

# Analyse belemmeringen structurele bekostiging vier NPO-projecten



**Marc Soeters**  
**Gerrold Verhoeks**



# **Analyse belemmeringen structurele bekostiging vier NPO-projecten**

# Inhoud

<b>Samenvatting en conclusies</b>	<b>4</b>
<b>Hoofdstuk 1 Inleiding</b>	<b>8</b>
1.1 Aanleiding	8
1.2 Probleemanalyse	9
1.3 Onderzoeksopdracht	9
1.4 Onderzoeksaanpak	10
<b>Hoofdstuk 2 Even Buurten</b>	<b>12</b>
2.1 Inhoud Even Buurten	12
2.2 Kosten en baten Even Buurten	15
2.3 Structurele bekostiging Even Buurten	16
<b>Hoofdstuk 3 Om U</b>	<b>18</b>
3.1 Inhoud Om U	18
3.2 Kosten en baten Om U	20
3.3 Structurele bekostiging Om U	23
<b>Hoofdstuk 4 Transmurale Zorgbrug</b>	<b>25</b>
4.1 Inhoud Transmurale Zorgbrug	25
4.2 Kosten en baten Transmurale Zorgbrug	28
4.3 Structurele bekostiging Transmurale Zorgbrug	31
<b>Hoofdstuk 5 SamenOud</b>	<b>32</b>
5.1 Inhoud SamenOud	32
5.2 Kosten en baten SamenOud	35
5.3 Structurele bekostiging SamenOud	36
<b>Bijlage 1 Overzicht geïnterviewde personen</b>	<b>37</b>
<b>Bijlage 2 Samenstelling begeleidingscommissie</b>	<b>38</b>
<b>Bijlage 3 Bronnen</b>	<b>39</b>

# Samenvatting en conclusies

## Inleiding

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) heeft de start van tal van innovatieve projecten mogelijk gemaakt. Het betreft veelal projecten die een samenhangend aanbod van zorg, ondersteuning en wonen proberen te realiseren voor kwetsbare ouderen. Veel van deze projecten laten inmiddels veelbelovende uitkomsten zien. Voor ouderen is het van belang dat deze kwaliteitsslag niet tijdelijk is, maar structureel geborgd wordt. Hiervoor is structurele bekostiging een noodzakelijke voorwaarde. Het realiseren van structurele financiering na afloop van de projectfase is echter zelden eenvoudig.

Naar aanleiding van een door vertegenwoordigers van de ouderenzorgnetwerken GENERO, NUZO en AMC/KOZ uitgevoerde inventarisatie van financieringsknelpunten heeft ZonMw aan ZorgmarktAdvies gevraagd de belemmeringen bij het verkrijgen van structurele bekostiging bij vier NPO-projecten te analyseren. Het gaat om de volgende vier NPO-projecten:

1. Even Buurten
2. Om U
3. Transmurale Zorgbrug
4. SamenOud

Voor de vier NPO-projecten heeft ZorgmarktAdvies met behulp van literatuurstudie, interviewgesprekken en eigen analyse de verdeling van de kosten en baten en de mogelijkheden voor structurele bekostiging in kaart gebracht.

Het perspectief van de ouderen en de belangrijkste financiers heeft een belangrijke plaats gekregen in het onderzoek. Concreet heeft ZorgmarktAdvies de ouderen, zorgverzekeraars en gemeenten op de volgende manieren betrokken bij de uitvoering van het onderzoek:

1. De uitvoering van het onderzoek heeft ZorgmarktAdvies laten begeleiden door een begeleidingscommissie. In de begeleidingscommissie zaten vertegenwoordigers van ouderen, gemeenten en zorgverzekeraars.
2. Bij de vier NPO-projecten heeft ZorgmarktAdvies indien mogelijk de belangrijkste betrokken gemeenten, zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) ouderen geïnterviewd.
3. ZorgmarktAdvies heeft het concept onderzoeksrapport voor commentaar voorgelegd aan de onder punt 2 genoemde geïnterviewden.

# Overzicht vier geanalyseerde NPO-projecten

## Even Buurten

Binnen Even Buurten wordt door een versteviging van het sociale netwerk geprobeerd problemen vroeg te signaleren en hulp en ondersteuning te bieden aan kwetsbare ouderen. Zowel informele als formele hulpverleners worden gezien als belangrijke 'sleutelfiguren' in het wijknetwerk rondom ouderen. De sleutelfiguren in het wijknetwerk rondom ouderen hebben een signalerende functie en zijn door hun vertrouwdheid in de wijk in staat kwetsbaarheid onder ouderen in een vroeg stadium te herkennen. Sleutelfiguren kunnen met hun signalen terecht bij een zogenaamde 'Spil' van het Even Buurten project. Een Spil is een professional met een zorg- of welzijnsachtergrond die bekend is in de wijk. Naar aanleiding van de signalen van sleutelfiguren bezoeken de Spillen de ouderen thuis, inventariseren hun behoeften en noteren deze in een zorg- en welzijnsdossier. In overleg met de ouderen wordt vervolgens een actieplan opgezet waarbij gezocht wordt naar passende ondersteuning binnen het (bij voorkeur) informele netwerk.

---

## Om U

De huidige reactieve huisartsenzorg sluit niet aan bij de behoeftes van kwetsbare ouderen. Onnodige ziektelast en achteruitgang in dagelijks functioneren en kwaliteit van leven zijn het gevolg. In het NPO-project 'Om U' zijn twee methodes ontwikkeld om proactieve ouderenzorg te bieden: U-PRIM en U-CARE. U-PRIM is alleen een selectiemethode en bestaat uit een softwareprogramma dat de huisarts installeert op het huisartsinformatiesysteem (HIS). Het programma maakt elk kwartaal een overzicht van mogelijk kwetsbare ouderen van 60 jaar of ouder. Binnen U-CARE wordt op het overzicht met mogelijk kwetsbare ouderen een verfijnde screening toegepast met het instrument 'Behoeftes als kompas, de oudere aan het roer'. Bij deze verfijnde screening wordt gekeken naar kwetsbaarheid, welbevinden en complexe zorgbehoeften. Bij de daadwerkelijk kwetsbare ouderen wordt vervolgens thuis een uitgebreide geriatrische anamnese afgenomen en wordt er een zorgplan op maat opgesteld.

---

## Transmurale Zorgbrug

Jaarlijks wordt in Nederland 14 procent van de 65-plussers (acuut) opgenomen in het ziekenhuis. De gevolgen van een acute ziekenhuisopname voor ouderen zijn groot. De Transmurale Zorgbrug richt zich op meer functiebehoud en zelfstandigheid van ouderen na ontslag uit het ziekenhuis. De doelgroep van de Transmurale Zorgbrug bestaat uit kwetsbare ouderen die acuut opgenomen worden in een ziekenhuis en hun mantelzorgers. De Transmurale Zorgbrug bestaat uit 3 onderdelen:

1. Het geriatrieteam in het ziekenhuis doet een geriatrisch assessment en maakt een zorgbehandelplan.
  2. De wijkverpleegkundige maakt in het ziekenhuis kennis met de patiënt en bespreekt het zorgbehandelplan.
  3. Binnen 2 dagen na ontslag bezoekt de wijkverpleegkundige de patiënt voor de eerste keer thuis. De medicatie en de ingezette zorg worden doorgenomen. Daarna volgt nog een aantal huisbezoeken: 2, 6, 12 en 24 weken na ontslag. Patiënten krijgen bij hun ontslag uit het ziekenhuis een ontslagbrief mee in eenvoudige taal.
- 

## SamenOud

SamenOud biedt een systematische en integrale aanpak voor 75-plussers die gebaseerd is op het Chronic Care Model. De 75-plussers worden op basis van de Kaiser Permanente Triangle met een systematische vragenlijst ingedeeld in één van de volgende drie risicoprofielen: 'robuust', 'kwetsbaar' of 'complexe zorgbehoeften'. Op basis van deze categorisering in risicoprofielen biedt het Ouderenzorg Team, dat gekoppeld is aan een huisartsenpraktijk, passende zorg en begeleiding. Robuuste ouderen krijgen alleen de groepsinterventies van het Zelfmanagement Support en Preventieprogramma aangeboden. Ze monitoren hun eigen situatie met behulp van de Zelfmanagementkaart. Kwetsbare ouderen en ouderen met complexe zorgbehoeften nemen deel aan groepsactiviteiten en worden ook structureel begeleid door een case-manager. Bij kwetsbare ouderen is de casemanager een ouderenadviseur, die hen elke vier weken bezoekt. Alle ouderen met een complexe zorgvraag worden elke twee weken bezocht door een wijkverpleegkundige. Ouderen worden indien nodig regelmatig besproken in het overleg van het Ouderenzorg Team.

## Conclusies kosten - baten en mogelijkheden structurele bekostiging vier NPO-projecten

Even Buurten	
<b>Kosten - baten</b>	Uit onderzoek van iBMG blijkt dat Even Buurten nog niet heeft geresulteerd in een verbetering van (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en welzijn van ouderen. Ook heeft Even Buurten in de onderzoeksperiode nog niet geresulteerd in daling van het zorggebruik.
<b>Mogelijkheden structurele bekostiging</b>	Alle activiteiten van Even buurten vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De bekostiging van Even Buurten is mogelijk binnen de Wmo 2015. Er zijn dus geen technische belemmeringen. Wel moeten gemeenten bereid zijn om Even Buurten te financieren. Dit betekent in de praktijk dat Even Buurten meer prioriteit moet krijgen van de gemeente dan een ander project of initiatief. Voor een brede uitrol van het project Even Buurten lijkt het daarom wel noodzakelijk dat de (kosten)effectiviteit met onderzoek wordt aangetoond.

Om U	
<b>Kosten - baten</b>	Het lijkt kosteneffectief om de inzet van U-PRIM te vergoeden voor de groep kwetsbare ouderen tot en met 74 jaar. De inzet van alleen U-PRIM lijkt namelijk vooral kosteneffectief voor de relatief grote groep kwetsbare ouderen tot en met 74 jaar (circa 80% van de ouderen). De inzet van U-PRIM plus U-CARE lijkt vooral kosteneffectief voor de relatief kleine groep ouderen van 75+ (circa 20% van de ouderen). Met een gerichte inzet van U-PRIM plus U-CARE lijkt het mogelijk om de verhouding tussen kosten en effectiviteit aanzienlijk te verbeteren. Wellicht dat met een gerichte inzet van U-PRIM + U-CARE deze interventie ook binnen het domein van de Zvw kosteneffectief wordt. De precieze toename van de kosten-effectiviteit door U-PRIM plus U-CARE alleen in te zetten voor de groep kwetsbare ouderen van 75 jaar en ouder is echter op dit moment nog niet berekend.
<b>Mogelijkheden structurele bekostiging</b>	Het is technisch mogelijk om de kosten van U-PRIM en U-CARE vanuit de reguliere huisartsenbesteding te financieren. Er zijn binnen de huisartsenbesteding geen belemmeringen voor de financiering van de extra kosten. Zilveren Kruis geeft aan dat er op basis van de module ouderen uit S3 vanaf 1 januari 2016 per praktijk gemiddeld € 4.400 beschikbaar is om te voorzien in delen van deze zorg.

Transmurale Zorgbrug	
<b>Kosten - baten</b>	De significante afname van sterfte is op zichzelf een goede reden om de Transmurale Zorgbrug te implementeren. Op basis van beschikbare onderzoeksresultaten kan het voor zorgverzekeraars zeer doelmatig zijn om te investeren in de Transmurale Zorgbrug. Tegenover de meerkosten van € 250,- per patiënt staan lagere kosten van € 2.858 in de Zvw.
<b>Mogelijkheden structurele bekostiging</b>	Structurele bekostiging van de Transmurale Zorgbrug is binnen de huidige bekostigingssystemen technisch vorm te geven.

SamenOud	
<b>Kosten - baten</b>	Uit onderzoek van de RUG blijkt dat SamenOud in Groningen in de onderzoeksperiode nog niet heeft geresulteerd in een verbetering van gezondheidsgelateerde uitkomsten. Ook heeft SamenOud nog niet geresulteerd in een verbetering van de kosteneffectiviteit. Over SamenOud in Drenthe zijn nog geen onderzoeksgegevens beschikbaar.
<b>Mogelijkheden structurele bekostiging</b>	Het is technisch mogelijk om SamenOud binnen de huidige bekostiging te financieren.

## Algemene conclusies realiseren structurele bekostiging innovatieve ouderenzorg

- Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zijn de financiers van zorg en welzijn en daarmee de belangrijkste partijen voor de bekostiging van zorg, ondersteuning en preventie. Om zo goed mogelijk te kunnen aansluiten bij de wensen en belangen van de financiers is het noodzakelijk de cultuur en werkwijze van de financiers te begrijpen.
- Om voor structurele bekostiging in aanmerking te komen is het van belang om gemeenten en zorgverzekeraars van de juiste informatie te voorzien voor de financiële besluitvorming. Wetenschappelijke publicaties zijn in de regel niet geschikt om financiers te informeren. Deze documenten zijn voor een ander doel en een ander publiek geschreven. Het is van groot belang de beleidsadviseurs bij de financiers op een toegankelijke wijze te informeren over de meerwaarde van de innovatie. Het is belangrijk om een beknopte business case op te stellen waarin alle relevante informatie voor de financier in begrijpelijk Nederlands op een rij staat. Het document dient in elk geval in te gaan op de volgende drie zaken:
  1. Hoe en in welke mate de innovatie de kwaliteit van leven van de doelgroep verbetert
  2. Wat de financiële kosten en baten van de innovatie zijn en bij welke partij(en) ze neerslaan
  3. Onder welke voorwaarden en bij welke doelgroep de innovatie het meeste effect heeft
- De technische vormgeving van de bekostiging leidt mogelijk tot enige hoofdbreken, maar is zelden een belemmering indien alle partijen het wenselijk vinden dat een project wordt gerealiseerd.
- Een belangrijk aandachtspunt is dat zorgkantoren wettelijk zeer beperkte mogelijkheden hebben om bij te dragen aan innovatieve vormen van preventie, hulp en zorg die geen aanspraak zijn. Dit betekent dat sommige innovatieve vormen van preventie, hulp en zorg die kosten besparen in de Wlz niet van de grond komen.

# Inleiding

## 1.1 Aanleiding

### Het Nationaal Programma Ouderenzorg

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) verbetert de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen. Doel is een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Voor ouderen leidt deze kwaliteitsslag tot meer zelfredzaamheid, meer functiebehoud, minder beroep op zorg en minder kans op zorg en behandelingen die onnodig belastend zijn.

De acht Universitaire Medische Centra (UMC's) hebben het voortouw genomen om samenwerkingsverbanden in de regio op te zetten. Ruim 650 organisaties die een rol spelen in de zorg voor kwetsbare ouderen maken hier deel van uit. De organisaties werken in circa 75 projecten en experimenten samen. Het gaat daarbij om zorg over de volle breedte: medische zorg, langdurige zorg, welzijn, mantelzorg en preventie. Ouderen participeren zelf actief in het NPO. ZonMw voert de regio en de Programmacommissie is verantwoordelijk voor de uitvoering.

### Structureel borgen kwaliteitsslag

Het NPO heeft de start van tal van innovatieve projecten mogelijk gemaakt. Het betreft veelal projecten die een samenhangend aanbod van zorg, ondersteuning en wonen proberen te realiseren voor kwetsbare ouderen. Veel van deze projecten laten inmiddels veelbelovende uitkomsten zien. Voor ouderen is het van belang dat deze kwaliteitsslag niet tijdelijk is, maar structureel geborgd wordt. Hiervoor is structurele bekostiging een noodzakelijke voorwaarde. In de praktijk blijkt het voor deze projecten echter moeilijk om na afloop van de projectsubsidies structurele bekostiging te verkrijgen.

Vertegenwoordigers van de ouderenzorgnetwerken GENERO, NUZO en AMC/KOZ hebben een inventarisatie gemaakt van financieringsknelpunten bij het structureel doorvoeren van vernieuwingen in de ouderenzorg<sup>1</sup>. Op basis van een inventarisatie in vier ouderenzorgnetwerken (Amsterdam, Leiden, Rotterdam en Utrecht; het netwerk in Limburg herkent de geschetste knelpunten) en vanuit de leergemeenschap Transmurale zorg is een overzicht gemaakt van de financieringsknelpunten die ervaren worden bij de implementatie van NPO-innovaties.

ZonMw vindt het belangrijk dat de in de verschillende NPO-projecten gerealiseerde kwaliteitswinst voor de ouderen structureel beschikbaar blijft. Hiervoor is structurele bekostiging noodzakelijk. Naar aanleiding van de door vertegenwoordigers van de ouderenzorgnetwerken GENERO, NUZO en AMC/KOZ uitgevoerde inventarisatie van financieringsknelpunten wil ZonMw de belemmeringen bij het verkrijgen van structurele bekostiging nader in kaart laten brengen, zodat deze aangepakt kunnen worden. ZonMw heeft aan ZorgmarktAdvies gevraagd de belemmeringen bij het verkrijgen van structurele bekostiging bij vier NPO-projecten te analyseren. Dit rapport is het resultaat van deze analyse. Daarnaast heeft ZorgmarktAdvies in een separaat document een stappenplan uitgewerkt voor het verkrijgen van structurele bekostiging voor innovaties in de ouderenzorg.

---

<sup>1</sup> Smilde D. (GENERO), De Graaff M. (NUZO) en Buurman B. (AMC/KOZ), *Inventarisatie financieringsknelpunten*



## 1.2 Probleemanalyse

Het realiseren van structurele bekostiging na afloop van de projectfase is zelden eenvoudig. Voor veel NPO-projecten geldt echter dat om vier redenen het realiseren van structurele bekostiging extra lastig is:

### 1. Betrokkenheid meerdere financiers

De NPO-projecten realiseren vaak vanuit verschillende domeinen een samenhangend aanbod voor kwetsbare ouderen. Bij dergelijke projecten zijn vaak verschillende aanbieders uit meerdere domeinen betrokken. Ook is er vaak sprake van meerdere financiers, zoals meerdere zorgverzekeraars, gemeenten en een zorgkantoor in een gebied. En zelfs binnen financiers moeten vaak meerdere afdelingen en directies betrokken worden om structurele bekostiging te realiseren. Bij het realiseren van een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning voor ouderen moeten ook binnen gemeenten en binnen zorgverzekeraars zonder schotten gewerkt gaan worden. Dit is niet van de ene op de andere dag gerealiseerd.

### 2. Onvoldoende aansluiting op reguliere bekostiging

Door het innovatieve karakter van de NPO-projecten passen deze projecten niet altijd even goed in de reguliere bekostiging. Binnen de reguliere bekostigingssystemen in de zorg is veel mogelijk. Soms is het echter wel een hele zoektocht om innovatieve interventies structureel gefinancierd te krijgen binnen de reguliere bekostiging. Om een dergelijke zoektocht tot een goed einde te brengen, is specifieke kennis en expertise, alsmede creativiteit noodzakelijk.

### 3. Onvoldoende aansluiting op cultuur en wijze van opereren financiers

Bij het afwegen of projecten structureel gefinancierd dienen te worden, denken financiers veelal in termen van meerwaarde en kosten en baten. Veel bij de NPO-projecten betrokken medewerkers en projectleiders hebben daarentegen een zorginhoudelijke en/of wetenschappelijke achtergrond en attitude. Zij spreken de taal van de financiers niet. Het verkrijgen van structurele bekostiging wordt bemoeilijkt doordat zij onvoldoende aansluiting vinden bij de cultuur en wijze van opereren van de financiers.

### 4. Kosten en baten slaan bij verschillende partijen neer

Als bij een NPO-project de totale baten de totale kosten overtreffen, dan is er een positieve businesscase. Dat is echter nog geen garantie voor de totstandkoming van structurele bekostiging. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat partij A verantwoordelijk is voor de bekostiging, terwijl de baten voornamelijk neerslaan bij financier B. Ook is het denkbaar dat er in de eerste lijn kosten moeten worden gemaakt, terwijl er in de tweede lijn besparingen worden gerealiseerd. In deze gevallen is de kans klein dat het project structureel wordt gefinancierd.

## 1.3 Onderzoeksopdracht

### Focus onderzoek en selectie vier NPO-projecten

ZonMw wil de verschillende partijen die betrokken zijn bij de NPO-projecten ondersteunen bij het verkrijgen van structurele bekostiging. In dat kader is het van belang om meer inzicht te krijgen in de belemmeringen voor de structurele bekostiging. Om dit inzicht te verkrijgen heeft ZorgmarktAdvies bij vier NPO-projecten de belemmeringen bij het verkrijgen van structurele bekostiging in kaart gebracht en geanalyseerd. Het gaat om de volgende vier NPO-projecten:

1. Even Buurten
2. Om U
3. Transmurale Zorgbrug
4. SamenOud

Deze projecten vertegenwoordigen de variëteit van projecten binnen het NPO-programma: vanuit de wijk, vanuit de eerste lijn, vanuit tweede lijn. Voor alle projecten geldt dat er een samenhang is met andere domeinen.

## Karakter onderzoek

Het onderzoek kende een praktische insteek. Voor de vier NPO-projecten heeft ZorgmarktAdvies het volgende in kaart gebracht:

- De beknopte inhoud van het project
- De kosten en baten van het project<sup>2</sup>
- De (mogelijkheden voor) structurele bekostiging van het project

Hoewel het onderzoek zich specifiek richt op de analyse van de vier genoemde NPO-projecten kunnen de overstijgende conclusies tot nut zijn voor iedereen die zich inzet voor innovatieve ouderenzorg (inclusief financiers als zorgverzekeraars en gemeenten).

## 1.4 Onderzoeksaanpak

### Ingezette onderzoeksinstrumenten

ZorgmarktAdvies heeft bij de analyse van de vier NPO-projecten de volgende instrumenten ingezet:

#### 1. Literatuurstudie

Voor de vier NPO-projecten zijn goede projectbeschrijvingen beschikbaar. Ook is er reeds onderzoek gedaan naar de kosten en baten van de vier projecten. ZorgmarktAdvies heeft de beschikbare literatuur bestudeerd en benut bij het opstellen van dit rapport.

#### 2. Interviews

Naast literatuurstudie heeft ZorgmarktAdvies 15 interviews afgenomen met de belangrijkste bij de vier NPO-projecten betrokken partijen. Tabel 1.1 geeft een beknopt overzicht van de geïnterviewde stakeholders. Bijlage 1 geeft een volledig overzicht van de geïnterviewde personen. Het conceptrapport is voor commentaar voorgelegd aan de geïnterviewden.

#### 3. Eigen analyse

Na het verzamelen van informatie door literatuurstudie en interviews heeft ZorgmarktAdvies voor alle vier de NPO-projecten een voorstel ontwikkeld voor de verdeling van de kosten en baten en oplossingen bedacht voor eventuele andere knelpunten in de bekostiging. Hiervoor was eigen analyse noodzakelijk.

---

<sup>2</sup> Voor het inzichtelijk maken van de kosten en baten is alleen bestaand onderzoek benut.

Tabel 1.1 – Overzicht geïnterviewde stakeholders

NPO-project	Geïnterviewde stakeholders
Even Buurten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemeente Rotterdam</li> <li>- Zilveren Kruis</li> <li>- Vertegenwoordiger ouderen</li> <li>- CMO STAMM</li> </ul>
Om U	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UMC Utrecht</li> <li>- Ouderendelegatie Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen</li> <li>- Zilveren Kruis</li> <li>- Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen</li> </ul>
Transmurale Zorgbrug	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AMC</li> <li>- Ouderendelegatie</li> <li>- Zilveren Kruis</li> </ul>
SamenOud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stuurgroep SamenOud Drenthe</li> <li>- Zilveren Kruis</li> <li>- Gemeente Emmen</li> <li>- Klankbordgroep SamenOud</li> </ul>

## Betrokkenheid ouderen, gemeenten en zorgverzekeraars bij onderzoek

Het NPO heeft als doel een samenhangend zorgaanbod realiseren dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van (aankomend) kwetsbare ouderen. Vanuit die doelstelling was het van belang om (het perspectief van) ouderen ook te betrekken bij het onderzoek. Daarnaast lag het voor de hand om de twee belangrijkste financiers, de zorgverzekeraars en de gemeenten, te betrekken. Concreet heeft ZorgmarktAdvies de ouderen, zorgverzekeraars en gemeenten op de volgende manieren betrokken bij de uitvoering van het onderzoek:

1. De uitvoering van het onderzoek heeft ZorgmarktAdvies laten begeleiden door een begeleidingscommissie. In de begeleidingscommissie zaten vertegenwoordigers van ouderen, gemeenten en zorgverzekeraars. De deelnemers hebben elk vanuit hun eigen perspectief schriftelijk gereageerd op het concept onderzoeksrapport 'Analyse belemmeringen structurele bekostiging vier NPO-projecten'. Bijlage 2 bevat de personele samenstelling van de begeleidingscommissie.
2. Zoals hiervoor reeds aangegeven heeft ZorgmarktAdvies bij de vier NPO-projecten indien mogelijk de belangrijkste betrokken gemeenten, zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) ouderen geïnterviewd.
3. ZorgmarktAdvies heeft het concept onderzoeksrapport 'Analyse belemmeringen structurele bekostiging vier NPO-projecten' voor commentaar voorgelegd aan de onder punt 2 genoemde geïnterviewden. Vanuit geïnterviewde (vertegenwoordigers van) ouderen, zorgverzekeraars en gemeenten is feedback ontvangen bij het concept onderzoeksrapport. Met deze feedback heeft ZorgmarktAdvies het onderzoeksrapport verder kunnen verbeteren en aanscherpen.

Voorgaande geeft inzicht in de betrokkenheid van ouderen, gemeenten en zorgverzekeraars bij de uitvoering van het onderzoek. Daarnaast heeft ZorgmarktAdvies er ook voor gezorgd dat in het onderzoeksrapport zelf, waar aan de orde, het perspectief van de ouderen, alsmede het perspectief van de financiers (gemeenten en zorgverzekeraars) expliciet aandacht heeft gekregen. ZorgmarktAdvies heeft dit gedaan door bij de vier onderzochte NPO-projecten zo goed mogelijk:

- Inzichtelijk te maken welke meerwaarde de betreffende interventie heeft vanuit het perspectief van de ouderen.
- Aan te geven welke kosten/baten bij de gemeente(n) en welke kosten/baten bij de zorgverzekeraar(s) neerslaan.

# Even Buurten

## 2.1 Inhoud Even Buurten

### Doel en doelgroep

In 2011 werd de integrale wijkgerichte aanpak Even Buurten geïnitieerd door de gemeente Rotterdam, lokale zorg- en welzijnsorganisaties, Erasmus Universiteit Rotterdam, Hogeschool Rotterdam en GeriatrieNetwerk Zuidwest-Nederland (GENERO).<sup>3</sup> Even Buurten is erop gericht de levenskwaliteit van zelfstandig wonende ouderen van 70 jaar en ouder te verbeteren. Het betreft mensen die in hun dagelijks leven tegen problemen aanlopen die zij zelfstandig niet meer kunnen oplossen. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een afnemende gezondheid, psychische problemen of een sociale kring die kleiner wordt. Vaak gaat het om een combinatie van problemen, variërend van licht tot zwaar. De betreffende ouderen zijn als kwetsbaar aan te duiden, maar kunnen met enige ondersteuning nog goed functioneren.<sup>4</sup> Het project is in 2015 bekroond met een Parel van ZonMW<sup>5</sup>.

Even Buurten heeft de volgende doelen:

1. Zelfstandige wonende kwetsbare (en toekomstig kwetsbare) ouderen in staat stellen het leven te leiden dat zij graag willen leiden om daarmee hun kwaliteit van leven en zelfredzaamheid te verhogen. Ook probeert Even Buurten tijdige signalering van kwetsbaarheid te bevorderen, zodat de benodigde (in)formele zorg preventief kan worden geboden. Zelfregie en participatie worden hierbij bevorderd en ondersteund.
2. Op wijkniveau proberen de samenhang en afstemming tussen het informele (buurtbewoners en mantelzorgers) en het formele (welzijn en zorg) netwerk te stimuleren.
3. Sociale cohesie in de wijk bevorderen en bijdragen aan de kwaliteit van leven en gezondheid van mantelzorgers.<sup>6</sup>

### Aanpak

Binnen Even Buurten wordt door een versteviging van het sociale netwerk geprobeerd problemen vroeg te signaleren en hulp en ondersteuning aan kwetsbare ouderen te bieden. Zowel informele als formele hulpverleners worden gezien als belangrijke 'sleutelfiguren' in het wijknetwerk rondom ouderen. Bij informele hulpverleners kan bijvoorbeeld worden gedacht aan wijkbewoners, winkeliers, familieleden en vrijwilligers. Welzijnswerkers, huisartsen, huismeesters en wijkagenten zijn voorbeelden van formele hulpverleners. De sleutelfiguren in het wijknetwerk rondom ouderen hebben een signalerende functie en zijn door hun vertrouwdheid in de wijk in staat kwetsbaarheid onder ouderen in een vroeg stadium te herkennen. Sleutelfiguren kunnen met hun signalen terecht bij een zogenaamde 'Spil' van het Even Buurten project. Een Spil is een professional met een zorg- of welzijnsachtergrond die bekend is in de wijk. Box 2.1 bevat een overzicht van de taken van de Spil. Naar aanleiding van de signalen van sleutelfiguren bezoeken de Spillen de ouderen thuis, inventariseren hun behoeften en noteren deze in een zorg- en welzijnsdossier. In overleg met de ouderen wordt vervolgens een actieplan opgezet waarbij gezocht wordt naar passende ondersteuning binnen het (bij voorkeur) informele netwerk. In het project Even Buurten vormt het wijknetwerk dus een belangrijke basis voor zowel de signalering als de ondersteuning van kwetsbare ouderen.<sup>7</sup> Een kernpunt van Even Buurten is ook dat het een methode is die het informele netwerk en het formele netwerk met elkaar verbindt via de Spil.

---

3 Van Dijk H., Cramm J., Lötters F., Van Exel J. en Nieboer A., *Even Buurten: De complexiteit van een wijkgerichte aanpak*, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 2015

4 Eindverslag Even Buurten t.b.v. ZonMW

5 <http://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/zonmw-parel-voor-even-buurten/>

6 Eindverslag Even Buurten t.b.v. ZonMW

7 Van Dijk H., Cramm J., Lötters F., Van Exel J. en Nieboer A., *Even Buurten: De complexiteit van een wijkgerichte aanpak*, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 2015

## Box 2.1 – Taken van de Spil

De Spil is een outreachende, generalistische professional. De Spil kent de wijk en de wijk kent de Spil. De Spil functioneert op verschillende niveaus: het niveau van de ouderen, het niveau van de wijk en het niveau van de professionals. De Spil heeft het volgende takenpakket:

### 1. Wijkgerichte taken

- De wijk in kaart brengen
- Contact leggen met sleutelfiguren en hen ondersteunen
- Contact leggen met (semi)professionals die in de wijk actief zijn
- Herkennen, aanjagen, verstevigen en ondersteunen van informele wijknetwerken
- Signaleren van kansen en bedreigingen in de wijk
- Wijkactiviteiten initiëren en anderen stimuleren om dit te doen

### 2. Cliëntgebonden taken

- Ouderen met een hulpvraag opsporen (signaleren)
- Manifest maken van de 'latente zorgbehoefte' (kan ook preventie behelzen)
- Beantwoorden van 'actieve (zorg)vraag': waar het kan met een informele oplossing uit het netwerk van de cliënt, waar het moet met een professionele oplossing

### 3. Evalueren en borgen

- Evalueren en borgen zowel op het niveau van het individu als het niveau van de wijk
- Zicht houden op de duurzaamheid van de informele oplossing bij een cliënt
- Overdragen expertise en kennis van de methodiek (in 2015 toegevoegd aan taken)

Bron: Eindverslag Even Buurten t.b.v. ZonMw

## Ontwikkeling Even Buurten in Rotterdam de afgelopen jaren

De stapsgewijze ontwikkeling van Even Buurten de afgelopen jaren is weergegeven in Tabel 2.2

Tabel 2.2 – Ontwikkeling Even Buurten in Rotterdam afgelopen jaren

Jaar	Stap in ontwikkeling Even Buurten
September 2010	- Ontwikkeling Even Buurten methodiek onder regie gemeente Rotterdam - Subsidieaanvraag Even Buurten ingediend bij ZonMw
Juni 2011	- Start uitvoering experiment 1e-tranchewijken: Lage Land/Prinsenland en Lombardijen
Mei 2012	- Start uitvoering experiment 2e-tranchewijken: Vreewijk en Oude Westen
Januari 2013	- Uitbreiding Even Buurten in de vier bestaande experimentwijken en start Even Buurten in twee nieuwe wijken: Kralingen en Blijdorp (o.g.v. honorering bekostigingsverzoek door NZa)
2014	- Opname van de bestaande Spillen in 12 van de 42 wijkteams
Eind 2014	- Bekostiging Even Buurten door ZonMw en NZa beëindigd
Vanaf 2015	- Start overdragen van de Even Buurten methodiek aan de 42 wijkteams m.b.v. coach In voor Zorg! - Bekostiging Even Buurten door gemeente Rotterdam in 2015 en 2016
2016	- Honorering subsidie ZonMW voor ontwikkelen twee nieuwe instrumenten: Integrale Wijkaanpak Tool en E-learning module voor ontwikkeling competenties Spil

## Toekomst Even Buurten in Rotterdam

De Even Buurten methodiek gaat uit van eigen kracht en het bevorderen van sociale netwerken. Even Buurten past daarmee goed bij de transformatie die plaatsvindt in het sociale domein. Momenteel wordt in Rotterdam de Even Buurten methodiek overgedragen aan de 42 wijkteams in de stad. Ook is het de intentie de Even Buurten methodiek te gaan toepassen op andere doelgroepen dan alleen ouderen.

Er worden geen nieuwe zelfstandig opererende Spillen opgeleid. Het is de bedoeling dat de bestaande Spillen zich vooral richten op het overdragen van de bestaande kennis en expertise aan minimaal één van de leden van elk wijkteam. De wijkteams moeten meer investeren in het in kaart brengen van het bestaande netwerk van een cliënt en het op- en uitbouwen van dit netwerk. Ook dient er bij de wijkteams meer aandacht te komen voor netwerkopbouw in de wijk.

De gemeente Rotterdam financiert Even Buurten in 2015 en 2016 om het overdragen van de Even Buurten methodiek aan de wijkteams mogelijk te maken. Het staat niet vast dat de gemeente Rotterdam Even Buurten ook op de langere termijn blijft financieren. Als de Even Buurten methodiek op termijn in elk wijkteam verankerd zou zijn, is het ook niet nodig om Even Buurten als apart project te blijven financieren.

## Even Buurten in Noord-Nederland

Op grond van de positieve ervaringen met Even Buurten in Rotterdam is in Noord Nederland het proefproject 'Spil, Even Buurten Noord Nederland' opgezet voor de duur van één jaar (2015). Op drie locaties werden de ervaringen en inzichten vanuit Rotterdam ingezet: de wijk Delfzijl Noord, de wijk De Bouwen in Drachten (gemeente Smallingerland) en het dorp Ter Apel (gemeente Vlagtwedde)<sup>8</sup>. Het proefproject is gesubsidieerd door ZonMw in het kader van het NPO. Box 2.3 geeft een overzicht van de doelstellingen van het proefproject 'Spil, Even Buurten Noord Nederland'. Met het proefproject werd inzicht verkregen in de mate waarin Even Buurten zoals ontwikkeld in Rotterdam ook succesvol kan werken in kleinstedelijke en plattelandswijken.<sup>9</sup>

### Box 2.3 – Doelstellingen proefproject 'Spil, Even Buurten Noord Nederland'

<b>Doelstellingen gericht op de ouderen</b>	- Vergroten (of minimaal stabiliseren) van de zelfredzaamheid en eigen regie van ouderen 70+
<b>Doelstellingen gericht op de wijk en de professionals</b>	- Versterken en inzetten van het informele buurtnetwerk voor sociale en praktische ondersteuning - Verbeteren van vroegtijdige signalering van kwetsbaarheid bij ouderen 70+ - Verbeteren van de afstemming van het professionele zorg- en welzijnsaanbod op de behoefte van de doelgroep

Bron: CMO STAMM, *Even Buurten in Noord Nederland; Verslag van een pilot. Groningen, 2016*

Het proefproject kende een looptijd van één jaar. Uit het verslag van de pilot blijkt dat de deelnemende partijen enthousiast zijn over de werkwijze van Even Buurten:

- In Delfzijl wordt de Spilfunctie voortgezet in het kader van het programma Gezond In De Stad (GIDS).
- In de gemeente Vlagtwedde is de functie van de Spil ook gekoppeld aan de functie van ouderenadviseur. Ook hier wordt de Spilfunctie gecontinueerd in het reguliere werk van de welzijnsorganisatie Rzijn.
- In Drachten loopt de bekostiging van het traject via ZuidOostzorg en welzijnsinstelling M.O.S. en de uitvoering wordt gedaan door M.O.S.

<sup>8</sup> In Hooageveen is Treant Zorggroep ook een 'Even Buurten' project gestart. Dit project is vergelijkbaar met Even Buurten in Rotterdam en met genoemde projecten in Delfzijl, Drachten en Ter Apel. Een belangrijk verschil is echter dat in Hooageveen zorggroep Treant Even Buurten organiseert. Deze organisatie heeft mogelijk wel een risico op hogere kosten in vergelijking met de genoemde andere projecten. Door een 'zorgattitude' van het zorgpersoneel bestaat een risico dat meer mensen formele zorg krijgen. Ook kan de zorgaanbieder een financiële prikkel hebben om meer mensen richting formele zorg te leiden.

<sup>9</sup> CMO STAMM, *Even Buurten in Noord Nederland; Verslag van een pilot. Groningen, 2016*

In het verslag van de pilot wordt erop gewezen dat door het Spilproject er samenwerking is ontstaan tussen welzijn en zorg, die er voorheen niet was. De zorg- en welzijnspartijen gaan gezamenlijk de werkzame onderdelen uit de Spilfunctie continueren. Ze willen het actief bezoeken van ouderen en de koppeling zorg en welzijn behouden. De winst zit voor hen in het verwijzen vanuit de zorg naar welzijnsactiviteiten, particuliere initiatieven in straat en buurt en het activeren van ouderen en buurtbewoners.<sup>10</sup>

## 2.2 Kosten en baten Even Buurten

### Kosten Even Buurten

De kosten van Even Buurten bestaan voornamelijk uit de inzet van de Spil. De Spil is een professional, bijvoorbeeld een ouderenadviseur, die wordt betaald voor zijn of haar inzet. Daarnaast zijn er mogelijk kosten voor de zorg- en welzijnsprofessionals die overleg hebben met de Spil. Verder zijn de kosten van Even Buurten beperkt. Aan de inzet van vrijwilligers zijn normaalgesproken geen ('out of pocket') kosten verbonden. Wel zijn er natuurlijk maatschappelijke kosten verbonden aan de inzet van vrijwilligers.

Uit onderzoek van iBMG naar Even Buurten in Rotterdam blijkt dat de kosten van de Spil in de ontwikkelingsfase gemiddeld € 302,- per cliënt per jaar bedragen. De kosten in de onderzochte periode bestonden voor circa 78% uit niet-cliënt-gebonden tijd. Een belangrijke component hierbij zijn de wijkgerichte taken (zie box 2.1)<sup>11</sup>. De Spil moet deze wijkgerichte taken geleidelijk opbouwen. Deze tijdsinzet heeft deels het karakter van een investering. Het is waarschijnlijk dat deze tijdsinzet voor wijkgerichte taken enigszins kan verminderen bij een structurele inbedding van Even Buurten.

### Baten Even Buurten

De mogelijke baten bestaan onder andere uit een betere kwaliteit van leven voor de ouderen en lagere zorguitgaven. Uit onderzoek van iBMG blijkt dat Even Buurten nog niet heeft geresulteerd in een verbetering van (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en welzijn van ouderen. Kijkend naar de doelmatigheid nam zowel in de interventie- als in de controlegroep het zorggebruik in de tijd toe. Het verschil in zorggebruik tussen de interventie- en de controlegroep bleek niet significant verschillend. De betrokken projectleider wijst wel op de positieve baten op het niveau van de professional en de organisatie van zorg en welzijn (bijvoorbeeld verbeterde samenwerking).

Er is momenteel geen ander onderzoek beschikbaar over de kosten en baten van Even Buurten. Wel heeft AEF een kwalitatieve en kwantitatieve analyse gedaan naar het gebruik van Wmo-arrangementen in 2015 in Rotterdam. Het onderzoek concludeert dat er begin 2015 sprake was van een onvoorziene omzetsdaling bij tweedelijnsaanbieders. Er zijn hier meerdere oorzaken voor. Eén van de oorzaken is dat wijkteams en zogenaamde 'Vraagwijzers' in grotere mate dan verwacht zelf hulpvragen hebben opgepakt. Het is onduidelijk of en in welke mate Even buurten heeft bijgedragen aan deze omzetsdaling.

### Conclusie

Uit onderzoek van iBMG blijkt dat Even Buurten nog niet heeft geresulteerd in een verbetering van (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en welzijn van ouderen. Ook heeft Even Buurten in de onderzoeksperiode nog niet geresulteerd in daling van het zorggebruik.

<sup>10</sup> CMO STAMM, *Even Buurten in Noord Nederland; Verslag van een pilot. Groningen, 2016*

<sup>11</sup> Van Dijk H., Cramm J., Lötters F., Van Exel J. en Nieboer A., *Even Buurten: De complexiteit van een wijkgerichte aanpak, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 2015*

## 2.3 Structurele bekostiging Even Buurten

### Bekostiging Even Buurten Rotterdam

De kosten van Even Buurten hebben met name betrekking op de inzet van de Spil. De taken van de Spil zijn te typeren als welzijnsactiviteiten die onder gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen. Na afloop van de projectfase heeft daarom vanaf 2015 de gemeente Rotterdam de kosten van de inzet van de Spil voor haar rekening genomen. De extra kosten van Even Buurten zijn gefinancierd met een deel van de middelen dat is vrijgevallen door bezuinigingen op de inzet van huishoudelijke hulp.

Gezien het feit dat Even Buurten een typische welzijnsactiviteit is, heeft er geen gesprek plaatsgevonden met zorgverzekeraars over co-financiering. Ook het onderzoek naar de baten van Even Buurten gaf geen aanleiding tot het delen van kosten met zorgverzekeraars.

De gemeente Rotterdam voorziet op termijn wel dat de Spillen niet meer afzonderlijk zullen worden gefinancierd. Het is de bedoeling dat de werkzaamheden van de Spil binnen afzienbare termijn een regulier onderdeel worden van het wijkteam (zie ook paragraaf 2.1, onderdeel 'Toekomst Even Buurten in Rotterdam'). Dit betekent ten eerste dat de kosten van de inzet van Even Buurten naar alle waarschijnlijkheid lager zullen worden. Ten tweede betekent het dat er geen sprake meer zal zijn van een afzonderlijke bekostiging van de Spillen.

De conclusie is dat de bekostiging van Even Buurten in Rotterdam op dit moment geen substantiële problemen geeft. In de interviews werd wel gewezen op een algemeen risico voor preventieve projecten als Even Buurten. Indien de budgettaire druk op een gemeente toeneemt, sneuvelen preventieve projecten vaak als eerste. Indien de budgettaire druk op een gemeente toeneemt, krijgen verzorging en zorg in de praktijk toch voorrang.

### Bekostiging Even Buurten in Noord-Nederland

Het proefproject 'Spil, Even Buurten Noord Nederland' is opgezet voor de duur van één jaar (2015). Dit betekent dat het al met ingang van 2016 noodzakelijk werd om te zoeken naar structurele bekostiging. Het project is uitgevoerd in Delfzijl, Drachten en Ter Apel.

De gemeente Delfzijl heeft Even Buurten voor de komende jaren gefinancierd vanuit het programma Gezond In De Stad (GIDS). Het stimuleringsprogramma GIDS helpt gemeenten bij het versterken van hun lokale aanpak van gezondheidsachterstanden. De GIDS gemeenten krijgen vier jaar lang extra middelen via de decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad (GIDS). Deze regeling loopt tot en met 2017. De bekostiging van Even Buurten is daarmee vanaf 2018 enigszins onzeker. Wel heeft Even Buurten in Delfzijl ruimschoots de tijd om zich te bewijzen en met de gemeente nieuwe afspraken te maken over de structurele bekostiging.

In Ter Apel heeft de gemeente extra bijgedragen aan de kosten van Even Buurten. Daarnaast heeft Stichting Rzijn aanbieder van kinderopvang en welzijn budget vrij gemaakt door intern te schuiven met middelen.

In Drachten heeft de gemeente extra bijgedragen aan de kosten van Even Buurten. Daarnaast neemt zorgaanbieder ZuidOostZorg een deel van de kosten voor haar rekening.

Een belangrijk aandachtspunt dat werd genoemd in de interviews is dat de betreffende gemeenten in Noord Nederland weinig financiële middelen hebben. Dit brengt als risico met zich mee dat een project als Even Buurten sneuvelt indien de gemeente verder moet bezuinigen.



## Conclusie

Alle activiteiten van Even buurten vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De bekostiging van Even Buurten is mogelijk binnen de Wmo 2015. Er zijn dus geen technische belemmeringen. Wel moeten gemeenten bereid zijn om Even Buurten te financieren. Dit betekent in de praktijk dat Even Buurten meer prioriteit moet krijgen van de gemeente dan een ander project of initiatief. Voor een brede uitrol van het project Even Buurten lijkt het daarom wel noodzakelijk dat de (kosten)effectiviteit met onderzoek wordt aangetoond.

# Om U

### 3.1 Inhoud Om U

#### Doel en doelgroep

De algemene doelstellingen van het NPO-project Om U zijn:

- Komen tot een betere zelfredzaamheid, meer functiebehoud en betere kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen
- Realiseren van doelmatiger zorgverlening en minder zorggebruik door en minder zorgbelasting voor ouderen<sup>12</sup>

De huidige reactieve huisartsenzorg sluit niet aan bij de behoeftes van kwetsbare ouderen. Onnodige ziektelast en achteruitgang in dagelijks functioneren en kwaliteit van leven zijn het gevolg. In het NPO-project 'Om U' zijn twee methodes ontwikkeld om proactieve ouderenzorg te bieden:

1. U-PRIM: een computerprogramma waarmee de huisarts kwetsbare ouderen in kaart brengt.
2. U-CARE: een gestructureerd zorgprogramma door de praktijkverpleegkundige ouderenzorg met uitgebreide screening, geriatrisch onderzoek en zorgplannen.

Om U richt zich op de doelgroep van thuiswonende kwetsbare ouderen van 60 jaar en ouder.<sup>13 14</sup>

#### Aanpak

Zoals hiervoor aangegeven bestaat de Om U aanpak uit twee van elkaar onderscheiden onderdelen: U-PRIM en U-CARE. U-PRIM kan los of in combinatie met U-CARE worden ingezet.

U-PRIM is alleen een selectiemethode en bestaat uit een softwareprogramma dat de huisarts installeert op het huisarts-informatiesysteem (HIS). Het programma maakt elk kwartaal een overzicht van mogelijk kwetsbare ouderen van 60 jaar of ouder. Het overzicht bestaat uit mogelijk kwetsbare ouderen die voldoen aan één of meerdere van de volgende criteria:

- De oudere heeft 3 of meerdere (chronische) ziekten (multimorbiditeit).
- De oudere gebruikt 5 of meer verschillende soorten medicijnen (polyfarmacie).
- De oudere is langer dan 3 jaar niet bij de huisarts geweest, behalve voor het halen van de grieprik.<sup>15</sup>

Binnen U-CARE wordt op het overzicht met mogelijk kwetsbare ouderen een verfijnde screening toegepast met het instrument 'Behoeftes als kompas, de oudere aan het roer'. Bij deze verfijnde screening wordt gekeken naar kwetsbaarheid, welbevinden en complexe zorgbehoeften. Bij de daadwerkelijk kwetsbare ouderen wordt vervolgens thuis een uitgebreide geriatrische anamnese afgenomen en wordt er een zorgplan op maat opgesteld.<sup>16</sup> Het zorgplan kent weliswaar ook welzijnelementen, zoals eenzaamheid en voeding, maar de insteek is desondanks hoofdzakelijk medisch.

---

<sup>12</sup> Subsidieaanvraag Om U t.b.v. ZonMw

<sup>13</sup> Eindverslag Om U t.b.v. ZonMw

<sup>14</sup> [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)

<sup>15</sup> [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)

<sup>16</sup> [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)

## Ontwikkeling Om U de afgelopen jaren

De stapsgewijze ontwikkeling van Om U de afgelopen jaren is weergegeven in Tabel 3.2

Jaar	Stap in ontwikkeling Om U
Oktober 2008	- Subsidieaanvraag NPO-project Om U ingediend bij ZonMw
Oktober 2009 - Oktober 2013	- Uitvoering NPO-project Om U inclusief de uitvoering van het onderzoek naar de effectiviteit van U-PRIM en U-CARE.
Juni 2014	- Indiening van subsidieaanvraag bij Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG) door verschillende partijen en organisaties (Stadsmaatschap Huisartsen Utrecht, Gezondheidscentra de Bilt, Julius Gezondheidscentrum, Raedelij, gezondheidscentra Huizen en Blaricum en Preventzorg) voor een project ten behoeve van de verdere implementatie van Om U binnen het concept model 'Ketenzorg Ouderen Midden Nederland'. Deze aanvraag is om verschillende redenen afgewezen.
Najaar 2014	- Start implementatie van het transitieproject Ketenzorg Walcheren samen met elementen van het Om U programma bij 35 huisartsenpraktijken van de Medicamus eerstelijns zorggroep in de gemeenten Harderwijk, Ermelo, Putten, Nunspeet, Uddel en Garderen. Implementatie wordt gesubsidieerd vanuit ZonMw.
Vanaf 1 januari 2016	- In Midden Nederland willen negen eerstelijns samenwerkingsverbanden de Om U innovatie verder implementeren. Enkele deelnemende praktijken hebben al met deze methode gewerkt. De bedoeling is dat zij dit programma verder bestendigen én dat de Om U innovatie in andere praktijken in de regio verder wordt verspreid. ZonMw heeft subsidie beschikbaar gesteld voor de monitoring van 4 Om U projecten.

Bronnen: *Subsidieaanvraag Om U t.b.v. ZonMw, Eindverslag Om U t.b.v. ZonMw, [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl) en [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)*

## Toekomst Om U

Bij de start van het Om U project werd de extramurale verzorging en verpleging bekostigd vanuit de AWBZ. Het laten uitvoeren van U-CARE door de praktijkverpleegkundige van de huisarts was in dat licht een logisch gedachte. Vanaf 1 januari 2015 is de wijkverpleegkundige zorg echter ondergebracht in de Zvw. Ook zijn in veel gemeenten sociale wijkteams ingericht. Door deze ontwikkelingen is het niet langer op voorhand een uitgemaakte zaak dat de huisarts de regisseur van integrale ouderenzorg in de wijk is. Hiervoor komen ook de wijkverpleegkundige of het sociale wijkteam in aanmerking. Concreet betekent dat bijvoorbeeld dat het ook goed mogelijk is dat de wijkverpleegkundige U-CARE uitvoert in plaats van de praktijkverpleegkundige van de huisarts. De wijkverpleegkundige kan op dit moment U-PRIM niet uitvoeren omdat hij geen toegang heeft tot de routinezorg data van de huisarts. Hoe dan ook moet worden voorkomen dat bij één oudere meerdere professionals eenzelfde rol gaan vervullen en dezelfde handelingen gaan verrichten, zoals het afnemen van een geriatrische anamnese of het opstellen van een zorgplan. Bij een structurele borging en verdere uitrol van Om U is het van belang dat er rekening houdend met de lokale context heldere afspraken worden gemaakt over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de huisartsen, de thuiszorgorganisaties en de sociale wijkteams bij het uitvoeren van U-PRIM en U-CARE.

## 3.2 Kosten en baten Om U<sup>17</sup>

### Opzet onderzoek

In 39 groepen van huisartsenpraktijken uit de regio Utrecht voerden 124 huisartsen en 21 speciaal opgeleide praktijkverpleegkundigen ouderenzorg het NPO-project Om U uit. De praktijken werden t.b.v. van het effectiviteitsonderzoek door loting verdeeld over drie onderzoeksgroepen:

- Groep A: huisartsenpraktijken die alleen U-PRIM toepasten
- Groep B: huisartsenpraktijken die zowel U-PRIM als U-CARE toepasten
- Groep C: huisartsenpraktijken die gebruikelijke zorg leverden (controlegroep)

### Kosten Om U

De kosten van U-PRIM bedragen circa € 28,- per oudere per jaar. Dit bedrag bestaat uit ruim € 7,- per kwetsbare oudere voor de kosten van de software en de installatie daarvan en circa € 21,- voor het gebruik van de U-PRIM software per kwetsbare oudere. De kosten van U-CARE bedragen in totaal circa € 103,- per kwetsbare oudere. Dit bedrag bestaat uit circa € 1,65 per kwetsbare oudere voor educatie, toolkit en website. Daarnaast kost de extra inzet van de huisarts en de praktijkverpleegkundige circa € 101,- per kwetsbare oudere. De gezamenlijke inzet van U-PRIM en U-CARE kost circa € 131,- per kwetsbare oudere.

### Baten Om U

Patiënten die U-PRIM of U-PRIM inclusief U-CARE ontvingen vertoonden een beter behoud van functie gemeten met de Katz score. De Katz score vraagt cliënten naar hun mogelijkheden om basale activiteiten in het dagelijks leven (ADL) uit te voeren. Het gaat om zaken als zich wassen, zich kleden, wc-bezoek, zich verplaatsen binnenhuis, continëntie en zich voeden. Patiënten uit beide interventiegroepen scoorden respectievelijk 1.87 en 1.88, terwijl de controlegroep 2.03 scoorde (lagere waarden betekenen meer functiebehoud).

### Financiële Baten Om U

Patiënten die U-PRIM of U-PRIM inclusief U-CARE ontvingen hadden lagere kosten van zorggebruik dan de controlegroep die gebruikelijke zorg ontving. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de financiële kosten en baten.

Tabel 3.3 – Overzicht financiële kosten en baten U-PRIM en U-PRIM plus U-CARE (in €)

	Kosten	Lagere kosten zorggebruik (excl. kosten U-PRIM en U-CARE)
U-PRIM	28,-	-/- 693,-
U-PRIM en U-CARE	131,-	-/- 815,-

Beide interventies blijken kosteneffectief te zijn. Het is wel opvallend dat met name U-PRIM met relatief lage kosten een groot effect sorteert op de kosten van zorggebruik. U-PRIM kost circa € 28,- en levert gemiddeld circa € 693,- op aan kostenbesparingen. Ook de inzet van U-PRIM inclusief U-CARE is kosteneffectief. Het valt wel op dat de meerkosten van

<sup>17</sup> Drubbel, I., Neslo R.E.J., Bleijenberg N., Schuurmans M.J., Dam V.H. ten, Numans M.E., Wit G.A. de, Wit N.J. de, Economic evaluation of a proactive patient-centered primary care program for frail older patients: cost-effectiveness analysis alongside the U-PROFIT randomised controlled trial, Utrecht, 2013.

U-CARE van (€ 103,-: van € 28,- naar € 131,-) relatief weinig bijdragen aan een verdere reductie van de zorgkosten (€ 122,-: van € 693,- naar € 815,-).

Onderstaande tabel geeft inzicht in het effect van U-PRIM en U-CARE op het zorggebruik. Het betreft de afname in uren of dagen zorg ten opzichte van patiënten uit de controlegroep. Dit is vervolgens doorgerekend naar een besparing in kosten per vorm van zorggebruik.

**Tabel 3.4 – Effect van U-PRIM en U-PRIM plus U-CARE op zorggebruik**

	Reductie zorggebruik door U-PRIM	Besparing (in €)	Reductie zorggebruik door U-PRIM plus U-CARE	Besparing (in €)
Huisartsenzorg consult (consulten)	- 2,37	-73,35	- 0,19	-5,88
Huisartsenzorg telefonisch consult (consulten)	-0,35	-5,22	+1,30	19,37
Huisartsenzorg ANW (consulten)	-0,16	-15,73	-0,04	-3,93
Thuiszorg (uren)	-0,14	-5,21	-0,14	-5,21
Verpleeghuis (dagen)	-0,95	-240,11	-1,93	-487,81
Verzorgingshuis (dagen)	+0,31	29,64	+0,08	7,65
Persoonlijke verzorging (uren)	+0,02	0,96	+0,02	0,96
Eerste hulp ziekenhuis (bezoek)	-0,01	-1,60	-0,02	-3,21
Ziekenhuisopname (bezoek)	-0,32	-155,30	-0,24	-116,47
Informele zorg	-0,41	-5,45	-0,13	-1,73
<b>Totaal</b>		<b>-471,38</b>		<b>-596,26</b>

De betrokken projectleider wijst ook op de positieve baten op het niveau van de professional en de organisatie van zorg en welzijn (bijvoorbeeld verbeterde samenwerking).

### Kosten en baten U-PRIM

**Tabel 3.5 – Kosten en baten per domein U-PRIM (in €)**

Kosten	Baten Zvw	Baten Wlz	Baten Wmo	Overig	Totaal baten
28	255,45	210,48		5,45	<b>471,38</b>

Wat betreft U-PRIM valt op basis van deze cijfers te constateren dat de baten per patiënt binnen het domein van de Zvw (€ 255,45) de kosten per patiënt (€ 28,-) ruimschoots overtreffen. Vanuit dat gezichtspunt kunnen zorgverzekeraars binnen hun eigen domein tot een positieve afweging komen om U-PRIM te bekostigen. Wellicht zijn daarbij wel aanvullende

afspraken met aanbieders wenselijk om er voor te zorgen dat de verwachte besparingen daadwerkelijk in de praktijk worden gerealiseerd.

Een aandachtspunt bij U-PRIM is wel dat uit gevoeligheidsanalyses blijkt dat een analyse voor de subgroep van 75+ tot een relatief ongunstige kosteneffectiviteit leidt. Bij 64% van de kwetsbare ouderen van 75+ zal de kosteneffectiviteit naar verwachting ongunstig uitpakken: voor deze groep is U-PRIM naar alle waarschijnlijkheid minder effectief en duurder dan gebruikelijke zorg. Deze groep is met andere woorden waarschijnlijk slechter af met de inzet van U-PRIM. Het lijkt daarmee zinvol om de inzet van (alleen) U-PRIM te beperken tot de groep kwetsbare ouderen tot en met 74 jaar.

### Kosten en baten U-PRIM plus U-CARE

Kosten	Baten Zvw	Baten Wlz	Baten Wmo	Overig	Totaal baten
131,-	114,37	480,16		1,73	596,26

Voor de inzet van U-PRIM en U-CARE gezamenlijk ligt het verhaal minder eenduidig. Op basis van de genoemde kosten en baten lijkt vooral op het eerste gezicht vooral de meerwaarde van U-PRIM groot. Blijkbaar is het vooral belangrijk om kwetsbare ouderen tijdig te herkennen met U-PRIM. Of vervolgens reguliere zorg wordt ingezet of U-CARE lijkt relatief weinig te verschillen. De verbetering van het dagelijks functioneren na 12 maanden (ADL gemeten in Katz-score) verschilt vrijwel niet tussen enerzijds U-PRIM en anderzijds U-PRIM + U-CARE. De gezondheidswinst van U-CARE lijkt daarmee beperkt en op zichzelf geen reden om U-CARE extra te vergoeden.

Wat betreft U-PRIM + U-CARE valt op basis van deze cijfers te constateren dat de baten per patiënt binnen het domein van de Zvw (€ 114,37) lager zijn dan de kosten per patiënt (€ 131,-). Daarnaast gaan dergelijke effecten gepaard met enige onzekerheid.

Het is daarbij de vraag of de meerkosten van U-CARE (€ 103,-) vanuit financieel perspectief opwegen tegen de extra baten in termen van lagere zorguitgaven (€ 122,-). De meerwaarde van U-CARE is vooral zichtbaar in een verdere reductie van het aantal ligdagen in het verpleeghuis. De extra baten lijken daarmee met name terecht te komen in de Wlz<sup>18</sup>. Vanuit een financieel perspectief binnen de Zvw lijkt de meerwaarde van U-CARE (bovenop U-PRIM) beperkt.

Vanuit dat gezichtspunt is het denkbaar dat zorgverzekeraars binnen hun eigen domein tot de conclusie komen om U-PRIM + U-CARE niet te bekostigen. Inclusief de baten in het domein van de Wlz is het wel denkbaar om tot een positieve afweging te komen om U-PRIM + U-CARE te bekostigen. Zorgkantoren mogen echter niet bijdragen aan U-PRIM + U-CARE.

Hierbij zijn wel kanttekeningen te plaatsen. In 2013 is geriatrische revalidatiezorg overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw. In bovenstaande berekening zijn de kosten van verpleeghuiszorg volledig toegerekend aan de Wlz. Geriatrische revalidatiezorg wordt vaak uitgevoerd in een verpleeghuis, maar sinds 2013 betaald vanuit de Zvw. Het is niet uit te sluiten dat de daling van de verpleeghuiskosten die nu in de tabel aan de Wlz is toegeschreven deels neerslaat in de Zvw.

Uit de gevoeligheidsanalyses blijkt ook dat de inzet van U-PRIM en U-CARE gezamenlijk met name kosteneffectief lijkt voor de kleine groep kwetsbare ouderen van 75+. Bij 63% van de kwetsbare ouderen van 75+ zal de kosteneffectiviteit naar verwachting positief uitvallen: voor deze groep is de inzet van U-PRIM en U-CARE zowel effectiever als goedkoper dan gebruikelijke zorg. Wellicht is het denkbaar dat zorgverzekeraars voor deze groep wel U-PRIM + U-CARE vergoeden. Ook in dat geval zijn wellicht aanvullende afspraken met aanbieders wenselijk om er voor te zorgen dat de verwachte besparingen daadwerkelijk in de praktijk worden gerealiseerd.

<sup>18</sup> Hoewel een deel hiervan ook betrekking kan hebben op geriatrische revalidatie dat sinds 2013 onderdeel is van de Zvw.

## Conclusie

Op grond van bovenstaande gegevens lijkt het kosteneffectief om de inzet van U-PRIM te vergoeden voor de groep kwetsbare ouderen tot en met 74 jaar. De inzet van alleen U-PRIM lijkt namelijk vooral kosteneffectief voor de relatief grote groep kwetsbare ouderen tot en met 74 jaar (circa 80% van de ouderen).

De inzet van U-PRIM plus U-CARE lijkt vooral kosteneffectief voor de relatief kleine groep ouderen van 75+ (circa 20% van de ouderen). Met een gerichte inzet van U-PRIM plus U-CARE lijkt het mogelijk om de verhouding tussen kosten en effectiviteit aanzienlijk te verbeteren. Wellicht dat met een gerichte inzet van U-PRIM + U-CARE deze interventie ook binnen het domein van de Zvw kosteneffectief wordt. De precieze toename van de kosteneffectiviteit door U-PRIM plus U-CARE alleen in te zetten voor de groep kwetsbare ouderen van 75 jaar en ouder is echter op dit moment nog niet berekend.

## 3.3 Structurele bekostiging Om U

### Bekostigingsmogelijkheden U-PRIM

De kosten van U-PRIM bedragen circa € 3.087,- per jaar voor een gemiddelde huisartsenpraktijk<sup>19</sup>. Dit valt enerzijds te zien als een gebruikelijke investering om als huisarts goede zorg te kunnen bieden. In dat geval zouden huisartsen dit zelf vanuit hun praktijkkostenvergoeding kunnen bekostigen (circa € 185.000,- per jaar).

Er valt ook zeker wat voor te zeggen dat U-PRIM een buitengewone investering is die moet worden vergoed door zorgverzekeraars. In dit geval is vergoeding van U-PRIM mogelijk vanuit segment 3 van de huisartsenbekostiging. Segment 3 is bedoeld voor het belonen van resultaten/uitkomsten en het stimuleren van innovatie. Het is hiervoor noodzakelijk een contract te sluiten met de zorgverzekeraar. Er gelden vrije tarieven in dit segment.

### Bekostigingsmogelijkheden U-CARE

De kosten van U-CARE bedragen circa € 103,- per kwetsbare oudere per jaar. Uitgaande van gemiddeld circa 110 kwetsbare ouderen per praktijk bedragen de kosten per praktijk circa € 11.330,- per jaar. De kosten hebben met name betrekking op de inzet van de huisarts en de praktijkverpleegkundige somatiek. De (extra) inzet van de huisarts heeft betrekking op overleg met de praktijkverpleegkundige en andere disciplines en de voorbereiding van pro-actieve zorg. De extra inzet van de praktijkverpleegkundige somatiek heeft vooral betrekking op overleg met de huisarts en andere disciplines en het opstellen van zorgplannen.<sup>20</sup>

Enerzijds valt de extra inzet van de huisarts en praktijkverpleegkundige aan (afstemmings)overleg te zien als een onderdeel van de reguliere werkzaamheden die vallen onder het inschrijftarief (segment 1) van de huisartsenbekostiging. Het onderzoek gaat echter expliciet uit van de meerkosten van U-CARE ten opzichte van reguliere zorg. Er valt daarom veel voor te zeggen dat, indien de zorgverzekeraar de uitvoering van U-CARE door huisartsen wenselijk vindt, deze extra kosten vergoed moeten worden. Bekostiging is in dat geval mogelijk onder segment 3. Bekostiging onder segment 3 vergt een contract met de zorgverzekeraar en er geldt een onderhandelbaar tarief. De kosten van de praktijkverpleegkundige somatiek kunnen ook bekostigd worden vanuit de module POH Somatiek in segment 2.

<sup>19</sup> Drubbel, I., Neslo R.E.J., Bleijenberg N., Schuurmans M.J., Dam V.H. ten, Numans M.E., Wit G.A. de, Wit N.J. de, *Economic evaluation of a proactive patient-centered primary care program for frail older patients: cost-effectiveness analysis alongside the U-PROFIT randomised controlled trial*, Utrecht, 2013.

<sup>20</sup> Drubbel, I., Neslo R.E.J., Bleijenberg N., Schuurmans M.J., Dam V.H. ten, Numans M.E., Wit G.A. de, Wit N.J. de, *Economic evaluation of a proactive patient-centered primary care program for frail older patients: cost-effectiveness analysis alongside the U-PROFIT randomised controlled trial*, Utrecht, 2013.

## Conclusie

Het is technisch mogelijk om de kosten van U-PRIM en U-CARE vanuit de reguliere huisartsenbesteding te financieren. Er zijn binnen de huisartsenbesteding geen belemmeringen voor de financiering van de extra kosten. Zilveren Kruis geeft aan dat er op basis van de module ouderen uit S3 vanaf 1 januari 2016 per praktijk gemiddeld € 4.400 beschikbaar is om te voorzien in delen van deze zorg. Zie voor de wenselijkheid van de besteding van U-PRIM en U-CARE de conclusie van paragraaf 3.2.



# Transmurale Zorgbrug

## 4.1 Inhoud Transmurale Zorgbrug

### Doel en doelgroep

Jaarlijks wordt in Nederland 14 procent van de 65-plussers (acuut) opgenomen in het ziekenhuis. De gevolgen van een acute ziekenhuisopname voor ouderen zijn groot. Een groot deel van de ouderen overlijdt binnen drie maanden na de acute ziekenhuisopname. Van de groep die nog in leven is, krijgt een groot deel te maken met (blijvend) functieverlies. Het gebruik van zowel formele als informele zorg neemt toe na een acute ziekenhuisopname en ruim 20 procent van de ouderen wordt binnen korte tijd na ontslag opnieuw opgenomen.<sup>21</sup>

De Transmurale Zorgbrug richt zich op meer functiebehoud en zelfstandigheid van ouderen na ontslag uit het ziekenhuis. De doelgroep van de Transmurale Zorgbrug bestaat uit kwetsbare ouderen die acuut opgenomen worden in een ziekenhuis en hun mantelzorgers.<sup>22</sup>

### Aanpak

De Transmurale Zorgbrug combineert proactieve ziekenhuiszorg voor de oudere patiënt met transmurale zorg door een wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige bezoekt de patiënt in het ziekenhuis en begeleidt de patiënt vervolgens verder in de thuissituatie. Dit gebeurt samen met de huisarts en mantelzorg.<sup>23</sup>

De Transmurale Zorgbrug bestaat uit 3 onderdelen:

1. Het geriatrieteam in het ziekenhuis doet een geriatrisch assessment en maakt een zorgbehandelplan.
2. De wijkverpleegkundige maakt in het ziekenhuis kennis met de patiënt en bespreekt het zorgbehandelplan.
3. Binnen 2 dagen na ontslag bezoekt de wijkverpleegkundige de patiënt voor de eerste keer thuis. De medicatie en de ingezette zorg worden doorgenomen. Daarna volgt nog een aantal huisbezoeken:
  - Huisbezoek 2 (2 weken na ontslag): doelen stellen, financiën, ADL activiteiten en polikliniek bezoek voorbereiden
  - Huisbezoek 3 (6 weken na ontslag): sociale participatie en belasting mantelzorger
  - Huisbezoek 4 (12 weken na ontslag): toekomst verkennen
  - Huisbezoek 5 (24 weken na ontslag): evaluatie en overdracht<sup>24</sup>

Figuur 4.1 bevat een schematische weergave van de Transmurale Zorgbrug. Naast hiervoor genoemde onderdelen van de Transmurale Zorgbrug is het ook van belang dat patiënten bij hun ontslag uit het ziekenhuis een ontslagbrief meekrijgen in eenvoudige taal. Hierdoor verbetert de informatievoorziening richting de patiënten aanzienlijk.

---

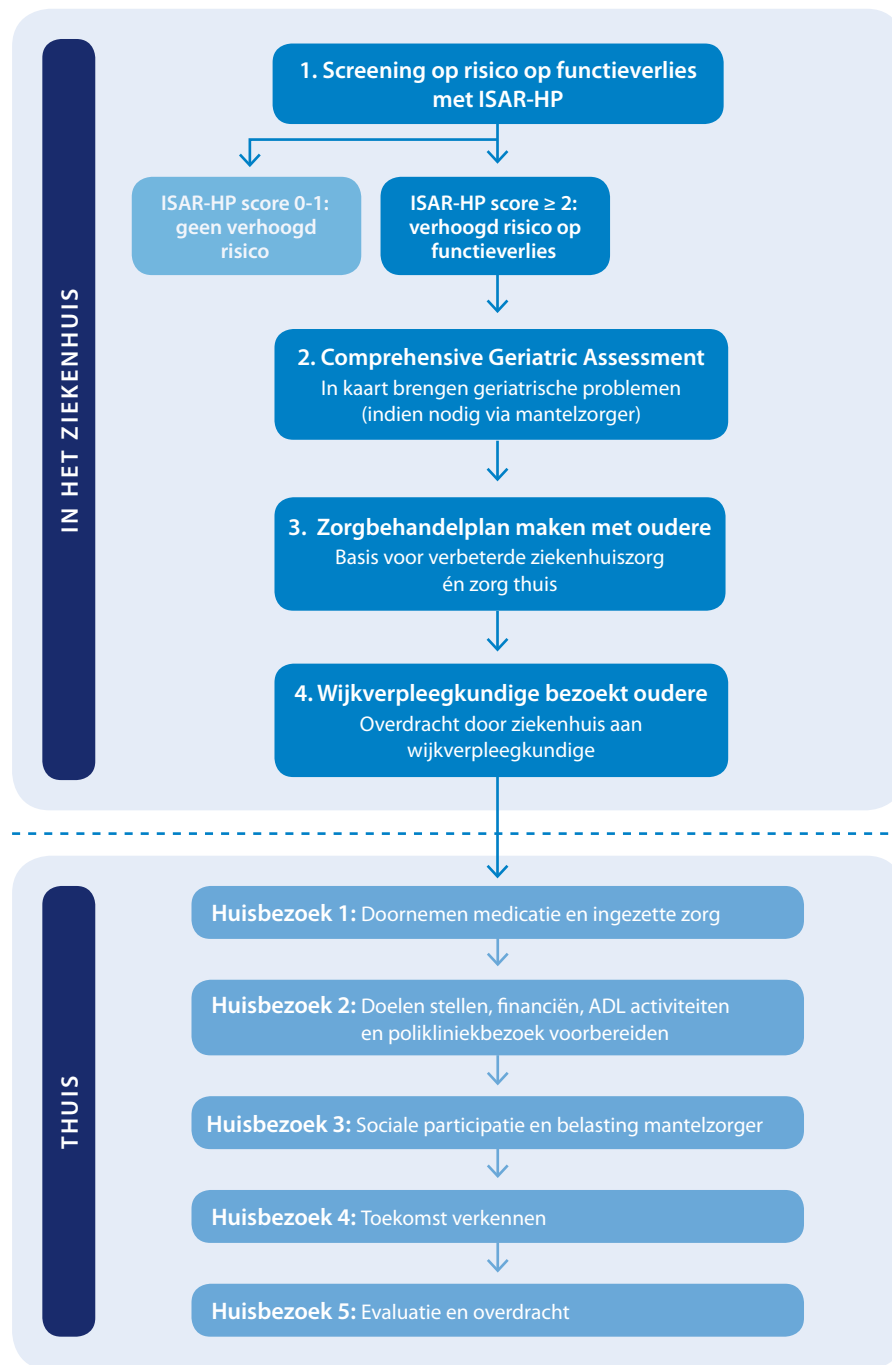
<sup>21</sup> Stichting Effectieve Ouderenzorg, *Transmurale Zorgbrug voor de oudere ziekenhuispatiënt; Handleiding functiebehoud door proactieve ziekenhuiszorg en structurele nazorg, 2013*

<sup>22</sup> [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)

<sup>23</sup> [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)

<sup>24</sup> [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)

Figuur 4.1 – Schematische weergave van de Transmurale Zorgbrug



Bron: Eindverslag transmurale zorgbrug ten behoeve van ZonMW.

## Ontwikkeling Transmurale Zorgbrug de afgelopen jaren

De stapsgewijze ontwikkeling van de Transmurale Zorgbrug de afgelopen jaren is weergegeven in Tabel 4.2

Tabel 4.2 – Ontwikkeling Transmurale Zorgbrug afgelopen jaren	
Jaar	Stap in ontwikkeling Transmurale Zorgbrug
Februari 2009	- Subsidieaanvraag NPO-project Transmurale Zorgbrug ingediend bij ZonMw.
Voorjaar 2010 - 1 januari 2014	- Uitvoering NPO-project Transmurale Zorgbrug. Tijdens het project is onderzocht of de Transmurale Zorgbrug effect heeft op het functioneren en op de sterfte 6 maanden na ziekenhuisopname. Daarnaast is onderzocht of de interventie ook effect heeft op de kwaliteit van leven, cognitie en zorgconsumptie. Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van een interventie- en een controlegroep. Drie ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties participeerden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Academisch Medisch Centrum (AMC) - Cordaan</li> <li>- Flevoziekenhuis - Zorggroep Almere</li> <li>- OLVG - Buurtzorg</li> </ul>
Vanaf 2013	- Met subsidie van ZonMw implementeren van Transmurale Zorgbrug in verschillende delen van Nederland. Het gaat ondermeer om de volgende regio's: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regio Utrecht: UMC Utrecht en Careyn (start: 1 februari 2013)</li> <li>- Regio Nijmegen: Radboudumc en ZZG zorggroep (start: 1 april 2013)</li> <li>- Regio Hoofddorp: Spaarne Ziekenhuis en Flexicura (start: augustus 2013)</li> <li>- Westelijke Mijnstreek: o.a. Maastricht UMC+ (start: 1 oktober 2014)</li> <li>- Regio Apeldoorn: Gelre ziekenhuizen, Caransscoop en Apeldoornse thuiszorgorganisaties (start: 1 november 2014)</li> <li>- Regio Capelle aan den IJssel en omstreken: IJsselland Ziekenhuis en de samenwerkende ketenpartners: Vierstroom (Fundis), Humanitas, Laurens, De Zellingen, Lelie Zorggroep (Agathos), Aafje (start: 1 december 2015)</li> <li>- Regio Helmond en omstreken: een transmuraal samenwerkingsverband Quartz: Elkerliek ziekenhuis, de Zorgboog, Savant Zorg, Sint Anna-klooster GGZ en de Regionale Huisartsen Vereniging Helmond e.o. (start: 1 januari 2016)</li> </ul>
1 januari 2016	- Start doorbraaktraject Transmurale Zorgbrug met subsidie van ZonMw. Het kortlopende doorbraaktraject heeft tot doel de Transmurale Zorgbrug in 10-12 ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties te implementeren.
15 maart 2016	- Het Martini Ziekenhuis en het UMCG starten met de Transmurale Zorgbrug.

*Bronnen: Subsidieaanvraag Transmurale Zorgbrug t.b.v. ZonMw, Eindverslag Transmurale Zorgbrug t.b.v. ZonMw, Presentatie B. Buurman bijeenkomst TZB implementatie 17-6-2014, [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)*

## Toekomst Transmurale Zorgbrug

Er lijken geen fundamentele belemmeringen te zijn voor een uitrol van de Transmurale Zorgbrug over Nederland. Zoals uit tabel 4.2 blijkt, vindt deze uitrol momenteel reeds plaats. Om de verdere implementatie van de Transmurale Zorgbrug te stimuleren, subsidieert ZonMw een kortlopend doorbraaktraject. Dit doorbraaktraject heeft tot doel de Transmurale Zorgbrug in 10-12 ziekenhuis en thuiszorgorganisaties te implementeren.

Zilveren Kruis stimuleert de implementatie van de Transmurale Zorgbrug enigszins. In het inkoopbeleid voor 2016 koppelde Zilveren Kruis het pluscertificaat ouderenzorg aan de implementatie van de Transmurale Zorgbrug volgens de

systematiek van prof. dr. Sophia de Rooij (AMC).<sup>25</sup> Zilveren Kruis vraagt ziekenhuizen in de contractering of ze de Transmurale Zorgbrug geïmplementeerd hebben. Ziekenhuizen die hieraan voldoen kunnen in aanmerking komen voor een pluscertificaat. Een pluscertificaat biedt zorgverleners vooral publicitaire voordelen. Zilveren Kruis bestudeert nog de mogelijkheden om de Transmurale Zorgbrug vanaf 2018 (ook) op andere wijze te stimuleren.

## 4.2 Kosten en baten Transmurale Zorgbrug

### Opzet onderzoek effecten van de Transmurale Zorgbrug

Om de effecten van de Transmurale Zorgbrug op het behoud van functioneren te meten is een gerandomiseerde studie (RCT) met 3 ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties uitgevoerd: AMC - Cordaan, Flevoziekenhuis - Zorggroep Almere en OLVG - Buurtzorg. Het onderzoek richtte zich primair op de vraag of een geïntegreerde interventie door een wijkverpleegkundige tijdens en na ziekenhuisopname effect heeft op het functioneren en sterfte 6 maanden na ziekenhuisopname. Het onderzoek richtte zich daarnaast op de vraag of deze interventie ook effect heeft op kwaliteit van leven, cognitie en zorgconsumptie.<sup>26</sup>

Binnen het onderzoek werd gewerkt met een controlegroep en een interventiegroep. Zowel de ouderen in de controlegroep als de ouderen in de interventiegroep werden bij een acute opname gescreend met de ISAR-HP. Bij een verhoogd risico op functieverlies kreeg de betreffende oudere een comprehensive geriatric assessment om de geriatrische problematiek in kaart te brengen. Samen met de oudere werd vervolgens een zorgbehandelplan opgesteld. Tijdens de ziekenhuisopname was het geriatrieteam betrokken bij de zorg. Op voorgaande onderdelen van het zorgproces verschilden de controlegroep en de interventiegroep niet van elkaar. In de controlegroep werden ouderen echter regulier ontslagen uit het ziekenhuis. Dat betekent dat er zo nodig thuiszorg werd geregeld en dat de oudere poliklinische afspraken kreeg. De ouderen in de interventiegroep kregen daarentegen 6 bezoeken van een wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige kwam in het ziekenhuis op bezoek en vervolgens thuis twee dagen na ontslag, twee, zes, twaalf en 24 weken na ontslag.<sup>27</sup>

In totaal hebben 674 ouderen deelgenomen aan de interventie: 337 in de interventiegroep en 337 in de controlegroep. Er waren wat betreft de baselinedoelstellingen geen significante of klinisch relevante verschillen tussen de controlegroep en de interventiegroep.<sup>28</sup> Hierna worden de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek weergegeven. Daarbij is het belangrijk om te beseffen dat de controlegroep in het onderzoek niet de Nederlandse standaardzorg heeft ontvangen. In veel ziekenhuizen vindt er geen geriatrisch onderzoek plaats en wordt er ook geen geriatrische zorg geleverd. Voorgaande betekent dat zowel de kosten als de baten groter kunnen zijn als de interventiegroep vergeleken zou worden met de 'Nederlandse standaard situatie' in plaats van met de controlegroep.

### Kosten Transmurale Zorgbrug

Ten opzichte van de controlegroep worden in de interventiegroep kosten gemaakt voor de interventie. Deze kosten bestaan uit: programmakosten, opleiding van de wijkverpleegkundigen en uren besteed door de wijkverpleegkundige bij een bezoek aan de patiënten. Uit het onderzoek blijkt dat de kosten voor de interventie € 250 per patiënt bedroegen in de interventiegroep.<sup>29</sup>

In de onderzoeksetting werd standaard uitgegaan van een geriatrisch assessment voor zowel de interventiegroep als de controlegroep. Dit betekent dat ten aanzien van de meerkosten geen rekening is gehouden met de inzet van het geriatrische team. Dit betekent overigens ook dat het effect van de transmurale zorgbrug groter kan zijn ten opzichte van ziekenhuizen waar geen sprake is van een standaard geriatrisch assessment.

<sup>25</sup> Zilveren Kruis, *Zorginkoopbeleid 2016; Zorgsoort MSZ, april 2015*

<sup>26</sup> Eindverslag Transmurale Zorgbrug t.b.v. ZonMw

<sup>27</sup> Eindverslag Transmurale Zorgbrug t.b.v. ZonMw

<sup>28</sup> Eindverslag Transmurale Zorgbrug t.b.v. ZonMw

<sup>29</sup> Excel werkblad met onderzoeksresultaten van Transmurale Zorgbrug

In een interview kwam naar voren dat de kosten in de nabije toekomst lager kunnen uitvallen. Met het oog op een zorgvuldige vormgeving van het onderzoek is er voor gekozen om de Transmurale Zorgbrug te laten uitvoeren door speciaal hiervoor getrainde wijkverpleegkundigen. Dit betekent dat de inzet van wijkverpleging binnen het onderzoek mogelijk bovenop eventuele reguliere inzet van verpleging heeft plaatsgevonden. In de nabije toekomst kan de werkwijze van de Transmurale Zorgbrug mogelijk worden ingebed in de reguliere werkwijze van wijkverpleegkundigen. De kosten kunnen in dat geval aanzienlijk lager uitvallen. Daarnaast geldt dat als een regio structurele huisartsenzorg voor ouderen heeft geïmplementeerd de kosten lager kunnen uitvallen, omdat iemand dan al met een assessment in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Ook werd in een interview aangegeven dat de kosten eventueel kunnen worden verlaagd door het aantal huisbezoeken enigszins te beperken. De meerwaarde van de Transmurale Zorgbrug is over het algemeen vooral zichtbaar in de eerste twee maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Het is vanuit dat oogpunt de vraag of het 5de en 6de huisbezoek voldoende meerwaarde hebben.

In de interviewgesprekken werd aangegeven dat er mogelijk ook indirecte kosten verbonden zijn aan de Transmurale Zorgbrug, zoals een groter beroep op mantelzorgers, dagbesteding en mantelzorgondersteuning.

## Baten Transmurale Zorgbrug

Op basis van het uitgevoerde onderzoek naar de effecten van de Transmurale Zorgbrug geeft tabel 4.3 inzicht in de baten van de Transmurale Zorgbrug.

Tabel 4.3 – Inzicht in de baten van de Transmurale Zorgbrug	
Onderwerp	Baten
Sterfte	In de interventiegroep is een significante reductie van 30-dagen en 6-maanden sterfte: de sterfte 30-dagen na opname is met 36% verminderd en 6 maanden na ziekenhuisopname is deze reductie nog steeds 25%.
ADL functioneren	Er is geen verschil in functioneren tussen de interventiegroep en de controlegroep. Beide groepen zijn iets achteruit gegaan in hun ADL.
Cognitie	Er is geen verschil in cognitief functioneren tussen de interventiegroep en de controlegroep. Beide groepen zijn iets vooruit gegaan in hun cognitief functioneren.
Opnameduur ziekenhuis, heropname en verpleeghuisopname	De opnameduur bedraagt in de controlegroep 10.6 dagen en in de interventiegroep 9.5 dagen. Er is dus sprake van een kortere opnameduur, maar het verschil is niet significant.
Overige	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een betere samenwerking tussen ziekenhuizen en de eerstelijns.</li> <li>- Een directere overdracht van de patiënt en betere en begrijpelijker informatievoorziening aan de patiënt.</li> <li>- Vermindering medicatiefouten</li> <li>- Meer welzijn en welbevinden voor ouderen of langer leven tegen dezelfde kwaliteit van leven.</li> <li>- Kortere ziekenhuisopnames (zonder daling van totale ziekenhuiskosten).</li> <li>- Mantelzorger gaat meer doen, maar de belasting neemt af</li> <li>- Kleinere beroep op wijkverpleegkundige zorg</li> <li>- Afname van het aantal verpleegdagen in verpleeghuizen (geen afname van het aantal verpleeghuisopnames).</li> </ul>

*Bronnen: Eindverslag Transmurale Zorgbrug t.b.v. ZonMw, Presentatie B. Buurman bijeenkomst TZB implementatie 17-6-2014 en interviews*

Uit het oogpunt van het terugdringen van vermijdbare sterfte is het een goede zaak om te investeren in de Transmurale Zorgbrug.

## Financiële baten

Tabel 4.4 geeft een overzicht van de vermindering van zorgkosten bij de Transmurale Zorgbrug ten opzichte van reguliere zorg.

	Transmurale Zorgbrug	Reguliere zorg	Kostenverschil
Informele zorg	9.380	6.742	2.637
Begeleiding	708	317	391
Hulp bij het huishouden	1.287	1.285	1
Persoonlijke verzorging	2.289	3.999	-1.710
Wijkverpleging	1.240	2.096	-856
Huisartsenzorg	11	13	-2
Ziekenhuis	3.003	3.293	-290
Verzorgingshuis	925	1.114	-189
Verpleeghuis	2.895	4.606	-1.712
<b>Totaal</b>	<b>21.738</b>	<b>23.465</b>	<b>-1.730</b>

De totale kosten van het zorggebruik liggen bij de Transmurale Zorgbrug gemiddeld circa € 1.730 lager dan bij reguliere zorg.

### Financieel saldo kosten - baten Transmurale Zorgbrug

Op basis van genoemde wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de inzet van de Transmurale Zorgbrug leidt tot een significante afname van sterfte. Vanuit dat oogpunt is het goed om dit project uit te voeren.

Op grond van de kosten van de Transmurale Zorgbrug van € 250 per patiënt en de verwachte kostendaling van in totaal € 1.730 lijkt het ook uit financieel oogpunt zinvol om te investeren in de Transmurale Zorgbrug.

Kosten	Baten Zvw	Baten Wlz	Baten Wmo	Baten informele zorg	Saldo kosten baten
250	2.858	1.901	-392	-2.637	1.480

De kosten slaan met name neer bij de Zvw en ook de financiële baten zijn vooral zichtbaar in de Zvw. Dit betekent dat het op basis van deze onderzoeksresultaten zeer doelmatig kan zijn voor zorgverzekeraars om te investeren in de Transmurale Zorgbrug. Tegenover de meerkosten van € 250 per patiënt staan lagere kosten van € 2.858 in de Zvw. Ook kunnen de kosten voor de Wlz fors afnemen met € 1.901 per patiënt. De kosten voor de Wmo nemen echter licht toe. Daarnaast neemt de inzet van informele zorg fors toe met € 2.637 per patient. Dit betreft overigens geen 'out of pocket' kosten<sup>30</sup>, maar een financiële waardering van de inzet van mantelzorg

## Conclusie

De significante afname van sterfte is op zichzelf een goede reden om de Transmurale Zorgbrug te implementeren. Op basis van deze onderzoeksresultaten kan het voor zorgverzekeraars zeer doelmatig zijn om te investeren in de Transmurale Zorgbrug. Tegenover de meerkosten van € 250 per patiënt staan lagere kosten van € 2.858 in de Zvw.

## 4.3 Structurele bekostiging Transmurale Zorgbrug

In het geval een ziekenhuis en één of meer thuiszorgorganisaties de Transmurale Zorgbrug willen implementeren dan zullen zij opstartkosten maken. Sinds 1 januari 2015 is de extramuraal verpleging en verzorging grotendeels overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Daarmee vallen alle activiteiten binnen de Transmurale Zorgbrug onder de reikwijdte van de Zvw. De verschillende onderdelen van de Transmurale Zorgbrug kunnen als volgt bekostigd worden:

### Bekostiging activiteiten ziekenhuis

Binnen de Transmurale Zorgbrug is het ziekenhuis verantwoordelijk voor de volgende activiteiten:

- Screening kwetsbare ouderen
- In kaart brengen geriatrische problemen
- Opstellen zorgbehandelplan

Hiervoor genoemde activiteiten kunnen bekostigd worden vanuit DBC's. Voor een 'Comprehensive Geriatric Assessment' bestaat zorgactiviteit 039577.

### Bekostiging activiteiten thuiszorg

Binnen de Transmurale Zorgbrug is de wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor de volgende activiteiten:

- 1e bezoek in het ziekenhuis
- 2e tot en met 6e bezoek thuis

Het 1e bezoek van de wijkverpleegkundige in het ziekenhuis kon eerst niet vergoed worden. Inmiddels heeft de NZa ervoor gezorgd dat het wel mogelijk is om het 1e bezoek te bekostigen. De bezoeken vallen onder segment 2 van de bekostiging wijkverpleging.

## Conclusie

Structurele bekostiging van de Transmurale Zorgbrug is binnen de huidige bekostigingssystemen technisch vorm te geven. Zie voor de wenselijkheid van de bekostiging van de Transmurale Zorgbrug de conclusie van paragraaf 4.2.

<sup>30</sup> Out of pocket kosten zijn een inschatting van de werkelijke kosten. In het geval van mantelzorg is dit niet mogelijk en betreft het een inschatting van de kosten gebaseerd op de inzet van een mantelzorger met een fictief uurtarief.

# SamenOud

## 5.1 Inhoud SamenOud

### Doel en doelgroep

Belangrijkste doelstelling van SamenOud is het realiseren van vraaggerichte, samenhangende, proactieve en preventieve zorg waardoor de complexiteit van de zorgbehoeften van ouderen afneemt, het welbevinden toeneemt en de (overall) zorgkosten afnemen of minimaal gelijk blijven. SamenOud richt zich op de doelgroep van thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder.<sup>31</sup>

### Aanpak

SamenOud biedt een systematische en integrale aanpak voor 75-plussers die gebaseerd is op het Chronic Care Model. De oudere staat centraal en de verschillende zorgverleners werken samen in teams om goede preventie en proactieve ondersteuning en zorg te bieden. Het Ouderenzorg Team is gekoppeld aan een huisartsenpraktijk en bestaat verder uit een ouderenadviseur (welzijn), wijkverpleegkundige (zorg) en specialist ouderengeneeskunde (zorg). De 75-plussers worden op basis van de Kaiser Permanente Triangle met een systematische vragenlijst ingedeeld in één van de volgende drie risicoprofielen:

- Robuust
- Kwetsbaar (verhoogd risico op complexe zorgbehoeften)
- Complexe zorgbehoeften

Tabel 5.1 bevat een korte toelichting op de risicoprofielen.<sup>32</sup>

Tabel 5.1 – SamenOud-risicoprofielen	
Robuuste ouderen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ervaren weinig gevolgen van ouder worden</li> <li>- Leiden meestal een actief en maatschappelijk betrokken leven</li> <li>- Gaan regelmatig met vakantie</li> <li>- Zijn zelden ziek</li> </ul>
Kwetsbare ouderen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krijgen in toenemende mate te maken met gevolgen van ouder worden</li> <li>- Zijn vaak minder mobiel</li> <li>- Zijn gevoeliger voor gezondheidsklachten</li> <li>- Zijn in toenemende mate afhankelijk van hulpmiddelen en hulp van anderen, terwijl het netwerk van vrienden en familie kleiner wordt</li> <li>- Hebben een verhoogd risico op complexe zorgbehoeften</li> </ul>
Ouderen met complexe zorgbehoeften	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is vaak 'van alles' aan de hand</li> <li>- Er komen diverse hulpverleners over de vloer</li> <li>- Er zijn hulpmiddelen in huis en het huis heeft diverse aanpassingen</li> <li>- Meestal is er sprake van multimorbiditeit en regelmatig ziekenhuisbezoek</li> <li>- Voor deze groep is de kans op opname in een verpleeghuis het grootst</li> </ul>

Bron: SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015

<sup>31</sup> Eindverslag SamenOud t.b.v. ZonMw

<sup>32</sup> SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015



Op basis van deze categorisering in risicoprofielen biedt het Ouderenzorg Team passende zorg en begeleiding. Robuuste ouderen krijgen alleen de groepsinterventies van het Zelfmanagement Support en Preventieprogramma aangeboden om zo lang als mogelijk gezond te blijven en hen voor te bereiden op een mogelijke afname van zelfredzaamheid. De robuuste ouderen krijgen uitnodigingen voor allerlei groepsactiviteiten. Ze monitoren hun eigen situatie met behulp van de Zelfmanagementkaart. Naast het deelnemen aan groepsactiviteiten worden de kwetsbare ouderen en de ouderen met complexe zorgbehoeften ook structureel begeleid door een casemanager. Tabel 5.2 geeft inzicht in de verschillende stappen in de begeleiding door de casemanager. Het begeleidingsproces wordt digitaal ondersteund door het Elektronisch Ouderen Dossier 'Zorgbeheer'. Bij kwetsbare ouderen is de casemanager een ouderenadviseur, die hen elke vier weken bezoekt. Alle ouderen met een complexe zorgvraag worden elke twee weken bezocht door een wijkverpleegkundige. Ouderen worden indien nodig regelmatig besproken in het overleg van het Ouderenzorg Team.<sup>33</sup>

Tabel 5.2 – **Stappen in begeleiding kwetsbare ouderen en ouderen met complexe zorgbehoeften door casemanager**

Stap 1	<p><b>Afname SamenOud-anamnese</b></p> <p>De casemanager neemt de SamenOud-anamnese af tijdens het eerste huisbezoek. Ook is de belasting van de mantelzorgers onderzocht. Samen met de casemanager is bepaald welke onderwerpen worden opgenomen in het zorgleefplan.</p>
Stap 2	<p><b>Opstellen concept zorgleefplan</b></p> <p>De casemanager stelt het concept zorgleefplan op in overleg met het Ouderenzorg Team op basis van de anamnese en het medisch dossier.</p>
Stap 3	<p><b>Vaststellen zorgleefplan</b></p> <p>Tijdens het volgende huisbezoek van de casemanager wordt het concept zorgleefplan doorgenomen. Nadat enkele wijzigingen zijn doorgevoerd, wordt het zorgleefplan vastgesteld.</p>
Stap 4	<p><b>Uitvoering zorgleefplan</b></p> <p>Het zorgleefplan is in werking getreden en de beschreven acties worden uitgevoerd. De casemanager schakelt relevante disciplines en instanties in, zorgt voor een goede afstemming en bewaakt de niet-medische aspecten uit het zorgleefplan. De medici uit het Ouderenzorg Team bewaken de afstemming tussen medische behandelingen.</p>
Stap 5	<p><b>Monitoring en aansturing door het Ouderenzorg Team</b></p> <p>De kwetsbare ouderen worden iedere vier weken en de ouderen met complexe zorgbehoeften iedere twee weken bezocht door de casemanager. Gedurende deze contacten worden de voortgang van het zorgleefplan en de situatie van de betreffende oudere besproken. De casemanager rapporteert in het Ouderenzorg Team iedere maand over de voortgang. Zo nodig wordt het zorgleefplan bijgesteld.</p>
Stap 6	<p><b>Evaluatie</b></p> <p>Twaalf maanden na het eerste huisbezoek worden alle nog actieve onderwerpen uit het zorgleefplan geëvalueerd. De algemene gezondheidssituatie van de betreffende oudere zal dan opnieuw worden beoordeeld met behulp van de anamnese. Deze zaken worden met de oudere en met het Ouderenzorg Team besproken</p>

Bronnen: SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015 en [www.samenoud.nl](http://www.samenoud.nl)

<sup>33</sup> SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015

## Ontwikkeling SamenOud de afgelopen jaren

De stapsgewijze ontwikkeling van SamenOud de afgelopen jaren is weergegeven in Tabel 5.3.

Tabel 5.3 – Ontwikkeling SamenOud afgelopen jaren	
2009 en 2010	- Onderzoekers UMCG voeren in Stadskanaal een pilotstudie uit naar de meerwaarde van een casemanager voor kwetsbare ouderen en ouderen met een ingewikkelde zorgvraag.
2010	- Onderzoekers UMCG krijgen subsidie van het NPO om een stap verder te gaan. Zij ontwikkelen een nieuw model voor samenhangende ouderenzorg: SamenOud.
Begin 2012	- Invoering SamenOud in Oost-Groningen. Er doen ongeveer 1500 ouderen van vijftien huisarts-praktijken uit Stadskanaal, Veendam en Pekela mee. De start van SamenOud wordt gefinancierd vanuit het NPO en de NZa-beleidsregel NPO.
Juli 2014	- Start bekostiging SamenOud in Oost-Groningen op basis van de NZa-beleidsregel Innovatie. Deze beleidsregel is bruikbaar als er nog geen reguliere bekostiging bestaat. Medio 2014 waren de mogelijkheden om SamenOud binnen de bekostigingssystemen van de huisartsen en de wijkverpleging te financieren nog beperkt. - Er zijn voor de bekostiging van SamenOud onder de beleidsregel Innovatie vier DBC's ontwikkeld. Bekostiging op grond van de beleidsregel Innovatie is tot uiterlijk 1 juli 2017 mogelijk.
September 2014	- Invoering SamenOud in Zuidoost-Drenthe. Lokale partijen in Emmen (Zorggroep Tangenborgh en Sedna / Tinten welzijnsgroep) hebben het initiatief genomen de start van SamenOud in deze gemeente voor te bereiden. Met ZonMw-subsidie werd de start van SamenOud per 1 september 2014 voorbereid.
1 januari - 31 december 2015	- Na de start van SamenOud in Zuidoost-Drenthe heeft ZonMw subsidie verstrekt voor de vergoeding van de nieuwe zorgprestatie SamenOud voor twaalf Ouderenzorg Teams in Zuidoost Drenthe (Emmen, Erica en Schoonebeek) voor het bieden van vraaggerichte, samenhangende, proactieve en preventieve zorg en begeleiding aan 1375 ouderen (75-plus) voor de periode 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015.
Januari 2016	- SamenOud in Zuidoost-Drenthe wordt tot en met 2017 grotendeels op reguliere wijze bekostigd door: - Gemeente Emmen: bekostiging inzet ouderenadviseurs, Zelfmanagement Support en Preventieprogramma en welzijnsactiviteiten - Zilveren Kruis: bekostiging inzet wijkverpleegkundige (gedeeltelijk) en huisarts - Zorgkantoor: bekostiging specialist ouderengeneeskunde - Zilveren Kruis financiert vanuit de Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG) in 2016 en 2017 de kosten voor de inzet van een wijkverpleegkundige voor zover deze kosten niet uit het reguliere budget voor wijkverpleging kunnen worden gefinancierd. Daarnaast financiert Zilveren Kruis vanuit de SAG in 2016 en 2017 onderzoek naar de kosteneffectiviteit van SamenOud. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het UMCG in samenwerking met het Kenniscentrum van Zilveren Kruis.

Bronnen: Eindverslag SamenOud t.b.v. ZonMw, SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015 en [www.samenoud.nl](http://www.samenoud.nl), [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)

## Toekomst SamenOud

Zoals hiervoor aangegeven is de continuïteit van SamenOud in Zuidoost-Drenthe tot en met 2017 gewaarborgd. Alle betrokken partijen hebben hiervoor gezamenlijk hun verantwoordelijkheid genomen. Voor een eventuele continuering na 2017 zijn voor Zilveren Kruis in elk geval twee zaken van groot belang:

- De kosteneffectiviteit van SamenOud moet wetenschappelijk zijn aangetoond. Om daadwerkelijk inzicht te verkrijgen in de kosteneffectiviteit van SamenOud financiert Zilveren Kruis vanuit de Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG) in 2016 en 2017 onderzoek naar de kosteneffectiviteit van SamenOud. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het UMCG in samenwerking met het Kenniscentrum van Zilveren Kruis. Met het onderzoek moet worden nagegaan in hoeverre de inzet van SamenOud leidt tot lagere integrale zorgkosten voor de doelgroep.
- De kosten voor SamenOud moeten in een goede verhouding staan tot de gerealiseerde resultaten. Vanuit het oogpunt van kostenbeheersing is het van belang om te onderzoeken in hoeverre de beoogde resultaten in de toekomst ook met een minder intensieve inzet van zorgverleners kunnen worden gerealiseerd.

## 5.2 Kosten en baten SamenOud

De zeer recente studie naar de kosteneffectiviteit van SamenOud is nog niet gepubliceerd. Het betreft een studie naar het eerste interventiejaar van SamenOud in de provincie Oost-Groningen<sup>34</sup>. Gezien het feit dat de studie zich richt op het eerste interventiejaar van SamenOud in Oost-Groningen past enige terughoudendheid voor het toepassen van deze conclusies op de beschreven (huidige) situatie van SamenOud in Drenthe.

Uit de studie blijkt dat de verschillen in gezondheid gerelateerde uitkomsten tussen interventie- en controlegroep klein waren. Deze voordelen waren, zij het niet statistisch significant, in het voordeel van SamenOud.

Inclusief de extra kosten van de interventie vielen de totale kosten van zorggebruik (Zvw, Awbz, Wmo en informele zorg) in de SamenOud groep hoger uit dan in de controlegroep (gebruikelijke zorg). De kosten van SamenOud bedragen gemiddeld € 684 per patiënt. Inclusief de kosten van de interventie bedroegen de gemiddelde totale zorgkosten € 13.073 voor de interventiegroep. De gemiddelde totale kosten van de groep met reguliere zorg bedroegen € 10.677. Een beperking van deze 'klassieke' kosteneffectiviteit studie is dat geen rekening gehouden kon worden met het verschil in zorgkosten tussen de SamenOud-groep en controlegroep bij aanvang van de studie: de kosten van de SamenOud groep waren bij aanvang van de studie iets hoger dan in de controle groep. Om die reden is ook een nog niet gepubliceerde kostenstudie uitgevoerd waarbij het verschil in toename van de kosten tijdens de studie berekend is. Uit deze nog niet gepubliceerde analyses blijkt dat er gedurende het interventiejaar geen verschil is in toename van de kosten tussen de SamenOud-groep en de controlegroep, behalve voor de 'kwetsbare ouderen'.

### Conclusie

Uit onderzoek van de RUG blijkt dat SamenOud in Groningen in de onderzoeksperiode nog niet heeft geresulteerd in een verbetering van gezondheidsgerelateerde uitkomsten. Ook heeft SamenOud nog niet geresulteerd in een verbetering van de kosteneffectiviteit. Over SamenOud in Drenthe zijn nog geen onderzoeksgegevens beschikbaar.

<sup>34</sup> De gepresenteerde resultaten zijn gebaseerd op een schriftelijke toelichting van de onderzoeker R.J. Uittenbroek.

## 5.3 Structurele bekostiging SamenOud

### Bekostiging

De bekostiging van SamenOud in Drenthe is tot en met 2017 geregeld en vindt uit verschillende domeinen plaats:

- De inzet van de ouderenadviseur en de welzijnsactiviteiten die (mede) vanuit SamenOud worden ingezet, bekostigt de gemeente Emmen in het kader van de Wmo. De bekostiging vindt plaats met een subsidie vanuit de gemeente aan de welzijnsorganisatie.
- De extra inzet van de huisarts en de praktijkondersteuner voor SamenOud wordt door zorgverzekeraars bekostigd vanuit de module ouderenzorg in segment S3 van de huisartsenbekostiging.
- De extra inzet van de wijkverpleging (Zvw) voor SamenOud is voor een belangrijk deel bekostigd vanuit een ophoging van het reguliere contract met de aanbieders voor de levering van individueel toewijsbare wijkverpleging (S2).
- De extra inzet van de Specialist Ouderen Geneeskunde voor extramurale behandeling wordt vergoed vanuit de Wlz. In de onderhandeling met het zorgkantoor is het reguliere contract met de aanbieder van langdurige zorg verhoogd voor de extra inzet van de Specialist Ouderen Geneeskunde voor extramurale behandeling.
- De extra projectkosten van SamenOud worden niet gedekt vanuit de reguliere zorgcontractering. Alle betrokken partijen dragen hier financieel aan bij.

### Conclusie

Het is technisch mogelijk om SamenOud binnen de huidige bekostiging te financieren. Zie voor de wenselijkheid van de bekostiging van SamenOud de conclusie van paragraaf 5.2.

## Overzicht geïnterviewde personen

<b>Jan Bos</b>	Wethouder bij de gemeente Emmen
<b>Bianca Buurman</b>	Senior onderzoeker en lector Transmurale Ouderenzorg AMC en HVA
<b>Renny van Delden</b>	Vertegenwoordiger ouderen
<b>Taco Eisenga</b>	Huisarts bij Huisartsenpraktijk Eisenga & Poorts en coördinator gemeente-huisartsen bij de Zuid-oost Drentse Huisartsen Coöperatie
<b>Anouk Gomes</b>	Strategisch adviseur zorginkoop gemeenten bij Zilveren Kruis
<b>Meta de Graaff</b>	Coördinator NUZO bij het UMC Utrecht
<b>Gitta Hoeks</b>	Senior manager beleidsontwikkeling bij Zilveren Kruis
<b>Gert-Jan van der Hout</b>	Senior beleidsmedewerker bij de gemeente Rotterdam
<b>Susan Korthagen</b>	Senior beleidsadviseur bij de gemeente Rotterdam
<b>Mirjam de Leeuwe</b>	Projectleider Borging Methodiek Even Buurten Rotterdam bij de gemeente Rotterdam
<b>Frank van der Linden</b>	Lid Raad van Bestuur bij Zorggroep Tangenborgh
<b>Wim van Lint</b>	Vertegenwoordiger ouderen
<b>Hermien Maarsingh</b>	Adviseur bij CMO STAMM
<b>Elisabeth van Oostrum</b>	Voorzitter van de Ouderendelegatie NUZO
<b>Fred Schaaf</b>	Zorginkoper Regio Zuidwest Nederland bij Zilveren Kruis
<b>Wim Schuijlenburg</b>	Vertegenwoordiger ouderen
<b>Bennie Schulte</b>	Lid klankbordgroep SamenOud
<b>Alex Smits</b>	Lid stuurgroep GENERO
<b>Eric van der Snoek</b>	Huisarts bij Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen
<b>Otto Sander van der Veen</b>	Manager Inkoopstrategie bij Zilveren Kruis
<b>Gonny de Vries</b>	Vertegenwoordiger ouderen
<b>Niek de Wit</b>	Hoogleraar en afdelingshoofd huisartsgeneeskunde bij het UMC Utrecht
<b>Klaas Zantingh</b>	Lid klankbordgroep SamenOud

## Samenstelling begeleidingscommissie

<b>Fieke Berings</b>	Consultant Zorgvernieuwing bij Coöperatie VGZ
<b>Jonneke Klingens</b>	Zorginkoper Verpleging & Verzorging bij CZ Zorgkantoren
<b>Wim van Minnen</b>	Vertegenwoordiger van het ouderenperspectief
<b>Stefanie Noorlandt</b>	Beleidsmedewerker sociaal domein bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

## Bronnen

### Literatuur

- Buurman B., Presentatie bijeenkomst TZB implementatie 17-6-2014
- CMO STAMM, Even Buurten in Noord Nederland; Verslag van een pilot. Groningen, 2016
- Drubbel, I., Neslo R.E.J., Bleijenberg N., Schuurmans M.J., Dam V.H. ten, Numans M.E., Wit G.A. de, Wit N.J. de, Economic evaluation of a proactive patient-centered primary care program for frail older patients: cost-effectiveness analysis alongside the U-PROFIT randomised controlled trial, Utrecht, 2013
- Eindverslag Even Buurten t.b.v. ZonMw
- Eindverslag Om U t.b.v. ZonMw
- Eindverslag SamenOud t.b.v. ZonMw
- Eindverslag Transmurale Zorgbrug t.b.v. ZonMw
- Excel werkblad met onderzoeksresultaten van Transmurale Zorgbrug
- SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015
- Smilde D. (GENERO), De Graaff M. (NUZO) en Buurman B. (AMC/KOZ), Inventarisatie financieringsknelpunten vernieuwingen ouderenzorg, 5 november 2015
- Stichting Effectieve Ouderenzorg, Transmurale Zorgbrug voor de oudere ziekenhuispatiënt; Handleiding functiebehoud door proactieve ziekenhuiszorg en structurele nazorg, 2013
- Subsidieaanvraag Om U t.b.v. ZonMw
- Subsidieaanvraag Transmurale Zorgbrug t.b.v. ZonMw
- Van Dijk H., Cramm J., Lötters F., Van Exel J. en Nieboer A., Even Buurten: De complexiteit van een wijkgerichte aanpak, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 2015
- Zilveren Kruis, Zorginkoopbeleid 2016; Zorgsoort MSZ, april 2015

### Websites

- [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)
- [www.samenoud.nl](http://www.samenoud.nl)
- [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)

## ZORGMARKTADVIES

### Colofon

Tekst: Marc Soeters  
Gerrold Verhoeks  
Uitgave: ZorgmarktAdvies  
[www.zorgmarktadvies.nl](http://www.zorgmarktadvies.nl)  
Vormgeving: Mariej Vormgeving, Amsterdam

Dit rapport is mogelijk gemaakt door ZonMw in het kader van het NPO.

23 juni 2016  
© 2016 *ZorgmarktAdvies*