
Evaluatie **'Zorgprogramma** **kwetsbare** **ouderen'**

Beleidsregel zorginnovatie,
Innovatie Experiment EI-309

THOON B.V. / Menzis
22-01-2016

Inhoud

Betrokken partijen:	3
1. Samenvatting aanvraag van het experiment (2013)	4
2. De kwalitatieve en kwantitatieve resultaten van het experiment.....	6
3. Resultaten zorgprogramma kwetsbare ouderen.....	12
4. De totale kosten van het experiment	14
5. Zorgprestatie na de experimentperiode.....	15

Betrokken partijen:

De experimenteerprijzen (THOON, Menzis) leveren uiterlijk 22 januari 2016 een evaluatie aan bij de NZa om zich te verantwoorden over de experimenteelperiode. De gegevens kunnen worden gebruikt om een reguliere zorgprestatie aan te vragen.

De evaluatie van het experiment bevat tenminste:

- de kwalitatieve en kwantitatieve resultaten van het experiment, waaruit blijkt de mate waarin de doelstelling van het experiment behaald is en de mate waarin een betere prijs/kwaliteitverhouding van zorg behaald is;
- het oordeel van de zorgaanbieder(s) over de resultaten van het experiment;
- het oordeel van de ziektekostenverzekeraar(s) over de resultaten van het experiment;
- de totale kosten van het experiment op basis van het aantal gedeclareerde prestaties maal het tarief;
- indien de experimenteerprijzen de zorgprestatie na de experimenteelperiode niet willen voortzetten, de reden waarom zij de zorgprestatie niet willen voortzetten.

De NZa toetst de evaluatie niet inhoudelijk. Wel bekijkt zij of partijen aannemelijk hebben gemaakt dat de doelstelling van het experiment is behaald. Daarnaast moet de zorgverzekeraar / het Wlz-uitvoerder in de evaluatie aangeven of de innovatieve zorgprestatie na het experiment meerwaarde en potentie voor landelijke uitrol heeft.

De evaluatie van het experiment kunt u sturen naar info@nza.nl. Vermeld in de onderwerp regel van uw emailbericht in ieder geval het woord 'innovatie' voor een spoedige afhandeling van uw aanvraag.

De ziektekostenverzekeraar: Rechtsgeldig vertegenwoordigd door: Contactpersoon experiment:	Menzis drs. J.P.J. (Joris) van Eijck directeur Zorg Carola Janssen, projectmanager Zorg Tel.: 06 54902291 Email: janssen.c@menzis.nl
De zorgaanbieder: Rechtsgeldig vertegenwoordigd door Contactpersoon experiment	Zorggroep Thoon C.J. (Cees) van Dijk Monique Troost, Adviseur zorg en organisatie Tel.: 074-2568798 Email: M.Troost@bvthoon.nl

1. Samenvatting aanvraag van het experiment (2013)

Naam van de zorgprestatie

Zorgprogramma kwetsbare ouderen

Beschrijving van zorg

Het product is een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Bestaande uit een geïntegreerd zorg- en welzijnsnetwerk geïnitieerd door en onder regie van de eerste lijn, werkend volgens de stepped care methodiek. Waarbij proactieve, samenhangende multidisciplinaire zorg en welzijn geleverd wordt aan de kwetsbare oudere waarbij niet de aandoening maar de patiënt en zijn of haar kwaliteit van leven centraal staat.

Zorgonderdelen die onder de zorgprestatie vielen

1. Multidisciplinair overleg

Voor de ouderen die na casefinding, door middel van een screeningsinstrument, geïndiceerd zijn als kwetsbaar wordt een risicoprofiel opgesteld. In het multidisciplinair overleg, geïnitieerd vanuit de huisartsenvoorziening, wordt de kwetsbare oudere en het risicoprofiel besproken met betrokken professionals uit de eerste lijn, langdurige zorg en welzijn.

2. Individueel leefplan

Er wordt samen met de oudere (en mantelzorger) een leefplan opgesteld waarin de oudere mens centraal staat. De geformuleerde zorg en welzijnsdoelstellingen komen in samenspraak met de oudere (en mantelzorger) tot stand. Met de sociale kaart/interventiebox kan hier verdere invulling aan worden gegeven.

3. Één aanspreekpunt

De kwetsbare oudere krijgt één aanspreekpunt. Casemanagement¹ kan worden ingevuld door de praktijkondersteuner of de (wijk)verpleegkundige onder regie van de huisarts of de welzijnsmedewerker/ouderenadviseur. De casemanager heeft een regiefunctie en verzorgt de coördinatie, monitoring, evaluatie en het bijstellen van het leefplan voor de kwetsbare oudere.

4. Evaluatie

Het proces van het zorgprogramma wordt periodiek geëvalueerd met behulp indicatoren.

Zorgverlening proces voor de patiënt

Begin

Door middel van casefinding worden risicopatiënten (ouder dan 65 jaar) in kaart gebracht en gescreend op kwetsbaarheid door middel van een screeningsinstrument. Wanneer een oudere geïndiceerd wordt als kwetsbaar wordt een individueel leefplan opgesteld in overleg met betrokken zorg- en of hulpverleners in het multidisciplinair overleg. In het MDO vindt afstemming plaats o.b.v. het leefplan over wie wat doet in het netwerk en wie het casemanagement op zich neemt. Vervolgens vindt uitvoering van het individueel leefplan plaats.

Einde

Het zorgproces eindigt wanneer de huisarts geen hoofdbehandelaar meer is. Dit kan doordat de oudere niet meer kwetsbaar is (volledig zelfredzaam), door verwijzing, keuze van de oudere (mantelzorg) zelf of door overlijden.

Innovatieve karakter

Het zorgprogramma kwetsbare ouderen maakte het mogelijk om programmatisch een proactief en geïntegreerd zorg- en welzijnsnetwerk rondom die kwetsbare ouderen te faciliteren waarbij het individuele leefplan van de oudere leidend is. Vanuit dit netwerk is efficiënt samengewerkt over de verschillende domeinen heen waarbij de oudere slechts één aanspreekpunt had.

Het doel (en subdoelen) van het experiment:

Klant:

De kwetsbare oudere ervaart een verbeterde kwaliteit van leven. Rapportcijfer van de kwetsbare oudere over zijn/haar kwaliteit van leven wordt gewaardeerd met een 7 of hoger.

¹ Conform Casemanagement, Standpunt College voor zorgverzekeraars (2011). Volgnummer 2010136155

Kwaliteit:

De kwaliteit van de te leveren zorg wordt verbeterd door een proactieve programmatische aanpak en door samenhang tussen zorg en welzijn. De verbetering wordt zichtbaar gemaakt door een afname in verwijzingen naar de 2^e lijn, verpleeghuis en geneesmiddelen en een toename in zelfredzaamheid en tevredenheid over de ontvangen zorg.

Kosten:

Een besparing van tenminste €250,00 per kwetsbare oudere per jaar in de Zorgverzekeringswet. Door de zorg efficiënter en vanuit de eerste lijn te organiseren en te leveren, kan het merendeel van de ouderen langer thuis blijven wonen, waardoor de kosten minder zullen stijgen. (minder verwijzing, soorten geneesmiddelen, gemiddelde zorgkosten per kwetsbare oudere stijgen minder hard dan gemiddeld ten opzichte van een controle populatie en stijgen minder hard ten opzichte van voorgaande meetmomenten)

Gebruikte indicatoren om de doelen en subdoelen van het experiment meetbaar te maken:

Kritieke Prestatie Indicatoren		Uitkomst (teller/noemer)
Gemiddeld rapportcijfer over de kwaliteit van het leven van de kwetsbare oudere (<i>score</i>)	cijfer	Totaal scores KvL / Totaal aantal kwetsbare* ouderen bekend bij hoofdcontractant
Percentage kwetsbare ouderen in de 65+ populatie van de hoofdcontractant	%	Aantal kw. ouderen / Aantal 65+'ers ingeschreven bij hoofdcontractant
Gemiddelde score vragenlijst ADL (Barthel) per kwetsbare oudere	cijfer	Totaal scores ADL / Totaal aantal kwetsbare ouderen bekend bij hoofdcontractant
Percentage verwijzingen van kwetsbare ouderen naar de 2 ^e lijn	%	Aantal verwijzingen naar 2 ^e lijn / Aantal kw ouderen
Percentage verwijzingen van kwetsbare ouderen naar verpleeghuis voor opname	%	Aantal verwijzingen naar verpleeghuis/ Aantal kw ouderen
Gemiddeld aantal soorten geneesmiddelen onder kwetsbare ouderen	aantal	Aantal soorten geneesmiddelen / Aantal kw ouderen
Gemiddeld rapportcijfer over de tevredenheid van de kwetsbare oudere over de ontvangen zorg en welzijn	cijfer	Totaal scores tevredenheid / Totaal aantal kwetsbare* ouderen bekend bij hoofdcontractant

2. De kwalitatieve en kwantitatieve resultaten van het experiment

Resultaten pilot voor kwetsbare ouderen (KWO) THOON. Effecten op kwaliteit, doelmatigheid en kosten

THOON is april 2013 gestart met een pilot DBC 'Zorg voor kwetsbare ouderen' samen met 5 praktijken van huisartsengroep Contrast in Hengelo en praktijk Boermans in Losser.

Het eerste jaar van de pilot was gericht op het inrichten van de ouderenzorg organisatie binnen THOON en de deelnemende praktijken, opzetten van een netwerk ouderenzorg, informatievoorziening en vastleggen werkprocessen en samenwerkingsafspraken. De groep ouderen die kwetsbaar zijn bevonden na de screeningsfase zijn geïncorporeerd in de pilot. Vanuit de genoemde werkprocessen en samenwerkingsafspraken is de geïntegreerde zorg voor deze groep Kwetsbare Ouderen van start gegaan. Vanaf 2014 is veel aandacht besteed aan de rol van casemanager(dementie), de benodigde tijdsinvestering en de samenwerking tussen (schakel)Wv en huisarts.

De zorg voor kwetsbare ouderen vroeg ook om een mogelijkheid voor goede en volledige registratie. Hiervoor is de module Ouderenzorg in het Keten Ondersteunend Systeem van VHS ontwikkeld en als pilot in gebruik genomen.

In dit hoofdstuk komende de volgende onderdelen van de pilot aan bod:

1. Opzet van Kernteam
2. Samenwerking met Wv
3. Casemanagement
4. KWO (kwetsbare ouderen) en DM zorg
5. Registratie in HIS en KOS
6. Kwaliteitsindicatoren

1. Opzetten van een Kernteam

Het kernteam KWO bestaat uit de huisarts, POH-ouderenzorg(POH-O), Wv, specialist ouderengeneeskunde(SO) en de ouderenadviseur. Het eerste jaar is veel tijd geïnvesteerd in het samenstellen en inrichten van het kernteam. Met drie samenwerkende thuiszorgorganisaties zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over de rol van de Wv binnen het kernteam. Ook de samenwerkingsafspraken met de specialist ouderengeneeskunde zijn vastgelegd. De SO kan geïnformeerd worden door de POH-O en neemt deel aan het netwerk-MDO in Hengelo en Losser. Zij informeert waar nodig haar collega's over de voortgang en ontwikkelingen. Met de gemeente Hengelo zijn afspraken gemaakt over de rol van de ouderenadviseur binnen het kernteam m.b.t de groep die niet medisch kwetsbaar is maar wel kwetsbaar op andere levensgebieden. Uit de praktijk blijkt dat de ouderenadviseur zich vooral bezig houdt met deze groep. Het kernteam is jaarlijks 4x bij elkaar geweest voor multidisciplinair overleg. De inhoudelijke samenwerking en het onderling informeren over de het werkveld van de disciplines wordt al snel positief ervaren en als grote meerwaarde beschouwd.

Sociale kaart

Zowel in Hengelo als in Losser is er een digitale sociale kaart ontwikkeld.

2. Samenwerking met de Wv

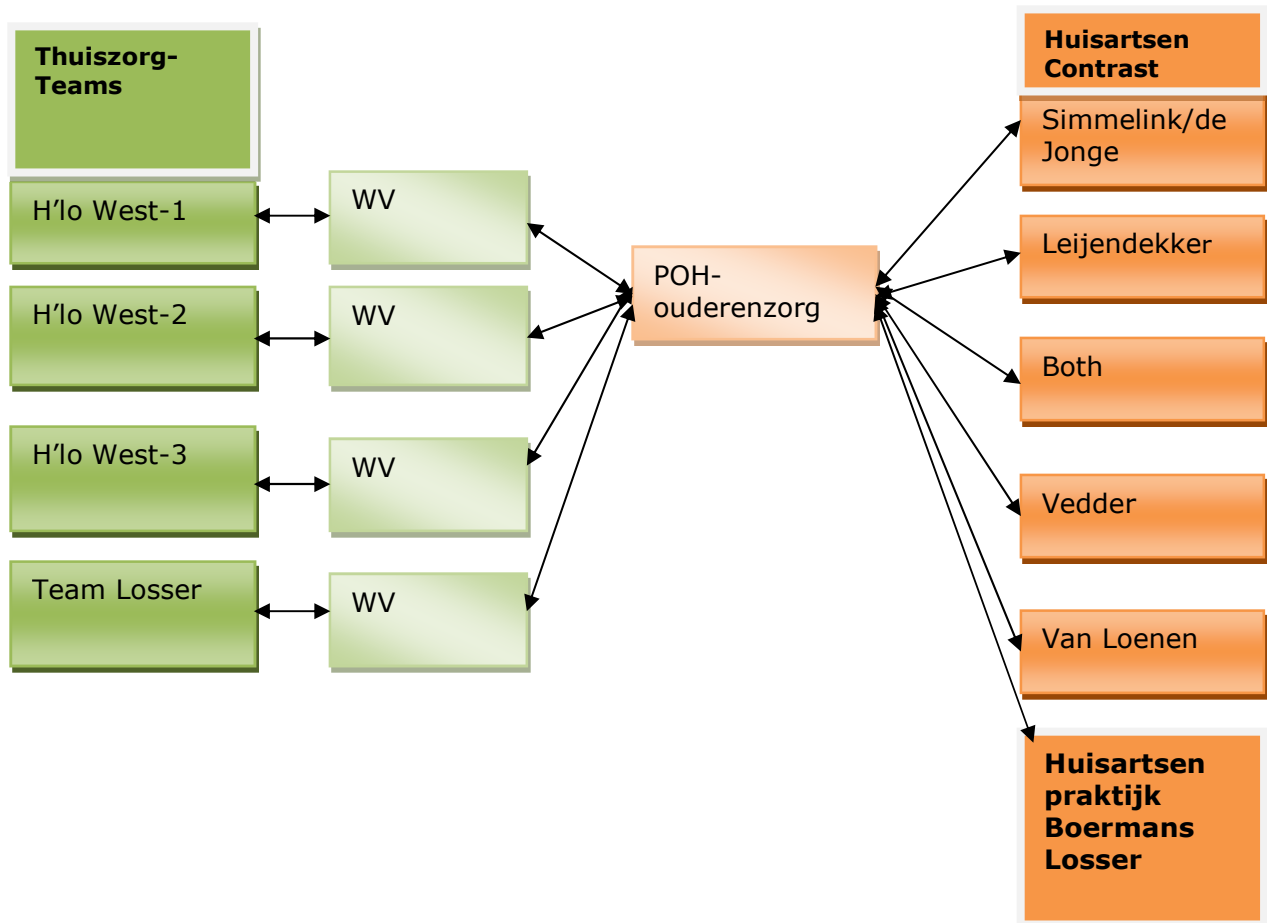
Bij de start van de pilot in 2013 is een bijeenkomst georganiseerd tussen betrokken huisartsenpraktijken en de drie grootste thuiszorgorganisaties. Doel van dit overleg was om afstemmings- en samenwerkingsafspraken te maken tussen huisartsen/POH-O en de Wv met als beoogde resultaten:

- Het versterken van de as huisarts/POH-O en Wv waardoor problemen (kwetsbaarheid) bij oudere patiënten eerder worden gesignaleerd, omdat informatie vroegtijdig wordt uitgewisseld en er afstemming kan plaats vinden over het beleid.

- Er is een goede verbinding tussen de huisartsenvoorziening en de verantwoordelijke Wv in de wijk. Er zijn afspraken over wie, waarvoor aanspreekbaar en verantwoordelijk is. De huisarts/POH-O weet als het gaat om domein overstijgende vragen bij wie hij/zij moet zijn in het sociaal/verpleegkundige domein.

De meeste kwetsbare ouderen uit de huisartsenpraktijken van Contrast zijn woonachtig in Hengelo-West. Er is daarom gekozen om te starten met 3 wijken in Hengelo-West. Er is gekeken naar het aantal ouderen > 65 jaar in zorg bij de betrokken thuiszorgorganisaties. Aan elke wijk is vanuit de deelnemende thuiszorgorganisatie een verantwoordelijke, aanspreekbare Wv verbonden. Er is afgesproken dat de wv een coördinerende rol heeft en aanspreekpunt is voor de wijkteams, maar ook voor de deelnemende huisartsenpraktijken. Zij is een intermediair tussen care (thuiszorg) en cure (POH/huisarts) en kan na afstemming de rol van casemanager gaan vervullen voor de kwetsbare oudere die deel uit maakt van het Zorgprogramma. Vervolgens is gekeken naar de groep geïnccludeerde kwetsbare ouderen in de pilot en hoeveel ouderen daarvan in zorg zijn bij de deelnemende teams in Hengelo-West. Dezelfde werkwijze is gehanteerd in Losser. Alleen zijn daar afspraken gemaakt voor alle wijken in het dorp Losser aangezien de deelnemende praktijk de ouderen in heel Losser heeft wonen. Het is gebleken dat het maken van samenwerkingsafspraken tussen thuiszorg en huisarts/POH-O in Losser makkelijker verliep omdat er al korte lijnen waren bij aanvang en men elkaar al kende. Bij gezamenlijke patiënten is afgesproken wie wat doet (cure en care) en wie (POH-O of de wv) casemanager is voor die patiënt. Het opsporen van nieuwe KWO door casefinding kan door zowel de huisarts/POH-O of de wv gebeuren. Selectieve screening gebeurt in de huisartsenpraktijk. Ook is de afspraak gemaakt dat in de pilotfase de POH-O na de casefinding de verdiepingsslag maakt bij de patiënt d.m.v. een gevalideerd screeningsinstrument. Na de verdiepingsslag vindt waar nodig afstemming plaats met de wv.

Samenwerkingsmodel KWO huisartsen/POH-O en Wv



De gemaakte samenwerkingsafspraken zijn in 2015 uitgebreid met de afspraken over de rol en positionering van de schakelWv en de ouderenadviseur binnen het sociale wijkteam.

Uitkomsten evaluaties kernteam en ervaren knelpunten tijdens de pilotfase, gericht op samenwerking

- De as huisarts/POH-O en Wv is versterkt. De praktijken ervaren het als positief dat er een coördinerende wv is per thuiszorgorganisatie waardoor problemen (kwetsbaarheid) bij oudere patiënten eerder worden gesignaleerd, omdat informatie vroegtijdig wordt uitgewisseld en er afstemming kan plaats vinden over het beleid. Door de hoge werkdruk bij de wv en de verschillende rollen was deze werkwijze ook kwetsbaar. Bereikbaarheid was niet altijd optimaal en afspraken konden niet altijd opgevolgd worden.
- Door het hebben van afstemmingsafspraken bij domein overstijgende problematiek zoals problemen op zorg- en welzijnsgebied is de samenhang tussen het medische-, zorg- en welzijnsdomein verbeterd. Het elkaar kennen en weten te vinden en casuïstiek besprekingen tijdens het kernteamoverleg hebben hier ook toe bijgedragen.
- Tijdens de pilotfase was het voor de POH-O wel zoeken naar de haar rol. Wat doe je zelf en wat draag je over naar de wv/ sociale domein.
- Indicatiestelling bij een KWO door thuiszorg of WMO vraagt om betere afstemming. Wet- en regelgeving vanaf 2015 vraagt om het maken van goede afspraken over indicaties in het zorg- en welzijnsdomein.
- Doelgroep ouderen > 80 jaar die niet medisch kwetsbaar zijn maar wel probleemgebieden hebben op welzijnsgebied. Deze groep heeft geen medische zorg nodig maar de thuissituatie vraagt wel om periodieke 'controle' 'waakvlamcontact'. Deze groep wordt naar verwachting steeds groter omdat ouderen langer thuis blijven wonen. Wellicht 1x per jaar bezoek door Gemeente? Hierover worden nog structurele afspraken gemaakt na de pilotfase.

3. Casemanagement

Er zijn afspraken gemaakt over de organisatie, inhoud en samenwerking m.b.t casemanagement. Casemanagement bij de groep KWO is complex en intensief en vraagt veel tijd van de praktijkmedewerkers en samenwerkende disciplines binnen het netwerk rond de patiënt. Bij alle ouderen die in de pilot zitten en waar sprake is van medische kwetsbaarheid, is de POH casemanager. Indien er tijdens de pilotfase sprake was van overstijgende complexe problematiek vond er altijd afstemming plaats met de coördinerende Wv en zijn er waar nodig afspraken gemaakt over coördinatie en casemanagement. Bij de start van de pilot in april 2013 is er binnen het kernteam besproken welke rol de ouderenadviseur heeft in relatie tot de kwetsbare ouderen die geïnccludeerd zijn in de pilot. Hierover zijn afspraken gemaakt en vastgelegd. Menzis was bij aanvang van de pilot uitgegaan van een grotere rol (als casemanager) van de ouderenadviseur. Het is de groep KWO die geïnccludeerd is in de pilot. De ouderenadviseur is nooit casemanager voor de oudere die medisch kwetsbaar is, wel voor de oudere die kwetsbaar is op andere levensgebieden en niet in de pilot is geïnccludeerd. We hebben het hier over de groep ouderen waar de probleem- of aandachtsgebieden op welzijnsniveau liggen. Met name bij deze preventieve zorg kan de ouderenadviseur een grote rol hebben. Binnen de pilot is er gestreefd naar een goede samenhang tussen zorg en welzijn waardoor de oudere mens langer thuis kan blijven wonen en door de nodige interventies kwetsbaarheid wordt voorkomen of uitgesteld.

Casemanagement dementie

Wanneer de KWO dementerend is en casemanagement na afstemming wordt ingevuld door de casemanager dementie, dan wordt deze patiënt geëxcludeerd uit het Zorgprogramma voor KWO. Bij deze groep is ook vaak sprake van medische kwetsbaarheid. Dat vraagt continue om afstemming en op medisch gebied heeft de POH hier coördinerende taken in.

4 Inrichten van de zorg voor KWO die geëxcludeerd zijn uit de DBC Diabetes

Kwetsbare ouderen met DM die geïnccludeerd zijn in de DBC voor kwetsbare ouderen gaan uit de DBC Diabetes. Het voordeel is dat de kwetsbare oudere geïntegreerde zorg op maat krijgt. De POH ouderenzorg krijgt deze zorg er bij en dat vraagt om het onderhouden van kennis en een extra

tijdsinvestering van gemiddeld 1,5 uur per jaar per patiënt. Afhankelijk van het individuele zorgplan worden hierover interne afspraken gemaakt. De POH-ouderenzorg stemt samen met de POH/diabetesverpleegkundige af welke zorg nodig is en wie wat doet. Deze zorg wordt op de reguliere wijze gedeclareerd. De DM zorg bij een KWO wordt onderdeel van het individueel zorgplan en daarmee zorg op maat. Hierover zijn tijdens de pilotfase verder afspraken gemaakt tussen de kaderhuisarts ouderenzorg en de kaderarts Diabetes van THOON.

5. Registratie in HIS en KOS

Geïntegreerde zorg rondom kwetsbare ouderen vraagt om een overzichtelijk registratie systeem. Niet alle HISsen bevatten een module ouderenzorg. De pilotpraktijken werken met Medicom. Binnen Medicom bestaat een algemene module ouderenzorg.

Vanuit THOON liep intussen een inventarisatie naar de mogelijkheden voor een Keten-Ondersteuningssysteem. De modules DM, VRM en COPD waren al ontwikkeld, de module ouderenzorg was bij de start van de pilot in eerste ontwikkeling. Dit heeft gemaakt dat we in gesprek zijn gegaan met de leverancier en in okt 2013 een proef zijn gestart met implementatie van de module ouderenzorg in de pilotpraktijk Losser. Vooraf en tijdens deze proef is de module verder verfijnd en uitgebreid.

Met deze verfijning en positieve ervaringen aangaande de mogelijkheden, is besloten om de proef te verbreden naar de pilotpraktijk in Hengelo.

Voordelen van het systeem:

- Registratie mogelijk van de Trazag-start en verdiepingsvragenlijsten
- Koppelen van gegevens met HIS (nog in ontwikkeling)
- Individueel Zorgplan als uitgangspunt
- Medebehandelaars vanuit het kernteam worden uitgenodigd per patiënt binnen zijn/haar zorgplan waardoor goede afstemming van zorg (in ontwikkeling).
- Het uitspoelen van gegevens is eenvoudiger (in ontwikkeling).

Regelmatige evaluaties hebben bijgedragen tot doorontwikkeling en optimaliseren van deze module. De module is nu zover dat alle gegevens vanuit de screening geregistreerd kunnen worden met daarin het zorgplan en geformuleerde behandeldoelen. De module biedt mogelijkheid voor digitale communicatie met de ketenpartners van het kernteam. Dit gedeelte moet nog verfijnd worden om te voorzien in de behoefte aan een doelmatig en handzaam communicatiemiddel.

Knelpunten hierin:

- Invoeren in KOS vraagt in de beginfase veel tijd.
- Afstemmen met wv: wie ziet wat in KOS. Nut en noodzaak gegevens delen.
- Info uitwisseling loopt niet goed. Notificatiesysteem functioneerde niet.
- Koppeling naar HIS is niet gegarandeerd.
- Koppeling Omaha: delen zorgdossiers. (is de wenselijke toekomstige situatie)
- Diverse thuiszorgorganisaties hebben diverse systemen.
- Afstemmen/inventarisatie andere communicatie modules in de regio.

6. Kwaliteitsindicatoren

Bij aanvang van de pilot zijn door Menzis een 7-tal kwaliteitsindicatoren opgesteld. Deze indicatoren komen voort uit reeds lopende projecten vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg.

Door de organisatorische stappen die gezet moesten worden om de pilot vorm te geven en de registratiemogelijkheid te optimaliseren, is het aanvankelijk beperkt mogelijk geweest om de KPI's zoals door Menzis geformuleerd, volledig uit te spoelen. Deels heeft dit te maken met het feit dat een aantal indicatoren niet in huidige HIS/KOS geregistreerd kan worden, zoals bv de rapportcijfers voor kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg. Een Barthelscore wordt niet bij iedere oudere bepaald. Ook de relevantie van de indicatoren levert discussie op. Hoe interpreteren je rapportcijfers? Kun je als

hulpverlener vragen welk rapportcijfer de patiënt voor zorg geeft en hoe betrouwbaar is dit? Het gaat om een optimaal medicatiebeleid, dus doen van reviews is zinvol. Afname van hoeveelheid medicijnen is niet haalbaar bij ouderen.

Ook landelijk is er behoefte aan een set indicatoren voor ouderenzorg.

Onderwerpen in de landelijke discussie zijn:

- Aanwezigheid zorgplan
- Samenwerking bij dementie
- MDO
- Contactpersoon in HIS
- Levensindewensen – Behandelverbod
- Advanced Care Planning
- Communicatie naar Huisartsenpost en Specialisten
- Regelmaat in medicatiereviews

Deze landelijke ontwikkeling volgend: Binnen Laego, het landelijke netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde, is een werkgroep gevormd om samen met de zorgverzekeraar relevante kwaliteitsindicatoren te formuleren. Vooral nog zijn het vooral procesindicatoren die zinvol zijn in ouderenzorg.

Cijfers: 2014 ten opzichte van 2013

- Aantal ingeschreven patiënten bij de pilotpraktijken: totaal 17.923.
- Aantal 65+ ingeschreven bij de zorggroep: 3.699.
- Van deze 65 plussers is 10% kwetsbaar bevonden (GFI score 4 of meer, ICPC A05).
- Het totaal aantal KWO geïnccludeerd in de pilot is licht gedaald vanwege het feit dat de kwetsbare ouderen met DM-2 in 2014 geëxcludeerd zijn voor de DBC ouderenzorg, en weer terug in de DBC DM.
- Van het aantal KWO is 15% overleden in 2014, dit is gelijk gebleven t.o.v. 2013.
- 14% is verwezen naar verpleeghuis, dit is met 5% gestegen t.o.v. 2013.
- In 8% van de KWO is een consultatie aangevraagd bij de Specialist Ouderengeneeskunde.
- Het aantal medicatiereviews is gedaald van 17 naar 9%. Dit komt door het feit dat bij 1 praktijk de betrokken apotheker met zwangerschapsverlof was en hierdoor een aantal maanden geen reviews zijn gedaan.
- Minuten casemanagement: gedurende een aantal maanden is door de POH-O bijgehouden hoeveel tijd besteed wordt aan taken casemanagement: dit bedroeg voor in 2014 1142 minuten dus 7u per KWO per jaar gemiddeld.
- Barthel index: deze Barthel score is minder vaak afgenomen, dit vanwege het feit dat de Barthel vragenlijst niet halfjaarlijks wordt afgenomen bij iedere KWO. Barthel wordt gebruikt voor het in kaart brengen van beperkingen in ADL. Dit wordt vertaald naar haalbare acties en doelen. De Barthel wordt niet gebruikt als instrument om halfjaarlijks bij ieder KWO af te nemen. Dit is een te korte periode en zou nog weer extra tijd van POH vereisen.
- Rapportcijfer QOL: bij 5% van de KWO afgenomen met gemiddelde van 6.9
- Rapportcijfer klanttevredenheid: totaal 14 keer afgenomen met gemiddelde score van 7.6

Cijfers: 2015 ten opzichte van 2014

- Aantal ingeschreven patiënten bij de pilotpraktijken: totaal 17.958 .
- Aantal 65+ ingeschreven bij de zorggroep: 4051.
- Van deze 65 plussers is 7% kwetsbaar bevonden (GFI score 4 of meer, ICPC A05).
- Van het aantal KWO is 22% overleden in 2015, dit is gestegen t.o.v. 2014.
- In 8% van de KWO is een consultatie aangevraagd bij de Specialist Ouderengeneeskunde. Dit is gelijk gebleven t.o.v. 2014
- Het aantal medicatiereviews is gestegen van 9% naar 12%.
- Rapportcijfer QOL: bij 19% van de KWO afgenomen met gemiddelde van 7
- Rapportcijfer klanttevredenheid: totaal 67 keer afgenomen met gemiddelde score van 7.7

Aandachtspunten bij interpretatie van de indicatoren van de pilot

- De KWO met DM2 zijn geëxcludeerd uit de pilot i.v.m. dubbelfinanciering en het feit dat paramedici in DM zorg niet gefinancierd worden vanuit de DBC ouderenzorg.
- In 2013 is de pilot module Ouderenzorg in het KOS gestart. Deze implementatie heeft tijd en veel bijsturing gevraagd. Dit is van invloed geweest op de volledigheid van registratie en daarmee de uitspoel van getallen.
- De cijfers die verkregen zijn laten nog niet het gewenste resultaat zien. Hiervoor is naast bovenstaande punten, de looptijd te kort. Dit strookt met resultaten uit landelijke projecten ouderenzorg: er is geen winst in kosten. Door het starten van proactieve zorg zullen kosten in eerste instantie mogelijk stijgen.
- De winst van gestructureerde ouderenzorg zit in proactieve zorg en de geïntegreerde samenwerking binnen het kernteam. Hierdoor kan de KWO langer zelfstandig blijven wonen met zoveel mogelijk behoud van zelfredzaamheid.

Kwaliteit en doelmatigheid

- Gezondheidstoestand bij de KWO blijft gelijk, ervaren problemen, ernst van de problemen en het aantal problemen nemen wel af. Dit is een algemeen doel voor het opzetten van zorg voor KWO. Met de pilot hoop je hieraan bij de te dragen. Onderdelen hiervan zijn gemeten maar niet ervaren problemen en afname van aantal problemen specifiek gemonitord.
- Complexiteit van de zorgbehoeften en kwetsbaarheid blijft gelijk. De geboden zorgintensiteit neemt wel af. Verschuiving van complex naar kwetsbaar met de juiste interventies, samenwerking binnen het kernteam en afspraken over casemanagement.
- Ouderen lijken meer zelfredzaamheid te ervaren doordat de ervaren gezondheidsproblemen afnemen en de eigen regie (mantelzorg!) toe neemt.
- Meer aandacht voor de persoonlijke situatie van KWO. Daardoor wordt meer gevoel van geborgenheid en veiligheid ervaren en meer regie over eigen leven. Meer vertrouwen bij de KWO en mantelzorg om langer thuis te kunnen wonen.
- Kernteam is steeds beter in staat geïntegreerde ouderenzorg te leveren. Langdurig contact met ouderen zorgt voor een vertrouwensrelatie. De casemanager krijgt zo een beter inzicht in belangrijke onderwerpen voor een oudere en de achterliggende situatie. Hierdoor is de CM beter in staat aan te sluiten bij de behoefte van de oudere en kan zij zo nodig preventief actie ondernemen om verergering van problemen te voorkomen. Hiermee zet de CM de juiste zorg in op de juiste plek. Het delen van casuïstiek binnen het MDO is hiervoor zeer illustratief en leerzaam geweest.

3. Resultaten zorgprogramma kwetsbare ouderen

Mate waarin de doelstelling van het experiment behaald is

In de aanvraag van het experiment is het volgende opgenomen:

Beoordeling van de resultaten

De beoordeling van de resultaten van het zorgprogramma kwetsbare ouderen worden bepaald door de uitkomsten op klant, kwaliteit, kosten en de interpretatie van het geheel. Voor de zorgverzekeraar zijn de kosten daarin leidend. De volgende scenario's met resultaten worden als positief beoordeeld:

Scenario 1.	Scenario 2.	Scenario 3.
- klant (hogere score)	- klant (gelijk)	- klant (gelijk)
- kwaliteit (beter resultaat)	- Kwaliteit (beter)	- kwaliteit (gelijk)
- kosten (lagere kosten)	- Kosten (lager)	- kosten (lager)

Dashboard zorgprogramma kwetsbare ouderen

Gedurende de looptijd van het experiment zijn bij aanvang opgestelde indicatoren bijgehouden in een hiervoor opgesteld dashboard (figuur 1). Zoals eerder beschreven vraagt het kunnen monitoren van deze KPI's om een juiste registratie.

Hieronder een weergave van de klant, kwaliteit en kosten indicatoren zoals bijgehouden.

Indicator	Gewenst resultaat	Behaald resultaat								
		apr-14	dec-14	dec-15	2011	2012	2013**	2014**	2015	2016
Klant	Rapportcijfer Kwaliteit van leven	7	7	6,95	7					
Kwaliteit	Percentage kwetsbare ouderen in de 65+ populatie van de hoofdcontractant	nvt	-	10%	7%					
	Gemiddelde score vragenlijst ADL (Barthel) per kwetsbare oudere	Gelijkblijvend	0	10,3	9,65					
	Percentage verwijzingen van kwetsbare ouderen naar de 2e lijn	Dalend	-	-	-					
	Percentage verwijzingen van kwetsbare ouderen naar verpleeghuis voor opname	Dalend	9%	14%	-					
	Percentage kwetsbare ouderen met polyfarmacie* dat een medicatie review krijgt	Stijgend tot 100%	17%	9%	12%					
	Gemiddeld rapportcijfer over de tevredenheid van de kwetsbare oudere over ontvangen zorg en welzijn	7	nvt	7,6	7,7					
Kosten	Gemiddelde zorgkosten per kwetsbare oudere	Dalend	€ 5.184	€ 6.222	€ 7.978	€ 6.348				

*polyfarmacie: gebruik van 4 of meer medicijnen
 ** kosten 2013 - 2014 zijn exclusief geriatrie revalidatie en verpleging en verzorging NB. Kosten over 2014 nog niet volledig uitgedeclareerd

Figuur 1: dashboard zorgprogramma kwetsbare ouderen

Klant

Het rapportcijfer Kwaliteit van leven zoals door de experimentgroep is gegeven lijkt zeer stabiel. Het beoogde resultaat zoals in de scenario's is beschreven lijkt hiermee gehaald. Opgemerkt moet worden dit in 2014 over 5% en in 2015 over 19% van de pilotgroep is gemeten.

Kwaliteit

Op het onderdeel Kwaliteit is gebleken dat het beperkt of niet mogelijk is geweest om de indicatoren op juiste wijze te vervolgen. Dit geldt met name voor de onderdelen:

- Percentage verwijzingen van kwetsbare ouderen naar de 2e lijn
- Percentage verwijzingen van kwetsbare ouderen naar verpleeghuis voor opname

- Percentage kwetsbare ouderen met polyfarmacie dat een medicatie review krijgt (score lijkt zeer laag; heeft te maken met onjuiste registratie)

Maar ook op de onderdelen 'rapportcijfer Kwaliteit van leven, tevredenheid zorg en welzijn, dan wel de Barthel score' zien we dat het afnamepercentage binnen de experimentgroep (ver) onder de 50% ligt. Al met al moeten we constateren dat voor het onderdeel Kwaliteit op het moment van schrijven van de evaluatie geen eind resultaat te overleggen valt. Wel zal dit onderdeel ook na het experiment vervolgd worden.

Kosten

Het monitoren van zorgkosten is op dit moment mogelijk t/m 2014 (NB. kosten voor met name voor medisch specialistische zorg zijn ook over 2014 nog niet 100% uit gedeclareerd).

Het dashboard biedt een ruimer overzicht ook om de trend over voorgaande jaren in beeld te brengen.

Tot dusver geconstateerd:

- De pilotgroep lijkt ook vanuit kostenaspect geselecteerd op kwetsbaarheid. Redenen voor inclusie binnen het zorgprogramma?
- Kostenverschuiving over opgenomen jaren lijkt samen te hangen met de omvang van de kleine pilotpopulatie.
- Een wisselende kleine groep binnen het experiment zorgt voor hoge(re) zorgkosten.
- Verschuivingen in de financiering van het zorgstelsel (Zvw, AWBZ>WLZ etc.) gedurende de pilot maakt het lastiger zorgkosten juist te monitoren dan wel te vergelijken.

Vastgesteld moet worden dat voor het onderdeel Kosten het op dit moment niet mogelijk is om het resultaat aan te geven. Uiteraard blijven betrokken partijen de experimentgroep op dit onderdeel vervolgen om toekomstgericht hier wel iets over te kunnen zeggen. Verdere monitoring blijft dus van belang.

4. De totale kosten van het experiment

Een kostenoverzicht (figuur 2) van aantal gedeclareerde prestaties, gespecificeerd per kwartaal gedurende de looptijd van het experiment.

Merk	Jaar Behandeling	Kwartaal Behandeling	Verg. El. Code	Verg. El. Omschrijving	Aantal Geboekt	Bedrag Geboekt In Er
Menzis	2013	2	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	274	€ 16.193,40
Menzis	2013	3	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	273	€ 16.134,30
Menzis	2013	4	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	274	€ 16.193,40
Menzis	2014	1	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	271	€ 16.016,10
Menzis	2014	2	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	253	€ 14.952,30
Menzis	2014	3	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	249	€ 14.715,90
Menzis	2014	4	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	242	€ 14.302,20
Menzis	2015	1	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	274	€ 16.193,40
Menzis	2015	2	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	290	€ 17.139,00
Menzis	2015	3	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	289	€ 17.079,90
Menzis	2015	4	01/15132	Pilot Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen	294	€ 17.375,40
				Som:	2.983	€ 176.295,30

Figuur 2: kostenoverzicht totale experiment

5. Zorgprestatie na de experimentperiode

Het experiment kent een looptijd van 01 april 2013 tot 01 april 2016.

Vanaf 01 januari 2016 zet Menzis via een driejarig inkoopbeleid in op o.a. integrale zorg voor kwetsbare ouderen vanuit de huisartsenpraktijk. Inhoudelijk wordt aangesloten op landelijk onderzoek en ervaringen uit eerdere pilots zorg voor kwetsbare ouderen (waaronder het voorliggende experiment).

Menzis biedt hiervoor een 3 tal modules aan die inzet in samenhangende zorg voor de kwetsbare oudere financieel mogelijk maakt.

1. Voorbereidingsmodule integrale zorg voor kwetsbare ouderen
2. Module integrale zorg voor kwetsbare ouderen (vervolgmodule)
3. Module Organisatie en infrastructuur (deze module geldt voor samenwerkingsverbanden).

Bekostiging van integrale zorg voor kwetsbare ouderen en continuering van de zorg zoals omschreven onder dit experiment zal vanaf 01-01-2016 hiermee vervolgd kunnen worden via Segment 3 van de reguliere huisartsenbekostiging.

Meer informatie over specifiek het zorginkoopbeleid Integrale zorg voor kwetsbare ouderen is opgenomen in het document "Aanvullend inkoopbeleid 2016" via de website van Menzis [Zorginkoop 2015-2016](#) .