of dorpen met een gecoördineerd dienstenaanbod op het gebied van zorg, welzijn en wonen) uitpakken voor het behoud van welbevinden en gezondheid van kwetsbare ouderen.
- Op doelmatigheid. De resultaten worden vertaald in een advies aan de verantwoordelijke bewindspersonen. Ook wordt in de projecten met een economische evaluatie nagegaan welke additionele kosten met de integrale wijkaanpak gemoeid zijn. En hoe deze kosten zich verhouden tot de verwachte verbetering.

5.2.3 Samenhang

Afstemming formele en informele zorg

De afstemming tussen formele zorg, de cliënt en de informele (mantel-) zorg vergt veel inzicht, tact en aandacht. In het NPO krijgt dit vorm door de ontwikkeling van een instrument om familievriendelijk werken te verankeren in de praktijk. Het instrument is onder andere een scholingsmodule voor alle verzorgenden, een e-learning platform en een docentenhandleiding.

Het NPO biedt ook ondersteuning in het verkrijgen van meer kennis over de werking van zorgnetwerken rondom kwetsbare ouderen met complexe gezondheidsproblemen. Daarnaast wordt in alle projecten van het NPO gekeken naar de belasting voor de mantelzorgers en de invloed die de nieuwe werkwijze daarop heeft. Dit is het meetinstrument minimale dataset mantelzorg.

Versterken eerste lijn

Veel NPO projecten richten zich op het functioneren van de eerste lijn. Die eerste lijn is, al dan niet onder regie van de huisarts, voor ouderen in een kwetsbare positie het eerste aanspreekpunt. Projecten richten zich op ondersteuning door:

- Huisartsen die actief een preventief consult in de vorm van een huisbezoek aanbieden waarbij (ogenschijnlijk) gezonde ouderen worden gescreend op kwetsbaarheid. Het effect daarvan wordt nu onderzocht, waarbij gekeken wordt naar fysieke gezondheid, welbevinden, leefstijl en sociaal, emotioneel, psychisch en cognitief functioneren.
- Huisartsen die een op de behoefte gebaseerde interventie inzetten, bijvoorbeeld door actief kwetsbare ouderen te identificeren en in samenspraak met hen een zorgactieplan op maat aan te bieden. Tevens worden de effecten hiervan vergeleken met de reguliere zorg. Met effecten wordt dan bijvoorbeeld bedoeld minder beperkingen in activiteiten, minder depressieve symptomen, minder eenzaamheid, meer kwaliteit van leven, minder vallen, minder bezorgdheid, meer sociale participatie, en minder cognitieve problemen. Maar ook uitstel van mortaliteit, een beter laatste levenstraject; en adequaat gebruik van zorg en hulpmiddelen en op de oudere toegesneden aanpassingen in de woning.
- Huisartsen die centraal staan in het samenwerkingsverband tussen huisartsen en verpleeg- en verzorgingsinstellingen, waarbij de huisarts professionals zoals geriater, specialisten ouderengeneeskunde, gz-psychologen, fysiotherapeuten, diëtisten, verpleegkundigen en thuiszorg inschakelt zodat ouderen zolang mogelijk

thuis kunnen blijven wonen. Dat biedt een laagdrempelige consultatiemogelijkheid voor de huisarts, die de 24-uursregie over de zorg voor de kwetsbare oudere patiënt behoudt.

- Allerlei soorten van hulpmiddelen in een tijd waarin zorgvragen in aantal en complexiteit toenemen en de betaalbaarheid onder druk staat. Het gaat bijvoorbeeld om:
 - Handleidingen voor samenwerking, die een compleet overzicht bieden van de verschillende vormen van samenwerken met andere domeinen, communicatie en coördinatie en financiering.
 - On-line informatie via een nieuwe website (www.effectieveouderenzorg.nl). Hier kunnen zorgprofessionals in de ouderenzorg informatie vinden over de systematische aanpak van veel voorkomende problemen. Dit zijn zorgmodellen en strategieën ter verbetering van de zorg voor ouderen die nog thuis wonen of zijn opgenomen in het ziekenhuis.
 - Een praktische *toolkit* (een stappenplan en werkzame interventies) waarmee professionals problemen kunnen opsporen, diagnosticeren en behandelen. De *toolkit* bevat informatie uit standaarden, wetenschappelijk onderzoek, *best practices*, en onderdelen van de NPO-studies zoals screeningsinstrumenten en vragenlijsten.

Ketensamenhang

Veel van de NPO projecten en experimenten zijn gericht op samenhang over domeinen en disciplines heen, en op de overdrachtsmomenten tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Het gaat om diverse soorten van zorgprogramma's, die ernaar streven een zorg- en welzijnsaanbod te realiseren dat voldoet aan langdurige complexe zorgbehoeften van ouderen. Onderstaand wordt een aantal opbrengsten besproken:

- Regierol en coördinatie. Het NPO zet in op de eerste lijn als belangrijke regisserende partij met verantwoordelijkheid voor de gehele keten. Daar wordt continuïteit en coördinatie georganiseerd met samenhang in het aanbod van zorg, welzijn en wonen..
- Multidisciplinair overleg. Van signalering tot behandeling, vanuit één toegankelijke plek, volgens een integraal zorgmodel inclusief mantelzorg op basis van multidisciplinair overleg, dat is wat in het NPO plaatsvindt. Er zijn goede afspraken over wie welke (zorg en welzijn) activiteiten in gang moet zetten, en de resultaten ervan worden gemeten. Ook in verzorgings- en verpleeghuizen wordt de (medische) zorg afgestemd in Lokale Werkgroepen, overleg tussen instelling, huisartsen, apotheek en geriaters om het (medisch) beleid vorm te geven, met afspraken over samenwerking, personeel, infrastructuur en financiering.
- Herstelzorg (de zorg die geboden wordt als een oudere na opname weer terug naar huis gaat). Ook hier is multidisciplinair overleg en goede overdracht cruciaal om functieverlies (achteruitgang in de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL)) te voorkomen. Het NPO onderzoekt of zo'n multidisciplinaire interventie met een transitiecoach op basis van een zorgbehandelplan effect heeft.
- Dementie. Voor een groeiende groep dementerende ouderen is samengestelde zorg nodig die veel verlangt van de mantelzorg. Het NPO steunt onder andere een digitaal ketenzorg dossier dementie en casemanagement met als doel om in een eerder stadium minder onsamenhangende ondersteuning te bieden. Hierbij wordt met name gekeken naar ondersteuning van mantelzorgers, en naar het optimaliseren van overdracht rondom (verpleeghuis) opname. NPO-activiteiten sluiten aan bij het nationaal Deltaplan Dementie dat in ontwikkeling is.
- Standaarden en modellen. De NPO-projecten moeten uitmonden in standaarden en modellen voor een samenhangende, vraaggerichte, proactieve en preventieve zorg en welzijn voor (chronisch zieke) ouderen. Voortbordurend op het (Extended)

Chronic Care Model zijn zorgpaden, de informatiepas en de Zorg en Welzijnstandaard (ZWS) ontwikkeld. De modellen dragen bij aan inhoudelijke standaardisering, kwaliteitsindicatoren, en ondersteunen overleg met verzekeraars en gemeenten.

5.2.4 Kwaliteit en doelmatigheid

Opbrengsten uit het NPO dragen bij aan verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van zorg welzijn en wonen. Om deze opbrengsten te evalueren, te borgen en te verspreiden, ondersteunt het NPO ook:

Onderwijs

In samenwerking met het ZonMw-programma Zorg voor Beter stimuleert het NPO onderwijsprojecten om een betere aansluiting tussen kennis, zorgonderwijs en zorgpraktijk te realiseren. Het betreft vooral onderwijs aan verplegenden en verzorgenden, thuiszorgmedewerkers op MBO niveau en paramedici. De opbrengsten van deze projecten zijn lesmateriaal in velerlei vorm dat het zorgonderwijs vooruit helpt, zoals (e-learning) modules, handboeken, handreikingen, docentenhandleidingen voor allerlei doelgroepen (familievriendelijk werken, mondverzorging ouderen, medicatieveiligheid, domotica, deskundigheid bij dementie, waardige zorg etc).

Bekostiging

Het NPO beoogt verbetering van zorg, welzijn en wonen van ouderen, waarbij de behoeften van de ouderen, de inhoud en uitvoering centraal staan. Wanneer het gaat over het betalen en borgen van diezelfde inhoud, wordt het al snel een stuk lastiger. Het gevolg: mooie resultaten die niet worden ingevoerd. Daarom houdt het NPO zich ook bezig met de financiële borging van de NPO-projecten. Samenwerking over domeinen en disciplines doet een beroep op veel verschillende financiële bronnen. Het NPO inventariseert belemmeringen en ideeën, en biedt overzicht en advies met een boekje waarin bouwstenen staan voor het omgaan met verschillende belangen en financieringsstromen. Zo'n systeemdificatie draagt bij aan financiële borging, en dat zorgt er weer voor dat samenwerking ook standhoudt.

Metten en weten

In het NPO worden alle projecten gevolgd: Alle uitkomsten worden bijgehouden en daarvoor wordt gebruik gemaakt van een uniforme set uitkomstmaten: de Minimale Dataset (MDS). Deze bevat achtergrondvariabelen en uitkomstmaten. Met de MDS wordt de meerwaarde van experimenten en projecten gemeten. De MDS houdt onder andere bij: ervaren kwaliteit van leven, ervaren (psychisch en sociaal) welbevinden, multimorbiditeit, functioneren ADL, en zorg en welzijn gebruik. De gegevens worden uiteindelijk in een landelijke dataverzameling van MDS gegevens opgenomen. De MDS evaluatie instrumenten zijn ook vertaald in de eigen taal van oudere migranten.

Technologie & ICT

Het NPO ondersteunt de inzet van technologie en ICT, onder andere via het brede concept Zorg op Afstand dat met telemonitoring en teleconsultatie steeds vaker wordt ingezet. De effecten daarvan zijn het grootst als ook feedback kan worden gegeven op basis van de metingen/bevindingen. Met behulp van specifieke instrumenten (zoals een balans-weegschaal en grijpbal) wordt de fysieke kwetsbaarheid van ouderen gemeten en bijgehouden, waarna een specifiek advies wordt teruggekoppeld naar cliënten en verzorgenden. Het digitale zorgdossier en leertrajecten maakt gebruik van specifieke ICT applicaties.

6. De toekomst van de ouderenzorg – een perspectief

Met een visie op de essentie van ouderenzorg 2.0, en de voorlopige opbrengsten aan kennis, expertise en resultaten uit het NPO, kan nu vastgesteld worden wat er nog nodig is om de volledige reikwijdte van de zorg en ondersteuning voor een goede ouderenzorg te kunnen realiseren op basis van bewezen kwaliteitsimpulsen.

Er is door het NPO een nieuwe werkwijze ingevoerd die toekomstbestendig is: Samenwerking over domeinen, netwerkvorming, en in samenspraak met ouderen; dat is het waard behouden te blijven. Het is heel mooi dat regionaal ervaring met andere benaderingen is opgedaan die effectief blijken. Maar een tijdelijk programma van vier jaar kan onmogelijk tot landelijke (mentaliteits-)veranderingen leiden. Daarvoor is het nodig de successen te borgen en te verspreiden, de niet-doelmatige oplossingen te schrappen, en onbeantwoorde vragen op te lossen. Belangrijker nog is dat de vernieuwingen tot in de haarvaten van zorg, welzijn en wonen worden doorgevoerd. Anders kan het maximaliseren van gezondheidswinst tegen beheersbare kosten niet gerealiseerd worden. Dat vereist continue aandacht voor het uitvoeren van integrale innovatiecycli (plannen-handelen-controleren-aanpassen).

Omdat in tijden van schaarste keuzes moeten worden gemaakt, is een aantal onderwerpen geprioriteerd die zich enerzijds richten op brede toepassing van resultaten van het NPO, en anderzijds op het invullen van lacunes.

De prioriteiten richten zich op:

- Borgen van de resultaten van het NPO door de kernwaarden verder te verspreiden en de opbrengsten te implementeren.
- Continueren van de infrastructuur.
- Aanvullende activiteiten in het kader van voorzorg en onopgeloste vragen uit het NPO.

6.1 Borgen van de resultaten van het NPO

Communicatie en informatie

1. De uitkomsten van de projecten uit het NPO moeten op een toegankelijke en systematische manier beschikbaar komen voor verschillende doelgroepen (ouderen zelf, mantelzorgers, professionals in zorg, welzijn en wonen, verzekeraars, gemeenten en overheden, netwerkpartners en niet-netwerkpartners). Het is zaak om op een voor elke doelgroep specifieke wijze een vertaalslag te maken, en deze te communiceren en beschikbaar te maken (bijvoorbeeld een reeks boekjes en ICT toepassingen over relevante thema's). Hierin staat de praktische toepasbaarheid voorop, en wordt ook de onderbouwing ervan (de *evidence base*) zichtbaar. Met communicatie en informatie is in de projecten reeds een begin gemaakt, maar voortzetting hiervan is noodzakelijk.

Implementatie

Er wordt een strategie ontwikkeld om concrete, bewezen effectieve en doelmatige resultaten van de projecten in de praktijk te implementeren. Voor implementatie wordt gebruik gemaakt van en aangesloten op bestaande organisaties en initiatieven. Het stelselmatig doorvoeren hiervan zal grote inspanningen vergen op alle niveaus en in alle

betrokken organisaties. Een onderdeel hiervan is de hierna benoemde opleiding en scholing.

2. Op het niveau van de netwerken. In kaart brengen in welke regio's (perifere) netwerken, en bouwstenen voor kernwaarden nog versterkt moeten worden. Het NPO stelt de bouwstenen beschikbaar en draagt ze over aan de natuurlijke partners binnen hun eigen netwerk, en aan andere natuurlijke (zorg-) netwerken die ze in de zorg, welzijn en wonen praktijk integreert.
3. Nationaal. De opbrengsten worden beschikbaar gesteld aan en verder ontwikkeld door organisaties die werken aan richtlijnen, standaarden, bouwstenen, beleid- en regelgeving⁵, inclusief blijvende ondersteuning van ouderenparticipatie in bestaande en nieuwe netwerken. Hierin wordt ook de ervaring met geïntegreerde financieringsstromen betrokken. Door samenwerking wordt meer synergie bereikt.

Opleiding en scholing

Voor goede zorg zijn bevoegde en bekwame professionele beroepsbeoefenaren van groot belang. Daarom is investering in scholing en opleiding essentieel.

4. Meer aandacht voor ouderenzorg in de opleidingen in zorg en welzijn: in de basisopleidingen, de vervolgoopleidingen en de nascholing van huidige professionals (artsen en specialisten, verpleegkundigen, paramedici, verzorgenden en helpenden in zorg en huishouding, etc.). Dit is inclusief de nascholing voor de extra verplegenden en verzorgenden die door het kabinet zijn toegezegd. Scholing is inclusief bewustwording van een veranderingsproces in cultuur en structuur van zorg, welzijn en wonen voor kwetsbare ouderen.
5. Informatieverstrekking aan ouderen, familie en andere informele zorg over keuzemogelijkheden in een taal die voor alle ouderen en hun mantelzorgers begrijpelijk is.
6. Scholing op het terrein van e-Health: Stimuleren van gebruik van ICT en ICT applicaties voor en door ouderen en integratie van e-health applicaties in de reguliere zorgpraktijk⁶.

6.2 Continuïteit van de infrastructuur

7. Om de resultaten van de projecten in het NPO te kunnen borgen, is een vervolg van het programma nodig. Allereerst is het cruciaal dat lopende projecten adequaat kunnen worden geëvalueerd en afgerond. Vervolgens is het van belang resultaten te bundelen, succesvolle projecten te implementeren en niet doelmatige oplossingen te schrappen. Dit vergt een onafhankelijke aansturing. Zonder goede afronding kunnen mogelijke opbrengsten van het NPO niet volledig worden benut, en gaan reeds gemaakte investeringen verloren.

⁵ Op nationaal niveau sluit dit aan bij de ontwikkelingen van het Kwaliteitsinstituut, kwaliteitscriteria ouderenzorg IGZ (inclusief het cliëntenperspectief), het Convenant Langdurende Zorg, Actieprogramma Zorgvernieuwing, programma Kwaliteit van Zorg, en activiteiten van de landelijke beroepsorganisaties.

⁶ Dit sluit aan bij een prioriteit in de European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP AHA), alsmede in de Europese Kennis en Innovatie Communities (KIC) waar Innovation for Healthy Living centraal staat.

8. Netwerken in stand houden om blijvende samenhang te creëren. Versterking van perifere netwerken om landelijke dekking te verkrijgen (onder andere in Overijssel en Brabant) is nodig. De centrale rol van de UMC's verschuift naar die van de partners in de praktijk, waarbij aandacht is voor een zorgvuldige overdracht van de regierol, passend bij het ontwikkelstadium van het regionale netwerk. De UMC's blijven centraal in het toepassen van project overstijgende wetenschappelijke methodes en implementatieonderzoek. De inhoudelijke focus van de netwerken wordt verbreed van zorg naar ook welzijn en wonen.
9. Blijvende versterking van de vraagkant. Een krachtige inzet van de vraagkant (de ouderen) is nodig om in de regionale netwerken te zorgen dat de visie verwezenlijkt wordt. Ouderen zelf moeten zorgen dat de omslag zoals beschreven in 3 gemaakt gaat worden. Zo'n verandering in structuur en cultuur is in 4 jaar niet afgerond. Voor krachtige (blijvende) participatie van ouderen is ondersteuning (vanuit ouderenorganisaties) nodig.

6.3 Aanvullende activiteiten

10. Ontwikkelen van levensloop gerelateerde preventieactiviteiten⁷ die 'jongere ouderen' stimuleert in hun arbeids- en sociale participatie, vrijwilligerswerk, nieuwe sociale contacten, activiteiten, ontspanning, expressie, ontwikkeling en scholing, alsmede gezond leven.
11. De opbrengsten van het NPO zullen pas in de komende periode volledig en definitief zichtbaar worden. Dan zal blijken dat beoogde resultaten niet volledig zijn gerealiseerd of dat er nog lacunes zijn in het opgebouwde en te implementeren bestand van kennis en concrete nieuwe werkwijzen. Daarom moet ruimte worden gehouden voor aanvullende experimenten en onderzoeken om lacunes op een gerichte wijze in te vullen.

⁷ Dit sluit aan bij de Joint Programming Activiteiten rondom 'More Years Better Lives' en bij het EIP AHA.