

Eindrapport ZonMw

Integrated Senior Services-

Transitieproject 4 NPO

Maart 2015

Inhoudsopgave

	pagina
1. Inleiding	
1.1 Achtergrond	3
1.2 Doelen deeltransities Integrated Senior Services	4
1.3 Leeswijzer	4
2. Aanpak en resultaten vier deeltransities	6
2.1 ZEN	6
Doel en vraagstellingen	
Ontwikkeling ZEN programma	6
Procesevaluatie	6
Resultaten procesevaluatie	7
Aanbevelingen m.b.t. verdere implementatie	8
2.2 Teletechnologische ondersteuning voor zorg en welzijn	9
Doel en vraagstellingen	9
Ontwikkeling platform	9
Procesevaluatie	10
Resultaten procesevaluatie	10
Aanbevelingen m.b.t. verdere implementatie	11
2.3 Voor Elkaar in Parkstad	12
Doel en vraagstellingen	12
Ontwikkeling VEiP	12
Procesevaluatie	12
Resultaten procesevaluatie	13
Effectevaluatie	14
Resultaten effectevaluatie	14
Aanbevelingen m.b.t. verdere implementatie	15
2.4 Cliëntenmonitoring	17
Doel en vraagstellingen	17
Ontwikkeling cliëntmonitoring	17
Procesevaluatie	17
Resultaten procesevaluatie	18
Aanbevelingen m.b.t. verdere implementatie	18
3. Overkoepelende procesevaluatie	19
3.1 Het Expanded Chronic Care Model	19
3.2 Vraagstelling	21
3.3 Resultaten	21
4. Conclusie	26

Bijlagen

1. Eindverslag ZEN
 - 1a. Evaluatie ervaringen implementatie ZEN
2. Eindverslag Teletechnologie
 - 2a. Een platform voor ouderen ter ondersteuning van informatie en communicatie
 - 2b. Cubigo brief
3. Eindverslag VEiP
 - 3a. Eindevaluatie Voor elkaar in Parkstad
 - 3b. Wijkscan Onderbanken
 - 3c. Inventarisatie woningvoorraad Parkstad
 - 3d. Effect- en economische evaluatie
4. Eindverslag Clientmonitoring
 - 4a. Cliëntmonitoring ZEN
 - 4b. Cliëntmonitoring teletechnologisch platform en VEiP

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De aanleiding voor de start van Integrated Senior Services was gebaseerd op het besef dat er zich problemen zouden gaan voordoen als de organisatie van zorg en het zorgaanbod in de ouderenzorg ongewijzigd zouden blijven. Daarnaast besepte zowel zorgverleners als beleidsmakers dat de uitgangspunten voor de ouderenzorg aanpassing behoefde. De argumenten hiervoor waren de volgende:

- De ziekte, klachten en de beperking van ouderen staan centraal, terwijl idealiter de restcapaciteit, de potenties en de kwaliteiten uitgangspunt moeten zijn.
- Vroegsignaleren van mogelijke risico's op kwetsbaarheid verdient meer aandacht zodat zorgverleners veel pro-actiever kunnen handelen in plaats van reactief. Daardoor kan er sterker worden ingezet op preventie
- Het huidige aanbod van zorg, welzijn en wonen staat centraal, niet de vraag en de problemen van ouderen zelf. De zeggenschap van ouderen is dus onvoldoende en er wordt onvoldoende uitgegaan van de eigen behoeften van ouderen (Rossum, 2009).
- Het huidige aanbod is vanwege de bureaucratisering, indicatiestelling en financiële controle dusdanig complex dat ouderen er hun weg niet meer in kunnen vinden, waardoor zij de autonomie over hun leven verliezen. Bovendien is het aanbod georganiseerd vanuit verschillende compartimenten (preventie, cure, care, welzijn, wonen) waardoor de samenhang ontbreekt omdat organisaties vanuit hun eigen domein het aanbod organiseren zonder naar het geheel te kijken. Er is geen sprake van 'integrated care'.
- Maatschappelijke voorzieningen en diensten verdwijnen uit buurten doordat de bevolking krimpt. Dit heeft gevolgen voor de leefbaarheid en sociale cohesie in buurten en dorpen. Er wordt nog onvoldoende rekening gehouden met de fysieke en sociale omgeving die de kwaliteit van leven van ouderen in een kwetsbare positie kan optimaliseren.
- In Limburg is er meer dan elders in Nederland sprake van een sterke groei van het aantal ouderen (CBS, 2009; GGD Zuid Limburg, 2008 en 2009), terwijl de capaciteit van het zorgsysteem, zowel in termen van beschikbare menskracht als in termen van beschikbare voorzieningen en financiering niet navenant meegroeit (RIVM, 2009).

Kortom, het urgentiebesef dat de ouderenzorg aanpassing behoefde was groot. Daarnaast was er consensus over het zoeken naar nieuwe zorgvormen waarin de ouderen meer zeggenschap krijgen over hun leven (Wagner 1996a, 1996b; Vrijhoef 2006, 2010; Gobbens 2011). Het Expanded Chronic Care Model (ECCM) bood hierbij een bruikbaar richtinggevend kader (Barr 2003; Wagner, 1996a,b). Vanuit deze achtergrond is het voorstel getiteld 'Integrated Senior Services' tot stand gekomen. Integrated Senior Services is een transitiebeweging waarin tal van organisaties zich gecommitteerd hebben om beter samen te werken, de zorg en diensten van organisaties en gemeenten beter op elkaar af te stemmen en om de organisatorische belemmeringen in financiering, regelgeving of werkwijzen op te lossen. De activiteiten richten zich op de doelgroep ouderen in een kwetsbare situatie. Het betreft de organisatorische aspecten van een geïntegreerd steunsysteem voor ouderen. De basis hiervoor is vastgelegd in een visiedocument, (Ruiters, 2009) waarin integrale aandacht is voor het stimuleren van zelfmanagement van ouderen met een maatschappelijk steunsysteem en technologische hulpmiddelen zodat een levensloopbestendige buurt ontstaat waarin ouderen hun eigen leven kunnen leiden en zich thuis en veilig voelen, ondersteund door een betaalbare, toegankelijke en hoogwaardige structuur op het gebied van zorg, welzijn en wonen.

In de periode december 2010 tot december 2014 zijn vier deeltransities ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd in drie regio's in Zuid-Limburg waarin kwaliteitsverbeteringen in het zorg- en ondersteuningsaanbod voor zelfstandig wonende ouderen in een kwetsbare positie centraal stonden. De deeltransities Zelfmanagement Empowerment Netwerk (ZEN), Teletechnologische ondersteuning

voor zorg en welzijn en Voor Elkaar in Parkstad (VEiP) zijn uitgevoerd in respectievelijk de regio's Maastricht Heuvelland, Westelijke Mijnstreek, en Parkstad. De deeltransitie cliëntenmonitoring had als doel om de aanpassingen in zorg en welzijn vooral vanuit het perspectief van de ouderen vorm te geven. De wensen en behoeften van de doelgroep staan immers centraal bij de te realiseren kwaliteitsverbeteringen in het zorg- en ondersteuningsaanbod. Daarom heeft de cliëntenmonitoring bij de drie eerder genoemde deeltransities plaatsgevonden in alle drie de regio's (NB: cliëntmonitoring is de 4^e deeltransitie). Daarnaast is een overkoepelende evaluatie uitgevoerd waarmee de onderlinge samenhang tussen de deeltransities in het kader van het ECCM expliciet wordt gemaakt en de belangrijkste bevindingen en leerervaringen uit de deeltransities zijn samengevoegd.

In het transitieproject Integrated Senior Services wordt het Expanded Chronic Care Model (ECCM) gebruikt als raamwerk bij het werken aan kwaliteitsverbeteringen in het proces van chronische zorg en ondersteuning aan ouderen. Het Expanded Chronic Care Model biedt een bruikbaar richtinggevend kader (Wagner, 1996ab, Barr et al., 2003) om het zorg- en ondersteuningsaanbod zo in te richten dat de oudere meer zeggenschap heeft over zijn leven. In het ECCM wordt uitgegaan van de zorgbehoefte van de oudere, met als doel de verbetering van de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van de oudere. Het ECCM en de positionering van de vier deeltransities hierin wordt in hoofdstuk 3 uitgebreid beschreven.

1.2 Doelen deeltransities Integrated Senior Services

Doel van deeltransitie ZEN:

- Het afstemmen van (herstel)zorgtrajecten voor ouderen na opname, door te achterhalen wat de oudere zelf hierin wil en kan. Op geleide hiervan gaat het om het stimuleren van zijn zelfmanagement en hiervoor benodigde acties te initiëren samen met de oudere ter voorbereiding op de thuissituatie.
- Toezien op de overeengekomen afspraken zoals die zijn vastgelegd in het individuele zorgplan.

Doel van deeltransitie teletechnologische ondersteuning:

- Het realiseren van een technologisch platform voor telezorg, gericht op gebruiksvriendelijke en aan de behoefte en de vermogens van de oudere tegemoetkomende communicatie op afstand, via beeld en spraak, tussen de oudere, de betrokken zorgverleners en welzijnsdiensten.
- Optimalisering van de logistiek van vervolgdagnostiek, behandeling, controle en begeleidingstraject, rekening houdende met de belastbaarheid van de oudere, door inzet van teletechnologie voor zorg op afstand: telecare, telemonitoring en teleconsultatie, aanvullend op bestaande methoden, zoals reguliere thuiszorg en de hartfalen verpleegkundige.

Doel van deeltransitie Voor Elkaar in Parkstad:

- Het realiseren van samenwerking van partijen die gezamenlijk de belemmerende en bevorderende factoren in kaart brengen en innovatieve oplossingen bedenken om een samenhangend aanbod van maatschappelijke en gezondheidszorgvoorzieningen voor ouderen te organiseren.
- Opstellen van een blauwdruk van een maatschappelijke business case voor met name de maatschappelijke kernelementen zodat inzicht ontstaat in de kosten-baten analyse. Op basis hiervan kunnen aanbevelingen worden gedaan voor een geïntegreerde aanpak zoals in VEiP.

Doel van de overkoepelende cliëntenmonitoring:

- Ouderen vragen mee te denken en mee te kijken bij de drie bovengenoemde ontwikkelingen zodat zij als direct betrokkenen hun mening kunnen geven over de zorgvernieuwing.

Tot slot, is er een overkoepelende procesevaluatie uitgevoerd om de samenhang tussen de deeltransities in kaart te brengen aan de hand van het ECCM, zie hoofdstuk 3.

1.3 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 volgt een korte inhoudelijke beschrijving van de aanpak en de resultaten van de deeltransities ZEN (2.1), Teletechnologische ondersteuning voor zorg en welzijn (2.2), Voor Elkaar in Parkstad (2.3) en cliëntenmonitoring (2.4). In de bijlagen van dit

rapport zijn de uitgebreide eindrapportages van deze deeltransities opgenomen. Hoofdstuk 3 bevat de aanbevelingen voor stakeholders met betrekking tot de verdere (gezamenlijke) implementatiemogelijkheden, voortvloeiend uit de resultaten en ervaringen van de vier deeltransities.

Hoofdstuk 2

Aanpak en resultaten vier deeltransities

2.1 Zelfmanagement-Empowerment-Netwerk (ZEN)

Doel en vraagstellingen

De deeltransitie Zelfmanagement-Empowerment-Netwerk (ZEN) beoogt het zelfmanagement te verhogen van zelfstandig thuiswonende 75-plussers die tijdelijk revalidatiezorg behoeven om te herstellen van een orthopedische ingreep. ZEN vindt plaats binnen azM Herstelzorg, een geriatrische revalidatie instelling. De zorg voor en begeleiding van de ouderen wordt zodanig herontworpen dat deze in samenspraak met de oudere plaatsvindt en dat de behoeften, mogelijkheden en wensen van de ouderen hierin centraal staan. Het ZEN programma heeft als doel de oudere patiënt bij te staan om zijn/haar zelfmanagement te vergroten en inzicht te geven in zijn/haar eigen ziektebeeld, in zijn beperkingen en vooral in resterende mogelijkheden, zonodig met versterkte inzet van zijn/haar eigen persoonlijk sociaal netwerk.

Ouderen worden gestimuleerd maximale invloed te hebben op het op te stellen individuele zorgplan, dat leidend is voor de coördinatie van de eigen activiteiten en die van de gezamenlijke zorgverleners. In het zorgplan wordt ook aangegeven hoe de zorguitvoering wordt bewaakt en bijgesteld.

Ontwikkeling ZEN programma

In de deeltransitie ZEN heeft eerst een nadere verkenning plaatsgevonden van de situatie van de ouderen. Zo is beoordeeld hoe stimulatie van zelfmanagement in azM herstelzorg georganiseerd is en wat de sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen zijn. Vervolgens is gekeken naar de praktische bruikbaarheid van het ZEN programma door de betrokken zorgverleners én de oudere (en diens mantelzorger). Deze informatie is als input gebruikt om de noodzakelijke (organisatorische) randvoorwaarden inzichtelijk te maken om samenwerking te realiseren tussen professionals op het vlak van stimulering en behoud van zelfmanagement bij de ouderen. Tot slot zijn de ervaringen van oudere zelf in kaart gebracht bij ontslag en drie maanden na ontslag.

Het ZEN programma is gezamenlijk ontwikkeld met de zorgverleners die participeren in de intramurale multidisciplinaire overleggen van azM Herstelzorg, en ouderen en mantelzorgers. Er is ook advies gevraagd aan eerstelijns hulpverleners, ouderenadviseurs, verpleegkundigen ouderenzorg, welzijnswerkers, praktijkondersteuner, fysio- en ergotherapeuten.

Zelf zorg coaches (ZZCs) vervullen een centrale rol in het ZEN programma. De ZZC geeft invulling aan en coördineert de zorg en begeleiding in lijn met de doelen van het ZEN programma. De focus ligt op het actief betrekken van de oudere bij het vaststellen van zijn behandeldoelen en zijn herstel. Uitgangspunt betreft steeds de specifieke situatie van de oudere, met nadruk op de restmogelijkheden. Binnen Herstelzorg zijn drie activiteitenbegeleiders benoemd tot ZZC; twee van hen hebben een verpleegkundige achtergrond.

Zorgprofessionals uit de eerste en tweede lijn, waaronder de ZZC, hebben een scholing gevolgd die speciaal voor ZEN is ontwikkeld betreffende zelfmanagementondersteuning en motivationalal interviewing. Zorgprofessionals hebben geleerd met cliënten in gesprek te gaan over hun mogelijkheden en te denken in oplossingen en (rest)mogelijkheden voor hun specifieke situatie.

Procesevaluatie

Tijdens de uitvoering van ZEN is het proces geëvalueerd. Hiervoor zijn de mensen die betrokken zijn bij de voorbereiding en/of uitvoering van het ZEN project geïnterviewd (o.a. ZZCs, managers, beleidsmedewerkers, docenten ZEN scholing). Daarnaast zijn deelnemende cliënten geïnterviewd. In totaal hebben 22 mensen deelgenomen aan de procesevaluatie die individueel en in groepsverband heeft plaatsgevonden. De gegevens zijn van juli 2013 tot februari 2014 verzameld.

De inclusiecriteria om te kunnen deelnemen aan het ZEN programma Inclusiecriteria zijn: zelfstandig wonende ouderen met een leeftijd van ≥ 75 jaar die na opname in het ziekenhuis als gevolg van electieve orthopedie of traumata verwezen worden naar de herstelliniek (azM Herstelzorg); en die

binnen max. 3 maanden (te rekenen vanaf de start van het verblijf bij azM Herstelzorg) naar de thuissituatie kunnen terugkeren; volledige wijsbekwaamheid. Onder de oudere ZEN-deelnemers zijn vragenlijsten uitgezet over de mate van zelfmanagement (SMAS 30), ontvangen informatie, zelf doelen leren stellen, en voorbereiding op de thuissituatie. De vragenlijsten zijn op de volgende meetmomenten afgenomen: 1. binnen max. vier werkdagen na opname bij azM Herstelzorg; 2. vlak vóór ontslag naar huis; 3. één maand nadat de oudere is ontslagen vanuit azM Herstelzorg; en 4. drie maanden nadat de oudere is ontslagen vanuit azM Herstelzorg.

Resultaten procesevaluatie

In totaal hebben 128 ouderen na trauma of electieve orthopedie deelgenomen aan ZEN. Van hen was 76% vrouw en 29% man. De gemiddelde leeftijd is 80 jaar en 72 % woont alleen. Van 120 ouderen zijn ook de MDS gegevens beschikbaar. De resultaten van de vragenlijsten laten een kleine maar niet significante verbetering zien van kwaliteit van leven, zelfmanagement, zelf doelen stellen, bereidheid om zelf te investeren in het krijgen van informatie en het voorbereiden op de thuissituatie en multifunctionaliteit.

Bevorderende factoren

Alle geïnterviewde stakeholders beschouwen, elk vanuit hun eigen perspectief, ZEN als een bruikbaar en relevant programma. ZEN benadert de ouderen vanuit de restmogelijkheden in plaats van wat men niet meer kan. En ZEN legt accent op dagelijks functioneren en participeren van de oudere, veel minder op de ziekte of (blijvende) beperkingen. ZEN betekent een fundamenteel andere manier van kijken die men niet gewend is. Er is een bewustwordingsproces in gang gezet dat op (lange) termijn kan leiden tot een gedragsverandering bij alle betrokkenen. Het voor het eerst implementeren van dergelijke methodiek in een bestaande organisatiestructuur is pionierswerk, waarmee men bepaalde vaste normen en regels wenst te wijzigen. Een dergelijke cultuuromslag vergt tijd en het vraagt voldoende lerend vermogen van de medewerkers. Zorgprofessionals en cliënten moeten dus kunnen groeien in hun nieuwe rollen. Het belang van de ZZC als spil in het ZEN programma wordt onderkend. ZZC is uiteindelijk de nieuwe benaming geworden voor de voormalige functie van activiteitenbegeleider bij azM Herstelzorg. ZZCs nemen structureel deel aan het MDO (multidisciplinair overleg) om de informatie uit de gesprekken met de oudere te spiegelen aan het behandelplan. Ook de wijze waarop de ZZCs de ZEN visie uitdragen wordt duidelijk gewaardeerd, bijvoorbeeld in het multidisciplinair overleg. Cliënten benoemen m.n. de positieve interactie met de ZZCs en fysiotherapeuten (frequent contact, aandacht voor beleving). De ontmoetingen (bijv. lunchbijeenkomsten, gesprek tussen ZZC, cliënt en thuiszorgprofessional vlak voor ontslag) die in het kader van ZEN worden georganiseerd worden zeer gewaardeerd door betrokkenen. Hierdoor leert men op informele wijze elkaars werkwijze beter kennen en beter begrijpen waardoor samenwerking wordt bevorderd en de zorg in de keten beter op elkaar is afgestemd. Bovendien kunnen concrete casussen worden besproken. Inmiddels wordt ZEN aan alle patiënten aangeboden en niet meer alleen de ouderen met trauma en electieve orthopedie. Er is groot draagvlak ontstaan voor ZEN binnen azM Herstelzorg. De continuïteit is dus geborgd. De ZEN visie past in het actuele regeringsbeleid en wetgeving waarbij de overheid ervan uitgaat dat de burger bekijkt wat hij zelf kan doen en wat de omgeving en het sociaal netwerk kan betekenen.

Belemmerende factoren

Geïnterviewden geven aan dat wellicht de meest kwetsbare ouderen die minder goed voor zichzelf durven/kunnen opkomen, en juist ZEN nodig hebben, niet geïncorporeerd zijn. De periode in de herstelkliniek is soms te kort voor de cliënt om zich zelfmanagement en zelfregie volledig eigen te maken. De ZZC krijgt soms onvoldoende tijd, ruimte, uitleg en vertrouwen van de organisatie om de rol van ZZC goed uit te kunnen voeren. Ook de ZZC moet kunnen groeien in zijn nieuwe rol. Er wordt nog te weinig overlegd in de keten tussen eerstelijnsprofessionals en de verpleegkundigen/ZZC van Herstelzorg over de benodigde zorg voor de cliënt. Het komt voor dat leidinggevenden en zorgprofessionals de ZEN visie onvoldoende uitdragen of de ZEN scholing niet hebben gevolgd waardoor er minder aandacht is voor de ZEN visie. Organisatorische aspecten zoals verplicht

gezamenlijk nuttigen van de warme maaltijd en verplichte keuze uit twee standaardtrajecten (regulier/intensief) laten te weinig ruimte voor zorg op maat in relatie tot de individuele situatie of wensen van de cliënt. Aandacht voor zelfmanagementondersteuning wordt alleen vanuit azM Herstelzorg gerealiseerd en is geen standaard onderdeel in de hele keten (vóór opname in het ziekenhuis, tijdens opname /revalidatie en na ontslag). De afstemming met het behandelproces is nog te beperkt. Verder hinderen de regelgeving en wachttijden soms een soepele overgang van herstelkliniek naar huis. Bepaalde voorzieningen die belangrijk zijn om zelfmanagement in de thuissituatie te kunnen toepassen kunnen bijvoorbeeld niet altijd op tijd worden geregeld of gebruikt. Optimaal uitdragen van de ZEN visie wordt gehinderd door de organisatie en financiering van de zorg. Dit creëert bijv. tegengestelde belangen tussen organisaties in de keten en de strikte tijdverantwoording belemmert cliëntgericht werken.

Aanbevelingen m.b.t. verdere implementatie

De onderzoekers concluderen dat er met ZEN een positieve beweging in gang is gezet binnen azM Herstelzorg. De verbeterpunten hebben vooral betrekking op de cultuur van de organisatie en de noodzakelijke gedragsverandering van professionals. Een continue communicatie op verschillende niveaus en het versterken van scholing van zorgprofessionals kunnen hierbij helpen. Wat betreft communicatie is het van belang dat de ZEN visie door het management aan medewerkers uitgelegd en onderschreven wordt. Ook het team van zorgprofessionals dient onderling ervaringen uit te (blijven) wisselen en elkaar te ondersteunen in het uitdragen van de ZEN visie. Zowel management als zorgprofessionals moeten communiceren dat ZEN geen extra aanpak is die bovenop de huidige werkwijze komt, maar een andere aanpak die in de bestaande praktijk ingebouwd dient te worden. ZEN kost daardoor niet meer tijd. Voor een structurele inbedding van de ZEN visie na ontslag uit de herstelkliniek is een goede communicatie nodig tussen cliënt, zijn omgeving (m.n. mantelzorger) en zorgprofessionals uit de eerste en tweede lijn. Die communicatie moet qua taal aansluiten bij het niveau van de cliënt. Tweedelijnsprofessionals moeten voldoende op de hoogte zijn van de thuissituatie van de cliënt. Feitelijk moet de aandacht voor zelfmanagementondersteuning verweven worden in de hele keten (vóór opname in het ziekenhuis, tijdens opname /revalidatie en na ontslag). Op die manier is men (cliënt, zorgprofessional) al gewend aan een andere benaderingswijze op het moment dat er echt iets aan de hand is en wordt men er niet door overvallen. De ZZC kan als spil functioneren in de keten.

Wat betreft training is het van belang dat het management zelf ook geschoold dient te worden in de ZEN visie. Training van zorgprofessionals in motiverende gesprekstechnieken is essentieel. Herhaling in de vorm van opfriscursussen is noodzakelijk. Idealiter zou aandacht voor zelfmanagement en eigen regie al in de opleiding van zorgprofessionals verweven moeten zijn en in nascholing terug moeten komen. Dit is nu nog niet het geval.

Geconcludeerd kan worden dat in een relatief korte periode van 3 jaar een innovatieve werkwijze is doorgevoerd in azM Herstelzorg. Het ZEN-programma is een goede leidraad voor het coachingsproces gebleken. Deze innovatieve werkwijze is voldoende ingebed geraakt om tot verdere verbetering te kunnen komen. De verbeteringen hebben vooral betrekking op de afstemming met het behandelproces en de cultuuromslag in de organisatie. De resultaten weerspiegelen de transitie van zorgstaat tot participatiemaatschappij. Andere ziekenhuizen in de regio en in Nederland kunnen hiervan leren.

Voor een uitgebreide rapportage van ZEN wordt verwezen naar bijlage 1a

2.2 Teletechnologische ondersteuning voor zorg en welzijn

Doel en vraagstellingen

Bij de start van de deeltransitie 'Teletechnologische ondersteuning voor zorg en welzijn' bestonden al meerdere voorbeelden van tele-technologische oplossingen die ondersteuning kunnen bieden bij het verlenen van zorg. Deze zijn echter vaak ontwikkeld vanuit de wensen van de zorgprofessionals en sluiten onvoldoende aan bij de behoeften van de ouderen zelf. In de onderhavige deeltransitie vormen de behoeften en wensen van ouderen juist het uitgangspunt bij de ontwikkeling van de teletechnologie, die de communicatie van ouderen met hun omgeving dient te vergemakkelijken. De teletechnologische ondersteuning dient makkelijk in gebruik zijn. De centrale doelstelling betreft derhalve het ontwikkelen en inzetten van een gebruiksvriendelijk informatie- en communicatieplatform, dat ouderen in een kwetsbare positie ondersteunt in hun zelfredzaamheid en kwaliteit van leven, en uiteindelijk het zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen bevordert.

De vraagstellingen luiden:

- Kan teletechnologie ondersteuning bieden in zorg en welzijn aan ouderen in een kwetsbare positie?
- Hoe wordt de praktische bruikbaarheid van deze teletechnologische toepassing ervaren door ouderen?

Ontwikkeling platform

Gedurende het hele proces hebben de volgende partijen nauw samengewerkt: 1) een expertgroep bestaande uit medewerkers van het Lectoraat Technologie in de Zorg en vertegenwoordigers van zorg- en welzijnsorganisaties; 2) een ouderenpanel bestaande uit ouderenvertegenwoordigers van het Huis voor de Zorg; 3) een eindgebruikerspanel bestaande uit ouderen van 65+ die woonachtig zijn in de Westelijke Mijnstreek.

Er zijn verschillende stappen doorlopen bij het ontwikkelen van het platform. De eerste fase richtte zich op het verkrijgen van inzicht in de behoeften en wensen van ouderen. Dit is gedaan door de uitvoering van literatuuronderzoek, observaties, interviews en discussies met verschillende partijen. Met de onderwerpen die uit de literatuur komen en de uitkomsten van de observaties is een vragenlijst opgesteld voor het afnemen van interviews bij enkele ouderen. Na het afnemen van de interviews zijn de resultaten verwerkt in scenario's (beschrijvingen van mogelijkheden van het platform). De scenario's zijn bediscussieerd en geoptimaliseerd met de expertgroep, ouderenpanel en eindgebruikers panel. Het resultaat hiervan was een wensenlijst van functies die beschikbaar zouden moeten zijn op het informatie- en communicatie platform. Naast de lijst met functies is een lijst met technische randvoorwaarden geformuleerd met verplichte vereisten (o.m. gebruikersvriendelijkheid) en extra wensen. Uiteindelijk zijn 11 functies geselecteerd voor de ontwikkeling van het platform, waarbij rekening is gehouden met de technische randvoorwaarden. Dit waren de functies: hulpoproep, diensten, contacten, klok, kalender, medicatieherinnering, consult op afstand, nieuws, berichten, mijn buurt, gemeente en spelletjes. De redenering voor deze selectie was dat zodra deze functies goed werken, het platform kan worden uitgebreid met meerdere functies. Uit het onderzoek naar de behoeften en wensen van ouderen blijkt dat ouderen meer behoefte hebben aan diensten die ondersteuning kunnen bieden in hun welzijn dan aan zorg. De meeste ouderen hebben pas behoefte aan zorgdiensten wanneer hun gezondheid achteruit gaat.

De tweede fase betrof de ontwikkeling van het platform. De scenario's en het overzicht met functies en technische randvoorwaarden zijn voorgelegd aan verschillende technische bedrijven in de regio met de vraag of zij een informatie- en communicatie platform zouden kunnen ontwikkelen dat voldoet aan de behoeften van ouderen. Uiteindelijk zijn twee bedrijven geselecteerd, namelijk: ARISTOCO (gespecialiseerd in het bouwen van platformen) en 4Webcom (gespecialiseerd in beeldcommunicatie). In deze ontwikkelfase zijn tegelijkertijd twee routes bewandeld, namelijk: 1) de ontwikkeling van de technologie en 2) de ontwikkeling van de inhoud van het platform.

Bij de ontwikkeling van de technologie is het platform meerdere keren getest door het ouderenpanel

en expertpanel en geoptimaliseerd door de ontwikkelaars. De versie van het platform die hieruit voortvloeide betreft een softwareprogramma op een computersysteem (geschikt voor desktop en laptop).

Ten behoeve van de ontwikkeling van de inhoud van het platform is samengewerkt met zorg- en welzijnsorganisaties en vier gemeenten in de regio. Tijdens deze ontwikkelfase hebben zich steeds meer zorg- en welzijnsorganisaties aangesloten. Door het verzorgen van demo's zijn deze organisaties en gemeenten geïnformeerd over het project en hebben zij input kunnen leveren over hoe zij hun informatie op het platform zouden willen invullen. Daarnaast zijn zij getraind in het werken met het platform, zodat zij indien nodig hun cliënten ondersteuning kunnen bieden bij het gebruik van het platform.

Deze fase heeft geresulteerd in een werkend platform met 11 functies op het basisscherm: Een 12e functie 'cube toevoegen' op het platform is bedoeld om het basisscherm aan te kunnen passen aan de eigen wensen, bijvoorbeeld functies verwijderen, toevoegen of op andere manier indelen.

Procesevaluatie

In een derde fase is een uitgebreide evaluatie uitgevoerd bij deelnemers die zijn geselecteerd via het ouderenpanel, de seniorenraad, de ouderenbond en zorg- en welzijnsdiensten. Selectiecriteria waren: 65 jaar of ouder; fysieke en psychische problemen waarbij echter zelfstandig functioneren nog wel mogelijk moet zijn; risico op toenemende problemen met sociaal functioneren; zelfstandig wonen met of zonder partner. Eindgebruikers die zodanig slechtziend waren dat werken met beeldtechnologie niet mogelijk was en eindgebruikers die zodanig slechthorend waren dat werken met audio technologie niet meer mogelijk is, zijn uitgesloten van deelname.

In totaal zijn 73 ouderen benaderd voor de evaluatie waarvan 55 ouderen daadwerkelijk gestart zijn. Tussentijds zijn nog 22 mensen gestopt, waardoor uiteindelijk 33 ouderen het volledige evaluatietraject hebben afgerond. Van deze 33 ouderen zijn zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve gegevens geanalyseerd. Het betrof ouderen met én zonder ervaring met technologie, en met verschillende niveaus van functioneren/kwetsbaarheid.

Deelnemers aan de evaluatie hebben een introductie, instructie en demonstratie gekregen. Vervolgens zijn zij gedurende enkele weken getraind in het gebruik van het platform. De evaluatie is afgerond met een persoonlijk interview tussen trainer/begeleider en eindgebruiker, waarbij een gebruiksevaluatielijst is afgenomen met vragen over bruikbaarheid, ervaren meerwaarde, beleving en procesgang. Daarnaast zijn kwantitatieve gegevens mbt gebruik van elke functie per week en per deelnemer verzameld in een automatische logfile. Kwalitatieve gegevens zijn verzameld in een logboek, waarin de bevindingen van elke deelnemer zijn vastgelegd. In een opmerkingenlijst zijn de opmerkingen van alle participerende partijen verzameld.

Resultaten procesevaluatie

Gebruik

Met betrekking tot gebruik blijkt dat 'contacten', 'diensten', 'berichten', 'mijn buurt' en 'spelletjes' de vijf meest gebruikte diensten zijn. De functie hulpoproep is het minst gebruikt; het selecteren van oproephulpen blijkt een grote drempel voor veel deelnemers.

De algemene bruikbaarheid van het platform is door bijna alle deelnemers positief gewaardeerd (wb leesbaarheid, helderheid, etc). Meest genoemde opmerkingen op basis van de kwalitatieve gegevens, die te beschouwen zijn als mogelijke verbeterpunten:

- Inloggen zou eenvoudiger moeten kunnen.
- Individueel instellen van functies, grootte van de tekst en geluiden moet mogelijk zijn
- Voortdurend computer aan en ingelogd blijven om bepaalde functies te kunnen gebruiken wordt als nadeel ervaren i.v.m. privacy
- Om een functie effectief te gebruiken zijn vaak veel handelingen nodig
- Gemeentes en zorg- en welzijnsorganisaties bieden weinig informatie aan op het platform en info wordt niet actueel gehouden
- Behoeft aan meer spellen, m.n. geheugenspellen

Slechts enkele respondenten hebben aangegeven aan het eind van de testfase toch nog problemen met het gebruik te ervaren.

Beleving

De meerderheid ziet meerwaarde in beeldcontact, geeft aan het platform anderen aan te bevelen, dat het gebruik eenvoudig is en dat er geen overbodige functies zijn. Opvallend en enigszins tegenstrijdig hiermee is dat een meerderheid aangeeft dat het platform geen toegevoegde waarde heeft voor het dagelijks leven. Het is mogelijk dat het platform eerder als gemak dan als meerwaarde voor het dagelijkse leven wordt beschouwd. Ruim de helft van de respondenten geeft aan het platform actief te willen blijven gebruiken. Eenzelfde aandeel geeft aan behoefte te hebben aan extra functies met betrekking tot: domotica, monitoring, matching, hobby's, radio en het regelen van vervoer.

Instructie

Reacties op het instructieproces zijn over het algemeen positief. De overgrote meerderheid geeft aan voldoende instructies en begeleiding te hebben gekregen en vindt de handleiding duidelijk. Echter, de diverse vragenlijsten die bij aanvang van de testperiode afgenomen zijn, zijn als belastend ervaren, zowel de tijd die daarvoor nodig was als ook het type vragen over bijvoorbeeld gezondheid die gesteld zijn. Verder hebben enkele ouderen aangegeven dat er soms gebrek was aan voldoende begeleiding.

Aanbevelingen m.b.t. verdere implementatie

De belangrijkste conclusie van dit deelproject is dat het ontwikkelde platform ondersteuning kan bieden bij zorg aan en welzijn van ouderen in een kwetsbare positie. Door nauwe samenwerking met ouderen en hun vertegenwoordigende partijen komt het resultaat tegemoet aan de behoeften en wensen van de ouderen zelf. Over het algemeen wordt het platform als gebruiksvriendelijk beoordeeld. De menustructuur is individueel aanpasbaar, zodat indeling en uitbreiding van functies mogelijk is. Er blijkt veel interesse te zijn vanuit de praktijk voor het platform.

In verschillende regio's wordt momenteel gewerkt aan implementatie van het ontwikkelde platform als 'wijkportaal'. Daarbij werken gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties, burgerplatform en andere partijen samen. Bij de implementatie zijn een paar dingen van groot belang:

- Gemeentes en zorg- en welzijnsorganisaties moeten hierin samen optrekken en zich verbinden van burgerplatforms/wijkraden. Via het platform krijgen inwoners op een overzichtelijke en flexibele manier informatie, met name op het gebied van WMO, hulpmiddelen, de buurt en activiteiten bij wijksteunpunten. Essentieel is dat er voldoende informatie aangeboden wordt, dat die aansluit bij de behoeften en wensen van burgers, en dat de informatie actueel en correct is. Om dit te bewerkstelligen is het van belang de regie voor de concrete lokale invulling van het platform (mede) te leggen bij burgers.
- Om het platform zo effectief mogelijk in te kunnen zetten zou het gebruik van het platform gratis moeten worden aangeboden aan burgers; enige voorwaarde voor gebruik is dat ze zelf een pc/tablet moeten hebben. Door belanghebbende partijen moet een gezamenlijk businessplan opgesteld worden, waarmee geborgd kan worden dat het platform voor eindgebruikers gratis is en blijft, en tegelijk voor de belanghebbende partijen voldoende oplevert.
- Om het platform optimaal te kunnen (blijven) gebruiken is installatie, instructie, (één-op-één) begeleiding en service van groot belang. Vooral bij ouderen, andere hulpbehoevenden, mantelzorgers en zorgverleners zal hier veel aandacht aan besteed moeten worden.

Voor een uitgebreide rapportage van het teletechnologie platform wordt verwezen naar bijlagen 2a en 2b.

2.3 Voor Elkaar in Parkstad (VEiP)

Doel en vraagstellingen

Doel van de deeltransitiestelling van Voor elkaar in Parkstad (VEiP) is het creëren van levensloopbestendige wijken/buurtten, waarbinnen ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen, door het ontwikkelen van een samenhangend en betaalbaar ondersteuningsaanbod voor ouderen, afgestemd op de behoefte van ouderen. Hiervoor is betere samenwerking tussen maatschappelijke organisaties en het zorgsysteem noodzakelijk. De primaire focus van VEiP is de groep ouderen in een kwetsbare positie. De inzet is om de zorg betaalbaar te houden, burgers actief aan de samenleving te laten deelnemen, tegemoet te komen aan de behoeften van de ouderen zelf en een integrale aanpak van ouderenzorg te stimuleren. Dit gebeurt door middel van de inzet van effectieve zorginnovaties, innovatief samenwerken en efficiënte inzet van middelen. VEiP is door het Academisch Centrum Zorg Innovatie Ouderen (ACZIO) in gang gezet. De verdere uitwerking ervan is aan bestuurders van gemeenten en betrokken instellingen overgelaten. ACZIO is een samenwerkingsverband van de Universiteit Maastricht, de GGD Zuid Limburg, het Huis voor de Zorg en zorgpartijen.

Ontwikkeling VEiP

In een complexe omgeving waarin tegelijkertijd met VEiP een van de grootste nationale decentralisaties ooit plaatsvindt, is samenwerking geen sinecure. Bij de ontwikkeling van VEiP is gebruik gemaakt van de visie en uitgangspunten van Kaats & Opheij (2012). In de definitie van Kaats en Opheij is 'een samenwerking kansrijk wanneer mensen en organisaties zich met elkaar weten te verbinden in een betekenisgevend proces dat recht doet aan de belangen en gericht is op een betekenisvolle ambitie. Het is de grote opgave om daarvoor de juiste condities te scheppen.' Dat vergt veel van organisaties. De externe factoren (noodzaak of urgentie om te veranderen door de omgeving) en interne motivatie (intrinsieke drive om te veranderen) moeten in redelijke balans zijn. Het betekent dat de organisatie een stukje autonomie moet loslaten en zich verbindt aan andere organisaties. Kernvraag is: bereiken we meer samen dan ieder voor zich? Samenwerking vergt een gezamenlijke ambitie die verder reikt dan de individuele belangen van de organisatie. Samenwerking is het verbinden van belangen (Kaats, Opheij, 2012).

Een organisatiestructuur is opgezet met een stuurgroep VEiP, later omgevormd tot een bestuurlijk netwerk, diverse project-, werk- en regiegroepen en operationele uitvoeringsgroepen per gemeente. In VEiP is een gezamenlijke ambitie geformuleerd waarmee een maatschappelijk belang wordt uitgedrukt dat de individuele organisatiebelangen overstijgt. Dat betekent niet dat de individuele belangen er niet meer toe doen, maar dat er recht gedaan wordt aan ieders belangen vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Samenwerking betekent ook commitment en een bijdrage vanuit de eigen organisatie. Een en ander is in een convenant vastgelegd.

Er is een projectgroep communicatie ingesteld die een communicatieplan heeft opgesteld.

Alle betrokken organisaties hebben deelgenomen aan gezamenlijke overleggen teneinde te komen tot activiteiten en werkplannen, veelal in samenspraak met de ouderen of de ouderenorganisaties zelf. Deze overlegstructuur is vanuit de gemeenten Heerlen, Brunssum, Kerkrade, Landgraaf en Onderbanken samen met de GGD Zuid Limburg tot stand gekomen.

Procesevaluatie

Het ontwikkeltraject VEiP wordt systematisch gevolgd door registraties van activiteiten, overleggen, communicatie-uitingen en uitgevoerde activiteiten. Daarnaast wordt een wetenschappelijke procesevaluatie uitgevoerd. Het betreft een actiegericht responsief onderzoek. Doelstelling is om empirisch en conceptueel inzicht te verwerven in de complexe samenwerkingsprocessen tussen betrokken organisaties. De thema's die specifiek worden uitgelicht zijn burgerparticipatie, samenwerking, de rol van de professional en levensloopbestendigheid. Het onderzoek volgt het proces op vier niveaus: strategisch, tactisch, operationeel en het ervaringsniveau met behulp van documentanalyse, interviews, participatieve observaties en focusgroepen. Het onderzoek richt zich op Parkstad in het algemeen en op vier specifieke buurten: Heerlerheide, Onderbanken, Heerlerbaan-

Centrum en Simpelveld. Interviewtranscripties en verzamelde data zijn geanalyseerd. De wetenschappelijke publicaties zijn nog in bewerking.

Resultaten Procesevaluatie

De samenwerkingspartners hebben in november 2012 een Convenant VEiP [samen voor elkaar] opgesteld waarin zij zich committeren aan een aantal gezamenlijke ambities:

- Integrale (voor)zorg op maat bieden op basis van integrale financiering en indicatiestelling;
- Het creëren van een stelsel gebaseerd op samenwerking, synergie en vertrouwen;
- Belonen van kwaliteit, innovatie en doelmatigheid in plaats van omzetmaximalisatie;
- Het verleggen van de focus op zorg naar voorzorg; van zorgen voor naar zorgen dat;
- Versterken van de zelfzorgvermogens van burgers door te investeren in preventie, mantelzorgondersteuning, eenvoud en toegankelijkheid

VEiP is uitgegroeid tot een bestuurlijk netwerk waar 41 partners in participeren. Dit zijn alle Parkstad-gemeenten en nagenoeg alle organisaties op het gebied van zorg en welzijn, zorgvragers, zorgverzekeraar en woningbouwcorporaties. De stuurgroep, later het bestuurlijk netwerk VEiP, is over de periode 2010-2014 vijftig maal bijeen geweest (27x Parkstad breed, 9x Heerlerheid, 14x Onderbanken). Project-, werk- en regiegroepen zijn in een frequentie van ongeveer één maal per maand bij elkaar geweest. Dit geldt ook voor de uitvoeringsoverleggen per gemeente. Werkgroepen die zijn ingesteld zijn o.a. 'integrale indicatiestelling', 'collectieve voorzieningen en participatie', 'contactpunt', 'sociale wijkteams', 'WWZ team' en 'buurthulp/burenhulp'.

Bij de start van het samenwerkingstraject zijn wijkscans gepresenteerd door Robuust, de Regionale Ondersteuning Structuur (ROS) Zuid Nederland. Dit is gebeurd voor de gemeente Onderbanken, Simpelveld, Kerkrade (West) en voor de buurten Heerlerheide en Heerlerbaan-Centrum. Hierbij is vooral ingegaan op de bevolkingskrimp, de verdeling en de trends van jonge (65-75 jr) en oudere ouderen (respectievelijk 75-85 jr en >85 jr) en de bevolkingskenmerken wat betreft gezondheid, zorggebruik, zorgvoorzieningen en woonsituatie.

Er zijn communicatiemiddelen beschikbaar gesteld waardoor publicaties in gemeentelijke bladen en organisatiemagazines gerealiseerd zijn. Er is een website opgezet (<http://www.samenvoorelkaarparkstad.nl/>) met nieuwsbrieven, kennisdeling, presentaties uit de kenniscarrousel, informatie over het kennisatelier, publicaties en een filmpje.

De samenwerking en afstemming die is ontstaan, en die concreet uitvoering krijgt in vijf pilotgemeenten in Parkstad (Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Brunssum en Onderbanken), wordt gecontinueerd, ook na beëindiging van de NPO subsidie. De samenwerking op zowel strategisch, tactisch als operationeel niveau wordt dus voortgezet. VEiP is geen project, het is een beweging. De transitie die is ingezet heeft geen eindpunt, maar gaat door en wordt deel van het reguliere zorg- en welzijnslandschap. Ook de samenwerking die partijen daarmee zijn aangegaan is een continu proces dat steeds wordt bijgesteld als de omgeving dat vereist.

De activiteiten die hebben plaatsgevonden hebben vooral betrekking op welzijn en zorg, iets minder op wonen. Zo is er veel geïnvesteerd in het realiseren van een integrale en snellere vraagverheldering, beoordeling en maatwerkoplossing door de professional bij ouderen met een hulpvraag, via de zogeheten keukentafelgesprekken en de sociale wijkteams. Per gemeente zijn maatwerkers of aandachtfunctionarissen aangesteld en is een contactpunt gerealiseerd, in principe bedoeld voor alle drie de decentralisaties, waarbinnen ouderen wel een prominente plaats innemen. Er zijn veel welzijnsactiviteiten voor ouderen opgestart zoals knutselen, kaarten, woonkamervoorziening, wij-café, buurtwinkel, carnavalsmiddag (met ongeveer 260 senioren in 2014), en informatiemiddagen. Op het vlak van wonen hebben de Parkstad gemeenten met aanvullende steun vanuit de Provincie een inventarisatie laten uitvoeren van het huidige woningbestand in relatie tot de toekomstige vraag en behoefte (Parkstad Limburg, 2014). Het scheiden van wonen en zorg cq. extramuralisatie heeft immers grote gevolgen voor inwoners, zorginstellingen, gemeenten, woningcorporaties en andere betrokken partijen. De verschuiving van AWBZ naar de Wmo en de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1 jan 2015 heeft het urgentiebesef wat betreft woonvoorzieningen versneld. Ouderen en personen met chronische aandoeningen moeten langer thuis blijven wonen, zonodig met aanpassingen in huis (domotica). De woonzorgcomplexen in Parkstad hebben allemaal een lange

wachtlijst en zijn niet voor iedereen betaalbaar meer. Uit de inventarisatie blijkt een grote transformatieopgave van de woningvoorraad noodzakelijk te zijn. Dit vraagstuk ligt momenteel op de bestuursafdeling van de Parkstad gemeenten.

De wetenschappelijke procesevaluatie heeft geleid tot diverse presentaties en Nederlandstalige publicaties over het thema burgerschap. Het onderzoek laat zien dat de bestuurders en ouderen verschillende talen spreken. Vanuit institutioneel perspectief wordt benadrukt dat ouderen minder hulp kunnen claimen, meer zelfstandig moeten worden en minder rechten kunnen doen gelden. Ouderen zelf vertellen hoe zelfstandig en actief ze nog steeds zijn, maar ook dat ze vinden dat ze het verdiend hebben om in een lager tempo te leven als ze dat willen (Hees et al, 2015).

Effectevaluatie

Doel van de effectevaluatie is de ontwikkeling vast te stellen van een aantal belangrijke uitkomstmaten (bijvoorbeeld zelfredzaamheid, zorgkosten) in de tijd bij zelfstandig wonende ouderen (75+) in een tweetal VEiP-pilot gebieden in vergelijking met ouderen in gebieden waar VEiP niet is gestimuleerd vanuit ACZIO. In het onderzoek vergelijken we de VEiP-pilot stadsbuurt Heerlerheide met stadsbuurt Heerlerbaan-Centrum en VEiP-pilot plattelandsgemeente Onderbanken met plattelandsgemeente Simpelveld. Het is een multiple case study en geen gecontroleerd onderzoek omdat we eventuele initiatieven op het vlak van ouderenzorg in Heerlerbaan-Centrum en Simpelveld niet kunnen verbieden of tegenhouden. Dit betekent dat we bij de vergelijking en interpretatie van de resultaten in de pilotgebieden Heerlerheide en Onderbanken steeds zoveel mogelijk rekening houden met de specifieke context en uitgangssituatie in alle vier de gebieden.

De vraagstelling is als volgt geoperationaliseerd:

- Ervaren ouderen, na 18 maanden follow-up effecten van de uitvoeringsplannen in hun buurt of gemeente die voortkomen uit de samenwerking binnen VEiP wat betreft: een hogere mate van zelfredzaamheid, een betere kwaliteit van leven, en minder eenzaamheid?
- In hoeverre ervaren ouderen in een plattelandsgemeente, na 18 maanden follow-up en in vergelijking met de baseline meting, veranderingen van als gevolg van VEiP?
- Wat zijn, vanuit een maatschappelijk perspectief, de zorgkosten en hoe verhouden deze zich tot de effecten? Wat betreft de zorgkosten hebben wij zelfgerapporteerde gegevens over zorggebruik en gebruik van welzijnsvoorzieningen. Daarin zijn ook de gegevens opgenomen van gebruik van nieuwe welzijnsvoorzieningen die door Integrated Senior Services / VEiP tot stand zijn gekomen. Daarnaast zijn de zorguitgaven zoals geregistreerd bij de zorgverzekeraar (in dit geval CZ als preferente verzekeraar in deze regio) opgenomen. De Wmo-kosten zijn na langdurig overleg helaas niet beschikbaar gekomen omdat de manier van registratie per gemeente zeer verschillend is en deze soms zelfs ontbrak of zeer onvolledig bleek. De vraagstellingen worden primair beantwoord op basis van zelfrapportage gegevens (via vragenlijsten en telefonische interviews). De MDS is in de dataverzameling geïntegreerd. In totaal zijn ruim 400 ouderen uitgenodigd; ongeveer 90 tot 100 per buurt of gemeente. Daarnaast zijn de CZ-zorggebruik gegevens opgevraagd van de betreffende 400 ouderen. Metingen zijn uitgevoerd tussen juli 2012 en maart 2013 en na 18 maanden follow-up gedurende de periode dec 2013 en september 2014. CZ-registratiegegevens worden over een langere periode (vanaf 2009/2010 t/m 2014) verzameld zodat ook het zorggebruik in het verleden inzichtelijk is. De CZ-registratiegegevens lopen twee jaar achter waardoor het zorggebruik op basis van de vragenlijstgegevens 2012 uitsluitend vergeleken kan worden met CZ-zorggebruik uit 2010.

Resultaten Effectevaluatie

Respons

In de periode juli 2012- april 2013 zijn 423 deelnemers aan het onderzoek geïncorporeerd (baseline responspercentage 30%). De follow up meting is in de periode maart 2014 tot september 2014 afgenomen bij 322 deelnemers. Redenen voor uitval (loss to follow-up) betreffen niet meer willen meedoen, niet meer kunnen meedoen om gezondheidsredenen, geen interesse meer in deelname, en verhuizing naar verzorgingshuis / verpleeghuis of overlijden. Van in totaal 389 deelnemers aan het vragenlijstonderzoek zijn - na schriftelijke toestemming van de deelnemers hiertoe - registratiegegevens over hun zorggebruik in 2010 en 2011 bij CZ opgevraagd.

Verskil in uitgangssituatie van onderzoeksbuurten

Wat opvalt is dat er meer verschillen in uitgangssituatie bestaan tussen de plattelandsgemeenten dan tussen de stadsbuurten. De gezondheidssituatie in Simpelveld tekent zich het meest gunstig af. De uitkomstmaten op de eerste en follow up meting laten zien dat Heerlerheide een relatief gunstig niveau toont van ervaren eenzaamheid in vergelijking met de andere onderzoeksgebieden (ook in vergelijking met landelijke cijfers) (zie tabellen Bijlage).

Ontwikkeling in uitkomstmaten en zorggebruik in de tijd

Middels gepaarde t-toetsen is per onderzoeksgebied nagegaan hoe de uitkomstmaat zich ontwikkelt in de tijd. Hieruit blijkt onderstaande.

Platteland:

- Simpelveld: zelfmanagementvaardigheden dalen in de tijd, verder geen significante verandering in eenzaamheid en kwaliteit van leven.
- Onderbanken: zelfmanagementvaardigheden dalen in de tijd, verder geen significante verandering in eenzaamheid en kwaliteit van leven.
- Er blijkt (na correctie voor confounding) geen effect van de uitvoeringsplannen in de gemeente die voortkomen uit de samenwerking binnen VEiP.

Stadsbuurten:

- Heerlerheide: eenzaamheid stijgt (wellicht doordat score ook vrij laag was bij eerste meting) en kwaliteit van leven daalt, in zelfmanagement vaardigheden zien we geen significante verandering.
- Heerlerbaan-centrum: zelfmanagement vaardigheden dalen, eenzaamheid en kwaliteit van leven blijven gelijk.
- Er blijkt (na correctie voor confounding) geen effect van de uitvoeringsplannen in de buurt die voortkomen uit de samenwerking binnen VEiP.

Zorgwekkend is dat in drie van de vier onderzoeksgebieden het niveau van zelfmanagementvaardigheden daalt in de tijd. De daling van het zelfmanagement heeft waarschijnlijk te maken met het ouder worden van de persoon in kwestie (nl. 18 maanden ouder).

Overall kan worden geconcludeerd dat de spreiding van de hoogte van de kosten groot is binnen de onderzoeksgebieden (ook de plattelandsgebieden), met name in Heerlerheide.

Opvallend zijn, bij zowel de eerste als follow-up meting, de hoge totale kosten in interventiegebied Heerlerheide met betrekking tot het gebruik van zorg en voorzieningen, in vergelijking tot de overige onderzoeksgebieden. Hieraan ten grondslag liggen relatief hoge kosten in Heerlerheide voor de gezondheidszorg en hogere kosten voor patiënt en familie. De verhoogde kosten voor de gezondheidszorg komen voort uit verhoogde kosten in verband met tweedelijnszorg en thuiszorg. De verhoogde kosten voor patiënt en familie komen voort uit beide onderdelen van deze kostenpost, namelijk onbetaalde hulp van vrienden en familie én kosten in verband met verzuim van dagelijkse bezigheden vanwege de gezondheidssituatie. Bij de follow-up meting zijn de verschillen tussen interventiegebied Heerlerheide, in vergelijking met de overige onderzoeksgebieden, nog steeds aanwezig maar wel kleiner. Het voorgaande leidt er toe dat de kosten berekend over twee jaar follow-up, niet significant verschillen tussen interventiegebied Heerlerheide en vergelijkingsgebied Heerlerbaan-centrum ($p=.06$).

Voor de plattelandsgebieden geldt dat de totale kosten van zorg- en voorzieningengebruik over twee jaar follow-up, niet significant verschillen tussen interventiegebied Onderbanken en vergelijkingsgebied Simpelveld ($p=.34$).

Aanbevelingen m.b.t. verdere implementatie

Het bestuurlijk netwerk Voor elkaar in Parkstad heeft zich bewezen in het creëren van een platform voor ontmoeting, samenwerking en afstemming door bestuurders en professionals van gemeenten, zorgverzekeraar, zorg- en welzijnsaanbieders en zorgvragers. Dit platform wordt gewaardeerd en voor het continueren ervan is draagvlak. Dat betekent dat er het in het platform vooral inspiratie plaatsvindt

op inhoudelijke thema's. De inzet van de GGD ZL is om deelnemende netwerkpartners medeverantwoordelijk te maken voor de inhoud van het programma rondom actuele en relevante thema's. Daarmee ontstaat een afgewogen mix van bestuurlijke en inhoudelijke agendapunten. Daarnaast blijft de kennisontwikkeling en kennisdeling via de kenniscarrousels en kennisateliers een vast onderdeel van VEiP. Ook daar zijn ontmoeting, elkaar informeren en inspireren de belangrijkste ingrediënten. De GGD ZL heeft een voorstel bij de deelnemers van het netwerk ingediend om dit proces te ondersteunen. In een lichte structuur van een ondersteuningsbureau waarvoor commitment en een financiële bijdrage van de netwerkpartners wordt gevraagd. Dit is geaccordeerd.

Voor een uitgebreide rapportage van VEiP wordt verwezen naar bijlagen 3a, 3b, 3c en 3d.

2.4.Cliëntmonitoring

Doel en vraagstellingen

Doelstelling van het monitoren van het ouderenperspectief is dat het Huis voor de Zorg samen met de projectverantwoordelijken een kwaliteitsverbetering tot stand brengt ten behoeve van de zorg voor ouderen in een kwetsbare positie in Zuid Limburg. Hierbij wordt uitgegaan van de behoeften en wensen van ouderen. Het is hierbij van cruciaal belang dat ouderen zelf, als de eindgebruikers, intensief betrokken worden bij de ontwikkeling en uitvoering van de zorgvernieuwingprojecten. Vandaar dat binnen elk van de drie deeltransities ZEN, Teletechnologische ondersteuning voor zorg en welzijn en VEiP gedurende het gehele transitieproces wordt gemonitord vanuit ouderenperspectief. Het levert veel nieuwe ervaringen op omdat het laten meekijken van ouderen in de transitie nieuw is. De ervaringen van ouderen,

Ontwikkeling cliëntmonitoring

De methodiek die binnen het Huis voor de Zorg is ontwikkeld is gevolgd om de ervaringen en bevindingen van cliënten, in dit geval ouderen, te monitoren. Daarbij wordt vooral gevolgd of de belangen van ouderen voldoende meegewogen worden. Kern van deze methodiek is dat monitoring plaatsvindt aan de hand van tien uitgangspunten vanuit ouderenperspectief die in de vorm van een thermometer zijn uitgewerkt (Stoffers, 2012).

Binnen de methodiek vormt het doelgroeppanel het hart van de monitoring vanuit ouderenperspectief. De leden van het doelgroeppanel worden zorgvuldig gekozen. Zij monitoren op een actieve, participatieve manier vanuit hun betrokkenheid bij en kennis van ouderen in een kwetsbare positie. De leden komen regelmatig bijeen en worden in hun rol begeleid door het Huis voor de Zorg.

De leden van het doelgroeppanel vormen zich een beeld van de daadwerkelijke praktijk en uitvoering, onder meer via observaties en verkregen informatie, om vervolgens de zorgverleners en projectleiders praktische adviezen te kunnen geven. Op een zogenaamde thermometer (het betreft een uitwerking van de eerder genoemde tien uitgangspunten) kan per uitgangspunt worden aangegeven hoeveel aandacht er op een bepaald moment is voor een bepaald uitgangspunt. De score op de thermometer dient als onderlegger voor een gesprek met projectleiding en projectuitvoerders. Nadruk ligt op de toelichting in dit gesprek op de beoordeling en de adviezen / verbeter suggesties die hieruit voortvloeien en niet zozeer op de beoordeling zelf via de thermometer. De frequentie van meten en adviseren wordt afgestemd op de aard van het project. Adviezen kunnen zich richten op strategisch, tactisch en operationeel niveau.

Ten behoeve van de ouderenmonitoring binnen het transitieproject Integrated Senior Services zijn per deeltransitie doelgroeppanels geformeerd. Omdat elk project anders van aard is, is ook de monitoring hierop aangepast. Voor zowel ZEN als teletechnologische ondersteuning voor zorg en welzijn is een doelgroeppanel geformeerd. Binnen VEiP was sprake van parallel lopende deelprojecten, en zijn derhalve meerdere doelgroeppanels geformeerd, namelijk één t.b.v. Voor Elkaar in Parkstad (VEiP) uitgevoerd door Maastricht University, één t.b.v. Voor Elkaar in Heerlerheide (VEiH), en één t.b.v. Voor Elkaar in Onderbanken (VEiO)

Procesevaluatie

De doelgroeppanels binnen de deeltransities zijn hebben zich een beeld gevormd van de praktijk en uitvoering door o.m. deel te nemen aan formele overlegstructuren, gesprekken te voeren met sleutelpersonen, observeren van de dagelijkse praktijk van verlenen van zorg en ondersteuning, interviewen van ouderen. Binnen VEiP is op een andere manier invulling gegeven aan de ouderenmonitoring namelijk door een aantal gezamenlijke bijeenkomsten met het doelgroeppanel en de betreffende onderzoeker te organiseren. Het doelgroeppanel heeft zo de onderzoeker vanuit ouderenperspectief in een gesprek kunnen adviseren over haar werkwijze ten aanzien van het interviewen van ouderen (bijv. informatiebrief, interviewvragen en presentatie voor terugkoppeling aan geïnterviewde ouderen). Binnen VEiO heeft het doelgroeppanel in samenwerking met projectbetrokkenen vanuit de GGD de formulering van de kwaliteitscriteria in de thermometer

gewijzigd om deze methodiek beter te laten aansluiten bij de aard van het project.

Binnen ZEN, Teletechnologische ondersteuning voor zorg en welzijn, VEiH en VEiO hebben één of meerdere meetmomenten met de thermometer plaatsgevonden met bijbehorende adviesgesprekken. Deze werkwijze werd niet passend geacht binnen VEiP en is hier dan ook niet uitgevoerd.

Resultaten procesevaluatie

In alle fasen van de transitieprojecten is vanuit ouderenperspectief meegekeken, van de ontwikkeling van het subsidievoorstel tot de formulering van conclusies, aanbevelingen en leerervaringen naar aanleiding van de deeltransities. Bij het monitoren is nauw samengewerkt met de drie ouderenbonden in Limburg, namelijk de KBO, het PCOB en de ANBO. Er zijn concrete en haalbare aanbevelingen gedaan vanuit ouderenperspectief vanuit de doelgroeppanels. Het bewustwordingsproces is op gang gebracht bij de zorgverleners en projectleiders van de zorgvernieuwingsprojecten om de klant centraal te zetten. Het besef is gegroeid dat het noodzakelijk is kennis te hebben van de behoeften en wensen van de klant, in dit geval de oudere. De monitoring vanuit ouderenperspectief wordt als meerwaarde ervaren door de projectbetrokkenen. Tegelijkertijd beseft men dat het niet altijd makkelijk is en dat er soms botsende belangen kunnen meespelen. Bovendien kan de inspraak en het meedenken van ouderen het ontwikkelproces vertragen waardoor vernieuwingen langzamer dan gewend tot stand komen.

Aanbevelingen m.b.t. verdere implementatie

De methodiek monitoring vanuit ouderenperspectief is uniek, is goed uitgewerkt en werkt goed in de praktijk. Op deze manier wordt een bijdrage geleverd aan een cultuuromslag van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg. De methodiek is ook toepasbaar voor andere doelgroepen dan ouderen en voor andersoortige projecten zoals beleidsprojecten / implementatieprojecten. Dit is nog onontgonnen terrein. Het verdient aanbeveling om de bestaande methodiek voor deze toepassingen ook zorgvuldig te onderzoeken op werkbaarheid en haalbaarheid. Het ondersteunen en leiding geven aan het doelgroeppanel vanuit het Huis voor de Zorg is een kritische succesfactor. Daarom moeten betrokken sleutelfiguren met zorg gekozen worden. Ook is het belangrijk dat er een goede afstemming plaatsvindt vanuit het Huis voor de Zorg met en tussen de diverse ouderenbonden. Wetenschappelijk onderzoekers lijken meer moeite te hebben met de methodiek. Zij kunnen vooraf bedachte onderzoeksmethoden niet uitvoeren omdat de cliënten onvoldoende overtuigd zijn van het belang ervan. Steeds vaker wordt in wetenschappelijk onderzoek het perspectief van de eindgebruiker, patiënt of cliënt als voorwaarde voor financiering opgenomen. Zuyd Hogeschool heeft deze voorwaarde zelfs al structureel opgenomen. Hiermee kan cliëntmonitoring verankerd worden in het beleid en onderzoek van de hogeschool. Dit is een voorbeeld voor andere (onderzoeks) instituten. Geconcludeerd kan worden dat alle betrokken partijen het waardevol vinden om het cliëntenperspectief mee te nemen, ondanks de moeilijkheden die dit soms nog geeft.

Voor een uitgebreide rapportage van cliëntmonitoring wordt verwezen naar bijlagen 4a en 4b.

Hoofdstuk 3

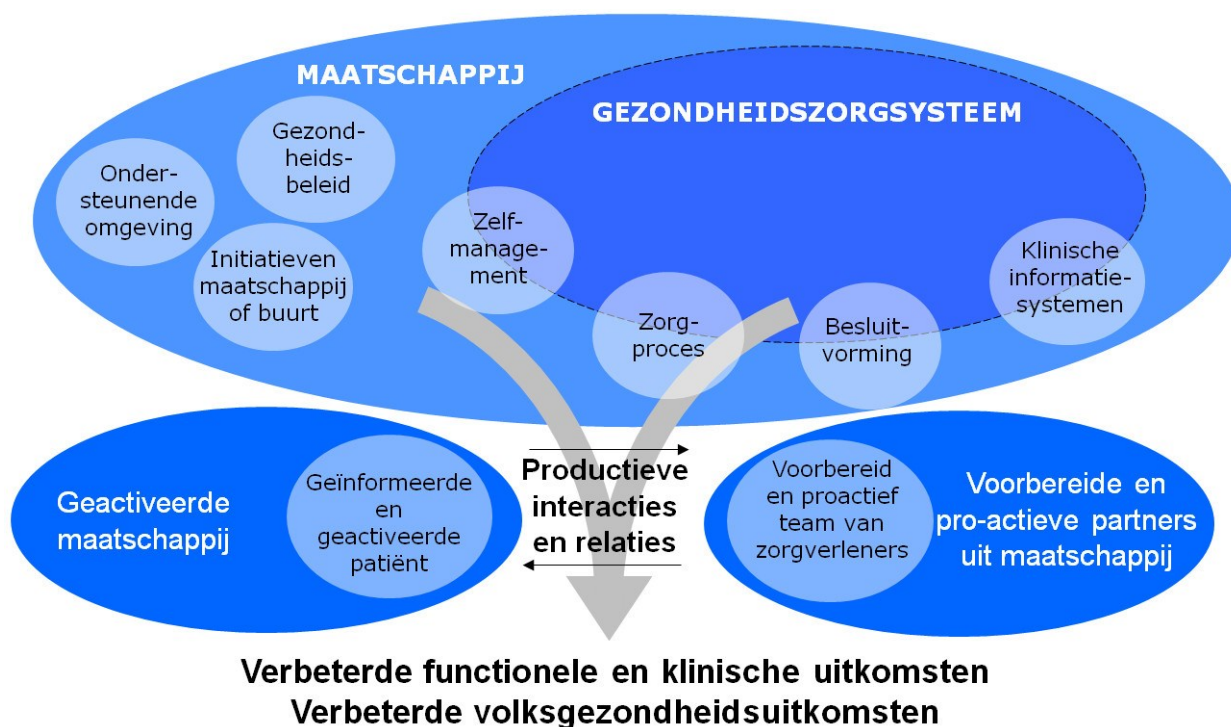
Overkoepelende procesevaluatie

3.1. Het Expanded Chronic Care model

Het op evidence gebaseerde Expanded Chronic Care Model (ECCM) beschrijft de noodzakelijke elementen en interacties die de kwaliteit van zorg positief beïnvloeden en hun onderlinge relatie. De essentie van het ECCM is dat op alle niveaus van zorg de activiteiten erop gericht zijn het functioneren en de kwaliteit van leven van chronisch zieken – in dit kader dus ouderen in een kwetsbare positie – te optimaliseren. Een kenmerk van het ECCM is dat zorgactiviteiten niet gericht zijn op overname van zorg maar op zodanige ondersteuning dat mensen zoveel mogelijk in staat worden gesteld zichzelf te redden en voor zichzelf te zorgen op basis van datgene wat zij zelf kunnen en willen. Het doet een maximaal beroep op de (resterende) capaciteiten en de verantwoordelijkheid van de betrokkene. Om dit te bereiken moet het zorgsysteem, de directe omgeving van de oudere en de maatschappij op deze ondersteuning worden ingericht. De belangrijkste pijlers om dit te bereiken zijn een productieve communicatie tussen de betrokkene en diens zorgverlener(s), een pro-actieve en betrokken houding van de zorgverlener(s) en partners uit maatschappij, een zorgorganisatie en maatschappij die de oudere, diens zorgverlener en omgevingspartners hierbij steunen. Vandaar ook dat ondersteuningsmiddelen voor zelfmanagement, besluitvormingsondersteuning, een passend netwerk van zorgverleners met goede afspraken, ICT ondersteuning en een ondersteunende, veilige en leefbare omgeving met buurtinitiatieven binnen het ECCM expliciet een plaats hebben.

De bouwstenen van het ECCM

ZEN, Teletechnologische ondersteuning, VEiP en cliëntmonitoring en hebben elk een eigen focus in het Expanded Chronic Care model. In deze paragraaf wordt eerst het ECCM toegelicht, en vervolgens worden de deeltransities gepositioneerd in het model. In lijn met de doelstelling van het ECCM is het gezamenlijk doel van de deeltransities om de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren, zodat zij zo lang mogelijk een zelfstandig bestaan kunnen leiden.



Figuur 1. Nederlandse vertaling van Expanded Chronic Care Model (Barr et al. 2003)

De twee hoofdbouwstenen van het ECCM zijn het gezondheidszorgsysteem respectievelijk de maatschappij (zie figuur 1). Met het gezondheidszorgsysteem (rechts gepositioneerd in het ECCM) bedoelen we het geheel van alle zorgorganisaties. Het gaat hierbij over de manier waarop zorgorganisaties de zorg leveren, in dit geval aan ouderen in een kwetsbare positie, hoe zij in een zorgteam opereren, hoe zij tot besluitvorming komen over wat de oudere nodig heeft, hoe zij zelfmanagement kunnen ondersteunen en versterken, hoe de rol- en taakverdeling van professionals in het zorgproces er uit ziet, en hoe zij opgeleid zijn. Een goed georganiseerd zorgproces is noodzakelijk om te kunnen komen tot kwaliteitszorg. Links in het ECCM is de maatschappij gepositioneerd. Als het gaat om ouderen in een kwetsbare positie gaat het vooral om het beleid in de maatschappij waar ouderen mee te maken krijgen. Hoe ziet het ouderenbeleid eruit dat van rijkswege of vanuit de lokale overheid gevoerd wordt. (Barr et al., 2003)?

Essentieel in het ECCM is de interactie tussen links en rechts. Door een continue interactie en afstemming tussen de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem op macro- of mesoniveau kan uiteindelijk de individuele oudere op microniveau worden gestimuleerd tot en ondersteund bij zelfmanagement. Integrated Senior Services speelt zich vooral af op het niveau van de buurt, daarom spreken we van geactiveerde omgeving of buurt waardoor de ouderen in een kwetsbare positie worden ondersteund in hun zelfmanagement en zelfredzaamheid.

Randvoorwaarden om te komen tot een geactiveerde oudere in een geactiveerde buurt in interactie met het gezondheidszorgsysteem zijn volgens Barr et al (2003):

1. Zelfmanagement ondersteuning. Dit heeft betrekking op de ondersteuning van een oudere bij het omgaan met een ziekte, met restcapaciteiten en met de eigen mogelijkheden tot (gedeeltelijk) zelfstandig functioneren. In het ECCM gaat het dan om educatie, informatie en kennisoverdracht over de determinanten van gezondheid en ziekte in de breedste zin (niet alleen leefstijl) en ontwikkeling van persoonlijke vaardigheden voor de eigen gezondheids- en welzijnsbevordering. Bij zelfmanagement ondersteuning wordt de verantwoordelijkheid van de oudere zelf benadrukt; de oudere is de manager van zijn eigen gezondheid (<http://www.improvingchroniccare.org>; Barr et al., 2003; Huijben, 2011). Effectieve strategieën voor zelfmanagement ondersteuning betreffen onder meer assessment, stellen van doelen, plannen van activiteiten, oplossen van problemen en follow-up, uitgevoerd samen met de oudere en op basis van gelijkwaardigheid. Voorbeelden van zelfmanagementondersteuning zijn: een individueel zorgplan, een centrale hulpverlener, burenhulp, of technologische ondersteuning.
2. Zorgproces. Uitgangspunt in het zorgproces is werken in teamverband, multidisciplinaire samenwerking en aandacht voor follow-up van ouderen in een kwetsbare positie. Er is dan niet alleen oog voor gezondheidsproblemen maar ook voor welzijn en de gevolgen van de ziekte. In de dienstverlening wordt in het ECCM uitgegaan van een brede, holistische gezondheidsbenadering en niet alleen van ziekte. Voor ouderen is dat van wezenlijk belang. Niet alleen de ziekte staat centraal maar ook de restcapaciteit. Dus: wat kan er nog wel. Ook de mentale fitheid dient meegenomen te worden in het zorgproces, in relatie tot persoonlijke vaardigheden die nodig zijn om met de ziekte of beperking om te kunnen gaan. Daarnaast dient het sociale netwerk en de steun uit de omgeving meegewogen te worden zodat het zorgproces ingericht kan worden in aansluiting op de sociale, fysieke en mentale veerkracht van de oudere.
3. Besluitvormingsondersteuning. Hierbij gaat het om de beschikbare kennis ten aanzien van bewezen effectieve richtlijnen en behandelingen op sociaal medisch gebied én op het gebied van algeheel welbevinden van de oudere. Besluitvormingsondersteuning gaat over de ondersteuning van professionals door middel van protocollen, trainingen, bijscholing, praktische hulp bij de toepassing van richtlijnen en afspraken over kwaliteitsbewaking.
4. Informatiesystemen. Registratiebronnen fungeren als input voor de monitoring van ouderen, de identificatie van subgroepen ouderen die extra kwetsbaar zijn en de evaluatie van de ouderenzorg (Wagner et al., 1999; Huijben, 2011). Deze informatie is niet alleen beschikbaar voor de zorgverlener maar het is ook van belang deze te delen met de oudere zelf (Huijben, 2011). In het ECCM gaat het niet alleen om de klinische gegevens maar ook om registraties van Wmo-gebruik, mantelzorggebruik, demografische ontwikkelingen in de ouderenpopulatie

- (bijvoorbeeld krimp gemeenten door vergrijzing en ontgroening) (Nictiz, 2012).
5. Ondersteunende omgeving. Voor ouderen is het creëren van een ondersteunende omgeving die kan bijdragen aan hun welzijn en zelfredzaamheid van groot belang. Ook structurele maatregelen in de buurt zoals een buurtwinkel of een klussendienst kunnen helpen. Deze kunnen positief bijdragen aan gezondheid en kwaliteit van leven. Op het gebied van de woonomgeving kunnen participatiemogelijkheden worden gecreëerd door gezamenlijke eetmogelijkheden of door het verbeteren van de toegankelijkheid van het openbaar vervoer.
 6. Initiatieven in de maatschappij of in de buurt. Dit element betreft het ondersteunen en aanmoedigen van burgerinitiatieven die aandacht hebben voor ouderen in de buurt.
 7. Gezondheidsbeleid. Dit betreft het vigerende gezondheidsbeleid inclusief het welzijnsbeleid ter ondersteuning van ouderen. Zowel het curatieve als preventieve gezondheidsbeleid staan momenteel onder druk. De curatieve zorg moet financieel goedkoper. De preventieve zorg en de bestaande regelgeving voor onvoorzien, langdurige ondersteuning moeten worden doorontwikkeld of opnieuw worden vorm gegeven. Zo worden taken uit de AWBZ overgeheveld naar de Wmo en de Wlz. De Wmo wordt per gemeente uitgewerkt. Voorzieningen verschillen per gemeente. De ouderenzorg kan hierdoor onder druk komen te staan. Het in 2015 gewijzigde gezondheidsbeleid biedt daarom forse uitdagingen voor het realiseren van de noodzakelijke samenhang tussen voorzorg en nazorg en de verbindingen in de hele keten.

3.2. Vraagstelling

De maatschappelijke en gezondheidszorg dimensie van het ECCM zijn in drie deeltransities, elk in een andere regio, uitgewerkt. De vierde deeltransitie, cliëntmonitoring is in elke regio uitgewerkt. Op basis van de ervaringen in de drie regio's hebben betrokken partijen aan het eind van de onderzoeksperiode een werksessie georganiseerd met het doel ervaringen te bundelen en adviezen te geven over bevorderende en belemmerende elementen uitgaande van het ECCM. Door ermee te experimenteren in de drie subregio's en te letten op de samenhang tussen de kernelementen, is het mogelijk om de succesvol gebleken elementen in al dan niet verbeterde vorm te implementeren in de andere subregio's en zo geleidelijk tot een steeds completer zorgmodel c.q. geïntegreerde ouderenzorg te komen. Tijdens de werksessie zijn de volgende vragen beantwoord:

1. Wat was de focus van de deeltransities en wat zijn de belangrijkste lessen in het licht van het ECCM?
2. Hoe kunnen we de resultaten van de deeltransities met elkaar verbinden? Wat zijn verdere (gezamenlijke) implementatiemogelijkheden, randvoorwaarden, succes- en faalfactoren?

3.3. Resultaten

Focus deeltransities in ECCM

Plaatsen we de deeltransities van Integrated Senior Services in het ECCM dan ziet dit er als volgt uit:

- Deeltransitie ZEN bevindt zich met name op het grensvlak van het gezondheidszorgsysteem en de thuissituatie, ofwel de buurt. Het legt accent op de ECCM-onderdelen: ondersteuning van zelfmanagement, zorgproces en besluitvorming, resulterend in een geïnformeerde en geactiveerde en zelfredzame oudere die is voorbereid op de thuiskomst na verblijf in het ziekenhuis.
- Deeltransitie teletechnologie bevindt zich in de thuissituatie en de buurt. Het teletechnologisch platform kan vooral een belangrijke rol vervullen aan de linkerkant van het ECCM dat voor het transitieproject als uitgangspunt diende; het is een middel om (al dan niet kwetsbare) burgers te informeren en te activeren, en hen toegang te geven tot hulpbronnen in de directe en verdere omgeving. Het kan ook het platform zijn waarmee burgers toegang krijgen tot diensten vanuit het gezondheidszorgsysteem. Het ontwikkelde teletechnologische platform ondersteunt vooral bij de dagelijkse activiteiten zoals boodschappen, informatie of familiecontact.
- Deeltransitie VEiP bevindt zich met name in de buurt, een geactiveerde buurt in dit geval. VEiP probeert het vigerende gezondheidsbeleid zo invulling te geven dat oudere langer

zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Vanwege de wijzigingen in de Wmo en de bezuinigingen op de AWBZ-uitgaven zijn zowel de thuisondersteuning als de toegangscriteria voor verzorgingshuizen strenger geworden. Zo zijn bijvoorbeeld de woon- en zorgfunctie gescheiden hetgeen financiële consequenties heeft voor ouderen. Dus voor ouderen is er veel in beweging wat betreft het huidige gezondheidsbeleid. Dat geeft onzekerheid. Gegeven deze grote onzekerheid is er vanuit VEiP ingezet op ondersteuning vanuit de omgeving, worden burgerinitiatieven in gang gezet, is er regulier overleg gestart met de zorg- en welzijnspartners en de woningbouwcorporaties, en wordt er gewerkt aan ondersteuning bij zelfmanagement. Dit alles resulteert naar verwachting in een geïnformeerde en geactiveerde oudere en een geactiveerde buurt die continu interacteren met elkaar en met het gezondheidszorgsysteem.

Bovenstaande indeling is een typering van de deeltransities in het totale ECCM om de accenten te duiden, maar de grenzen zijn fluïde en niet strak te trekken.

Verbinden van deeltransities

Voorkeur voor links in ECCM

Kijken we naar de transitie als geheel dan is één van de meest opmerkelijke resultaten dat in geen van de deeltransities het accent op zorg ligt. Voor de ouderen zelf gaat het vooral over alles om het (thuis)leven makkelijker, leuker, haalbaar en houdbaar te maken en om de informatie die daarvoor nodig is gemakkelijk te kunnen vinden. Het gaat voor ouderen dus veel meer over de behoefte aan ondersteuning bij de dagelijkse dingen, informatie en onderling contact. ZEN, teletechnologie en VEiP hebben in deze behoefte kunnen voorzien, elk met een eigen focus. Zo zijn tijdelijk opgenomen ouderen via de ZEN-methode voorbereid op de thuissituatie, is teletechnologie ingezet om informatie begrijpelijk te maken en zijn in VEiP vooral de burgers uitgenodigd om mee te denken in zorg voor elkaar. Bij ZEN lag het accent meer op participatie en functioneren vanuit de restcapaciteiten (wat kan men nog wel) dan op herstel van ziekte. Bij teletechnologie zijn de 5 meest gebruikte functies: contacten, diensten, berichten, mijn buurt en spelletjes. Ook hier ligt het accent op welbevinden en participatie. Bij VEiP was de rol van de eerstelijnszorg betrekkelijk gering, de meeste aandacht ging uit naar welzijnsvoorzieningen in de sfeer van zelfhulp (de kanteling), burenhulp, klussendienst en buurtwinkel. Deze resultaten sluiten aan bij participatiesamenleving. Er is blijkbaar veel meer behoefte aan ondersteunende diensten om optimaal te kunnen functioneren en participeren dan behoefte aan gezondheidsdiensten in engere, medische zin. Wellicht kunnen ouderen de weg naar de medische zorg (huisarts en ziekenhuis) wel vinden, maar blijkt de weg naar welzijnssteuningsondersteuning nog onduidelijk. We kunnen concluderen dat Integrated Senior Services vooral versterking van het linkerdeel van het ECCM heeft gerealiseerd. Betrokken organisaties hebben op basis van de voorkeur en wensen van ouderen zelf vooral problemen en behoeften in de ouderenzorg opgepakt vanuit maatschappelijk perspectief en veel minder vanuit medisch perspectief. Van belang is wel dat we hierbij de Nederlandse situatie voor ogen hebben waar de medische zorg al erg goed georganiseerd en geregeld is. De voorkeur voor links in het ECCM sluit goed aan bij het gedachtengoed van de participatiesamenleving.

Groot draagvlak

Zowel bij professionals als gemeenten is groot draagvlak voor ZEN, teletechnologie en clientmonitoring. Zij onderschrijven de meerwaarde van zelfmanagement, toegankelijkheid van informatie en betrokkenheid van ouderen zelf bij het herontwerpen van zorg en welzijnssteuningsondersteuning. Wat betreft teletechnologie is duidelijk geworden dat ouderen op een gewone PC verdwalen. Zoeken via google of een andere zoekmachine levert informatie op waardoor ouderen door de bomen het bos niet meer zien. Samen met het cliëntpanel is een programma van eisen gemaakt om bestaande informatie toegankelijk, gebruiksvriendelijk en begrijpelijk te maken. Er is nu veel belangstelling voor het ontwikkelde platform. Het product sluit blijkbaar erg goed aan bij een behoefte. Verdere verspreiding vindt plaats via Cubigo NL en Cubigo België.

Voor VEiP zijn de ervaringen wisselend. Onder bestuurders en managers is het draagvlak gegroeid en is de stuurgroep omgevormd naar een bestuurlijk netwerk, maar de burgers, in dit geval de ouderen, merken er nog niet zo veel van. Er is een proces in gang gezet waarbij bestuurders en managers van

betrokken partijen bereid zijn de dialoog aan te gaan. Maar het bestuurlijk netwerk is ook verworden tot een bestuurlijk vergadernetwerk waarin leiderschap ontbreekt en gezamenlijke besluiten moeizaam tot stand komen.

Verbinding en continuering

De ZEN-werkwijze wordt weliswaar breed gedragen maar de ervaring leert wel dat het moeilijk is om enthousiasme te creëren bij andere herstellingsklinieken zoals bijvoorbeeld in het Atrium of Orbis ziekenhuis. Het vergt een fundamenteel andere manier van denken en een cultuuromslag in de organisatie voor zowel zorgprofessional als patiënt. Een dergelijke cultuuromslag kost tijd. Oudere zorgprofessionals zijn er niet vertrouwd mee, jongeren zijn er meest enthousiast over. De patiënt c.q. de oudere heeft het nemen van eigen regie afgeleerd en men vindt het soms wel makkelijk dat anderen de zaken voor hen (blijven) regelen. De continuïteit in azM Herstelzorg is wel verzekerd. Hier is een ontwikkeltraject ingezet waarin steeds verbeteringen en aanpassingen mogelijk worden gemaakt. De bredere verspreiding in de regio is nog ongewis. Voor een verbinding van ZEN met het teletechnologisch platform worden wel kansen gezien. Voor ouderen die na herstelzorg thuis komen en nog in een zeer kwetsbare positie verkeren zou het teletechnologisch platform uitkomst kunnen bieden. Zodra ouderen weer thuis zijn, zou teletechnologie in de vorm van een platform met wijkgerichte informatie handig zijn als ondersteuning bij het continueren van het nemen van de eigen regie. Het platform zou al in het ziekenhuis geïntroduceerd kunnen worden bij de oudere.

Een verbinding tussen het teletechnologisch platform en VEiP wordt goed mogelijk geacht. In het business model voor de borging van het teletechnologisch platform zijn gemeenten in samenwerking met aanbieders van diensten (in de vorm van een redactie/ wijkraad) verantwoordelijk voor het vullen en up to date houden van het platform. Een goede redactie is erg belangrijk. De kennis waarmee het platform wordt gevuld moet in het licht van de decentralisatie van zorg toch al gewoon aanwezig zijn bij gemeenten en zorgaanbieders (bijvoorbeeld de kennis over alle Wmo-voorzieningen en procedures). Het platform is immers uitsluitend een verbindend filter, een ordening van bestaande, lokale informatie. Het bevat geen nieuwe informatie. Het platform opent alleen maar luikjes waarmee de burger makkelijk en snel aan de gevraagde, lokale info kan komen. De oudere kiest zelf zijn luikjes die hij op het platform wil, uit een hele bibliotheek aan luikjes. Het platform zou de luikjes naar VEiP kunnen ontsluiten. VEiP probeert burgerinitiatieven te stimuleren. Deze helpen bij de kantelingsgedachte behorende bij de decentralisatie van zorg (wat kunt u zelf, wat kunnen uw naasten, wat moet via de formele zorg- en ondersteuningsstructuur?). Het platform zou deze informatie toegankelijk kunnen maken als deze door gemeenten en zorgaanbieders in een bepaalde frequentie geactualiseerd aangeleverd wordt. De crux is namelijk het up to date houden van de informatie op het platform. Het betreft dan informatie over de informele zorg (burgerinitiatieven in de buurt) en de formele zorg. Het gebruik van het platform zou vervolgens gratis moeten worden aangeboden aan ouderen. De enige voorwaarde voor gebruik is dat ze zelf een pc, laptop of tablet moeten hebben. Gratis aanbieden betekent wel dat gemeenten en andere aanbieders moeten willen investeren in redactiewerkzaamheden, het actueel houden van informatie en het regisseren van het geheel. In de Westelijke Mijnstreek is positieve ervaring opgedaan met de verbinding van het platform met de sociale wijkteams. In de gemeente Onderbanken is de introductie van het platform uitgewerkt door middel van een business case waarbij Cubigo het beheer van het platform voor rekening zou nemen. Vooralsnog heeft Onderbanken besloten het platform niet aan alle ouderen aan te bieden omdat het financieel niet haalbaar bleek. Inmiddels zien we wel bij de grotere gemeenten zoals Heerlen, Landgraaf en Brunssum de behoefte aan een digitaal wijkplatform groeien. Deze gemeenten lijken te gaan kiezen voor technologische webbased community tools. Het daadwerkelijk realiseren ervan is waarschijnlijk een kwestie van tijd.

In VEiP is de nadruk gelegd op het activeren van de buurt en het voorzien in extra ondersteuning die past in de context van de buurt of gemeente. De specifieke lokale context blijkt belangrijk te zijn. Zo is bijvoorbeeld de uitgangssituatie in Onderbanken anders dan in Heerlerheide. Onderbanken is van oudsher een gemeente waar burgers gewend zijn elkaar te helpen, men kent elkaar, men spreekt

elkaar aan. Voor Elkaar in Heerlerheide is vooral top-down van gemeentewege georganiseerd. Ouderen zijn nog onvoldoende in beeld gekomen. Voor Elkaar in Onderbanken is daarentegen bottom-up georganiseerd. Ouderen zijn hier wel vanaf het begin betrokken geweest. Er zijn in Onderbanken vergelijkbare initiatieven tot stand gekomen als in Heerlerheide, maar in Onderbanken ontstaan de initiatieven vanuit de inbreng van burgers en de buurt zelf (op initiatief van de wethouder). Hierdoor is de kans op continuering van initiatieven waarschijnlijk groter dan in Heerlerheide waar initiatieven met name vanuit de gemeente zijn georganiseerd.

Alle partners zijn het erover eens dat de cliëntmonitoring positief is geweest. Er is invloed uitgeoefend op de inhoud en ontwikkeling van de deeltransities en de monitoring en rapportages hebben relevante informatie opgeleverd voor ouderen en voor de betrokkenen bij de deeltransities. De cliëntpanels c.q. de ouderen hebben een stem gehad. Partners zijn het erover eens dat de cliëntmonitoring een unieke, goed uitgewerkte en in praktijk goed werkende methodiek is waarin de stem van de oudere wordt gehoord. De conclusie luidt dan ook dat alle partners ermee willen doorgaan, zodat ervaringen van ouderen worden meegenomen. Cliëntmonitoring dient onderdeel te zijn van het ECCM en ouderen dienen als cliënt op alle onderdelen van ECCM mee te denken. Het advies is om de methodiek verder te ontwikkelen (panels, thermometer) en cliënten te blijven begeleiden bij de monitoring van projecten. In de continuering van de ontwikkeling van geïntegreerde ouderenzorg is cliëntparticipatie dus niet meer weg te denken. De stem van de oudere wordt meegenomen, dat is een ding dat zeker is.

Bovenstaande laat zien dat er mogelijkheden zijn om te komen tot verbinding van de drie deeltransities in combinatie met cliëntmonitoring. De onderdelen van het ECCM kunnen dan resulteren in een actieve, ondersteunende buurt waar veel initiatieven ontstaan en waar goed geïnformeerde en actieve ouderen bewuste keuzes kunnen maken en hun eigen zorgbehoefte kunnen managen. Dit vraagt wel om een gedeelde ambitie van en samenwerking tussen alle betrokken partijen onderling, inclusief de ouderen. Volgens Kaats en Opey (2012) zijn er vier elementaire condities om bij een gedeelde ambitie echt met elkaar in verbinding te komen, namelijk: recht doen aan wederzijdse belangen, zorgen voor goede persoonlijke relaties, professioneel organiseren, en voortgang in het proces. Duidelijk zijn ook de aantrekkelijke kanten van samenwerken, zoals Opey die benoemt: het leidt tot flexibiliteit en meer snelheid, je bundelt krachten, leert van elkaar en draagt samen de risico's. De keerzijde is dat samenwerken tot stroperigheid en daarmee vertraging kan leiden. Mensen begrijpen elkaar soms niet, je bent steeds afhankelijk van andere partners en moet de macht delen. Samenwerken wil dan ook niet altijd lukken. Samenwerken vraagt ook dat partners kunnen balanceren tussen coördinatiewerk en verantwoordingswerk. Er zijn doorgaans meerdere opdrachtgevers. Er moet dus een vertrouwde experimenteeruimte zijn waar de verschillende belangen, de onderlinge relaties, de organisatie en de win-win regelmatig worden besproken. En er moet voldoende onderhandelingsruimte zijn tussen de betrokkenen. Iedereen moet openlijk bereid zijn te geven en te nemen, te halen en te brengen. En zonder transparantie geen garantie voor verankering. Kortom, het blijft voorsnog een uitdaging om de onderdelen van het ECCM goed met elkaar te verbinden. De komende jaren wordt dit proces verder doorgezet en doorontwikkeld. Er is de afgelopen vier jaar in elk geval een proces in gang gezet om het totaal van voorzieningen voor geïntegreerde ouderenzorg steeds completer te maken.

Rol van ACZIO

Van oorsprong is ACZIO een Zuid-Limburgs platform met breed draagvlak, op basis van een intentieverklaring, getekend door meer dan 30 Zuid Limburgse organisaties. In het kader van het NPO heeft ACZIO ook de uitrol over het OOR-gebied opgepakt.

ACZIO heeft een soort van vliegwiel functie gehad en bestuurlijk gezien zijn vervolg heeft gekregen in diverse initiatieven op subregionaal niveau. Door de vorming van de subregionale netwerken is een belangrijk deel van de taken van ACZIO verlegd naar de subregio's. Inmiddels is in de OOR-regio een stelsel van zes subregionale netwerken gerealiseerd, elk met een eigen vorm en structuur. Bij allemaal staat de samenwerking in de subregio rondom de zorg voor ouderen hoog op de agenda.

Door de vorming van de subregionale netwerken is de functie van ACZIO veranderd. Vanaf 2014 is een belangrijke functie van ACZIO het vervullen een faciliterende rol t.b.v. de zorginnovatie in de ouderenzorg in de hele OORZON regio door de subregionale initiatieven te ondersteunen en verbinden in de zin van:

1. Het verbinden van de subregionale netwerken en het overall netwerk ACZIO
Deze verbinding heeft vooral plaatsgevonden via het DB van ACZIO:
Vanuit elk subregionaal netwerk is een kontaktpersoon (bestuurder) vertegenwoordigd in het overall ACZIO-netwerk. Behalve deze subregionale kontaktpersonen bestaat het bestuur van het overall netwerk uit een vertegenwoordiger vanuit het MUMC+, een vertegenwoordiger vanuit de UM en twee vertegenwoordigers vanuit het cliëntenperspectief (1x Huis voor de Zorg en 1x gezamenlijke ouderenbonden).
2. Het zijn van aanspreekpunt voor o.a. ZonMW, NFU, etc.
In het kader van het NPO-programma wordt door ZonMw en de NFU gecommuniceerd met de regionale netwerken ouderenzorg (OOR-regio-niveau). In de praktijk betekent dit dat de coördinator ACZIO en de voorzitter aanspreekpunt zijn.
3. Kennisuitwisseling en platform voor ontmoeting en uitwisseling van ervaring
Aan deze functie is invulling gegeven door 1 à 2x per jaar een bijeenkomst te organiseren voor het totale netwerk ACZIO.
4. Intermediair tussen organisaties/ subregionale netwerken en kennisinstututen als UM en Zuyd Hogeschool. In dit verband is vooral samenwerking en afstemming met de academische werkplaatsen (huisartsen, ouderenzorg en GGD Zuid-Limburg) van belang.

Hoofdstuk 4

Conclusie

De resultaten van dit transitietraject geven inzicht in de ontwikkeling van een zelfmanagement programma voor ouderen in een kwetsbare positie, de ontwikkeling van een teletechnologisch platform ter ondersteuning van het welbevinden van ouderen, het proces van samenwerking tussen gemeenten en partners op het gebied van wonen-welzijn-zorg voor ouderen, en de rol die ouderen zelf kunnen vervullen in het laten horen van hun stem. Het transitietraject heeft nadrukkelijk bijgedragen aan de agendering van het beleid ten aanzien van “geïntegreerde ouderenzorg in de toekomst”, aan de gedachtenvorming hierover en het uitzetten van nieuwe vormen van ondersteuning in de buurt. Het is een proces dat verdere continuering behoeft. Gemeenten geven hier verder vorm aan.

De belangrijkste conclusies zijn:

- In een relatief korte periode van 3 jaar is een innovatieve werkwijze doorgevoerd in azM Herstelzorg, namelijk het ZEN programma. Dit programma is een goede leidraad voor het coachingsproces voor zelfmanagement gebleken. Deze innovatieve werkwijze is voldoende ingebed geraakt om tot verdere verbetering te kunnen komen. De resultaten weerspiegelen de transitie van zorgstaat tot participatiesamenleving.
- Het ontwikkelde teletechnologisch platform kan ondersteuning bieden bij zorg aan en welzijn van ouderen in een kwetsbare positie. Door nauwe samenwerking met ouderen en hun vertegenwoordigende partijen komt het resultaat tegemoet aan de behoeften en wensen van de ouderen zelf. Er blijkt veel interesse te zijn vanuit de praktijk voor het platform.
- In een complexe omgeving waarin tegelijkertijd met VEiP een van de grootste nationale decentralisaties ooit plaatsvindt, is samenwerking geen sinecure. Toch is op bestuurlijk, tactisch en operationeel niveau de samenwerking tot stand gekomen. VEiP uitgegroeid tot een bestuurlijk netwerk waar 41 partners in participeren. Er zijn geen aantoonbare effecten opgetreden na 18 maanden follow-up wat betreft zelfmanagement, eenzaamheid, en kwaliteit van leven onder 75-plussers in stadsbuurten en plattelandsgemeenten. De kosten van zorggebruik tussen interventiegebied en vergelijkingsgebied verschillen niet significant, niet voor de stadsbuurten, noch voor de plattelandsgemeenten. Wel zien we hogere totale zorgkosten in de stedelijke gebieden (m.n. veroorzaakt door de hoge kosten in Heerlerheide) dan in de plattelandsgebieden. Dit kan (deels) worden verklaard door de slechtere gezondheidssituatie in de stadsbuurten, in vergelijking met de plattelandsgemeenten. We kunnen voorzichtigheidshalve concluderen dat alle activiteiten als gevolg van de samenwerking in VEiP niet kosteneffectief is gebleken. Kanttekening hierbij is dat in de vergelijkingsbuurten ook activiteiten hebben plaatsgevonden waardoor de verschillen niet zuiver te meten waren.
- De methodiek van cliëntmonitoring vanuit ouderenperspectief is uniek, is goed uitgewerkt en werkt goed in de praktijk. Op deze manier wordt een bijdrage geleverd aan een cultuuromslag van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg. Alle betrokken partijen vinden het waardevol om het cliëntenperspectief mee te nemen, ook al geeft dit soms moeilijkheden die opgelost moeten worden.
- We kunnen concluderen dat Integrated Senior Services vooral versterking van het linkerdeel van het ECCM heeft gerealiseerd. Betrokken organisaties hebben op basis van de voorkeur en wensen van ouderen zelf vooral problemen en behoeften in de ouderenzorg opgepakt vanuit maatschappelijk perspectief en veel minder vanuit medisch perspectief. Van belang is wel dat we hierbij de Nederlandse situatie voor ogen hebben waar de medische zorg al erg goed georganiseerd en geregeld is. De voorkeur voor links in het ECCM sluit goed aan bij het gedachtengoed van de participatiesamenleving.

- Over het geheel genomen kunnen we concluderen dat er geen blauwdruk op te stellen is voor geïntegreerde ouderenzorg waarbij het ECCM als richtinggevend kader gehanteerd kan worden. Integrated Senior Services betreft een complexe transitie met aanpassingen in organisatiestructuren, transformatie van werkprocessen, betere afstemming tussen wonen, zorg en welzijn en verandering van houding en gedrag van professionals en burgers ten aanzien van zelfredzaamheid en eigen kracht. Van dergelijke structurele en culturele veranderingen is het logisch dat de effecten zich pas op langere termijn zullen voordoen dan binnen de beperkte duur van dit project.