

Regio Gooi en Vechtstreken en Almere

Duurzame zorg en ondersteuning voor
ouderen in de regio

November 2019

Nienke van Pijkeren
Iris Wallenburg

Colofon / Colophon

Regioscan Gooi en Vechtstreken en Almere (GVA)

Duurzame zorg voor ouderen in de regio

Author, date

Uitgever/Publisher

Marketing & Communicatie ESHPM

Vormgeving/Design

PanArt.nl

Druk/Print

De Bondt grafimedia

Regioscan Gooi en Vechtstreken en Almere

Duurzame zorg en ondersteuning voor ouderen in de regio

28 november 2019

Nienke van Pijkeren
Iris Wallenburg

Inhoudsopgave

Management samenvatting	5
2 Inleiding	8
3 Demografische ontwikkelingen en zorggebruik	10
3.1 Bevolkingsprognose	10
3.2 Ontwikkeling zorgvraag	12
3.3 Conclusie	15
4 Zorgaanbieders	16
4.1 Betrokken zorginstellingen	16
4.2 Conclusie	21
5 Regionale aanpak: specialisme ouderengeneeskunde	23
5.1 Regionale aanpak: Zorg Dichterbij	23
5.2 Regionale aanpak: samenwerkingen, netwerken en projecten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3 Van specialist ouderengeneeskunde naar specialisme ouderengeneeskunde	23
5.4 Conclusie	26
6 Discussie	28
Literatuur / References	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage A: Zorginstellingen	30
Bijlage B: Matrix – samenwerkingen, netwerken en lopende projecten.	33

Management samenvatting

De regioscan 'Gooi en Vechtstreken en Almere' (GVA) brengt de regionale problematiek én mogelijkheden voor een regionale aanpak van de zorg aan ouderen in kaart. De scan beschrijft relevante demografische ontwikkelingen (ontwikkeling bevolkingssamenstelling, verwacht toekomstig zorggebruik, aard van zorg), alsmede ontwikkelingen in het zorgaanbod in de regio en de personele inzet. Daarnaast wordt inzicht geacht gegeven in lopende initiatieven in de regio op het gebied van personele inzet en kwaliteit van zorg. De regioscan geeft een beeld ('nulmeting') van hoe de regio ervoor staat en voor welke opgaven de regio staat. De scan geeft tevens input voor een regionale pilot die door onderzoek wordt gevolgd. Aan het eind van het programma kan de regioscan worden herhaald om zowel opbrengsten en leerervaringen als wel eventuele vervolgvragen te beschrijven. De regioscan is daarmee zowel een sturings- als een evaluatie-instrument dat past binnen de actiegerichte aanpak van het programma.

Beeld van de regio

De regio GVA is een vergrijzende regio. Met name de komende jaren zal de vergrijzing en daarmee het verwachte zorggebruik snel toenemen. Dit speelt des te sterker voor de voorheen 'jonge steden' als Almere, waar het aantal 80-plussers in 2040 meer dan zal verdubbelen. Dergelijke aantallen gelden ook voor andere gebieden in de regio. VVT-instellingen en woonzorgcentra ervaren reeds een toenemende druk van een steeds zwaardere categorie cliënten, met name in de PG maar ook de 'dubbel problematiek' van oudere GGZ-patiënten neemt snel toe. Opvallend in deze regio is de nauwe samenwerking tussen huisartsen en de kleinschalige zorginstellingen (woonzorgcentra). De behoefte aan SO-capaciteit neemt weliswaar toe, maar dit is –in tegenstelling tot veel andere regio's– vooral ter aanvulling op die van de huisarts en niet ter vervanging. De grote VVT-instellingen hebben vooralsnog voldoende SO's in dienst om intramuraal de medische behandeling te kunnen leveren. De urgentie voor deze regio zit vooral in de voorspelde toenemende zorgvraag van PG- cliënten en 'specifieke doelgroepen' zoals Parkinson patiënten, en de toename van specialistische zorg aan huis. Dit tegen de achtergrond van een groeiende wachtlijsten en langere opnameduur bij VVT-instellingen. Gebrek aan SO-capaciteit wordt in deze regio op dit moment vooral ervaren in de eerstelijns. Intramuraal zijn er vooral tekorten over de brede linie; waaronder vlg-3, vpk 4-5, GZ-psychologen, casemanagers dementie. Deze tekorten, in samenhang met een groot verloop van medewerkers binnen de zorgteams leggen ook druk op de medische teams. Tegelijkertijd is er sterk behoefte aan meer kwantitatieve informatie over bijvoorbeeld cliëntenaantallen (PG/Parkinson, etc) en het verloop van zorgverleners om zo beter te kunnen sturen op (verwacht) zorggebruik. Dergelijke informatie is nu onvoldoende voorhanden.

Kenmerkend voor de regio GVA is verder de focus op verpleegkundige zorgverlening: er is een regionaal programma rondom verpleegkundig leiderschap en een verpleegkundige dienst die de triage doet van zorgvragen. In het verder uitbreiden van de rol van verpleegkundigen wordt een mogelijke oplossing gezien om de ouderenzorg in de regio te versterken en meer toekomstbestendig te maken. Daarnaast is verdergaande regionale samenwerking nodig om ook in de toekomst bestendige ouderenzorg te kunnen leveren.

In deze regioscan leggen we de regio langs een meetlat van zeven thema's of 'indicatoren' die uit het onderzoek in deze en andere regio's naar voren komen als centrale aspecten in de aanpak van de voorspelde en ervaren krapte in de behandeling van ouderen. De beschrijvingen aan de hand van deze indicatoren geven inzicht in de regio en kunnen worden gebruikt als nulmeting om het effect van beleid en (nieuwe) initiatieven inzichtelijk te maken.

Regionale samenwerking

Op dit moment is de regionale samenwerking nog beperkt tot een aantal kleinschalige initiatieven (zoals de verpleegkundige dienst) en lang bestaande samenwerkingsstructuren zoals de verhuur/inhuur van een SO. Tegelijkertijd wordt de urgentie aangegeven dat naar meer structurele oplossingen moet worden gezocht om zowel intra-als extramuraal aan de stijgende zorgvraag te kunnen voldoen. Er worden diverse initiatieven genomen om tot meer regionale samenwerking te komen, bijvoorbeeld via de regiovisie Zorg dichterbij en door deelname aan het programma Duurzame Medische Zorg aan Ouderen.

Taakherschikking

Opvallend is dat in regio GVA, in vergelijking met andere regio's uit het landelijke programma, nauwelijks met VS, of PA's wordt gewerkt. Dit heeft mogelijk te maken met de bevinding dat tekorten niet zozeer rondom de SO worden ervaren, maar meer over de gehele linie. Enkele organisaties zijn gestart met inzet van VS, of geven aan deze mogelijkheden te willen verkennen omdat VS intramuraal bepaalde taken kan overnemen waardoor een SO vaker ingezet kan worden in de eerstelijnszorg. Daarbij kan de inzet van VS de relatie tussen de zorgteams en medische teams versterken. Voor de grote zorginstellingen (m.u.v. Zorggroep Almere) speelt deze kwestie nu niet; zij kunnen nog voldoende in de zorgvraag voorzien.

Verpleegkundige rollen

Alle deelnemende zorginstellingen hebben geïnvesteerd in het aantrekken van hbo- en gespecialiseerde verpleegkundigen om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren; zowel in de directe patiëntenzorg als voor de coaching en opleiding van verzorgenden. Gezocht wordt nog naar een goede inbedding van deze verpleegkundigen in de zorgteams. De verpleegkundige dienst, als een medium voor de inzet van triage, wordt beschouwd als een goed voorbeeld voor hoe verpleegkundigen kunnen worden ingezet. Binnen de regio is een programma opgezet voor verpleegkundig leiderschap. Dit is een uniek en regionaal programma wat verdere kansen biedt voor het versterken van de verpleegkundige inzet.

Samenwerking eerste lijn

Bestuurders, managers en zorgverleners zijn van mening dat de toekomst van de ouderenzorg steeds meer 'thuis' is, alsmede in de overbruggingsfase van thuis naar het verpleeghuis. Dit komt tot uiting in het Programma Zorg Dichterbij waarin gestreefd wordt om 20% van de medisch specialistische zorg buiten het ziekenhuis (d.w.z. 'aan huis') plaats te laten vinden. Meer structurele samenwerking met de eerste lijn is nu veelal nog beperkt, met uitzondering van eerdergenoemde kleinschalige woonzorgcentra in de regio.

Technologische innovatie

Zorgtechnologie waaronder domotica worden genoemd als ondersteunende oplossing om de zorg minder arbeidsintensief te maken. In de regio GVA wordt zorgtechnologie nog beperkt toegepast en vooral per instelling of locatie. Hier ligt ruimte om te experimenteren en regionaal uit te wisselen.

Onder technologische innovatie valt ook het gebruik kunnen maken van sturingsinformatie, zoals (verwacht) zorggebruik per aandoening. Dit is nu regionaal niet of nauwelijks voorhanden.

Advies pilot

Het programma 'Duurzame medische zorg aan ouderen' is erop gericht te experimenteren met, en daarbij te leren van en over regionale samenwerking in de zorgverlening aan ouderen. De regio GVA moet hier nog uitspraken over doen. Vanuit het onderzoek voor de regioscan en de discussies tijdens regionale bijeenkomsten ligt in de regio de nadruk op het programma Zorg Dichterbij. Het zwaartepunt (ook t.a.v. de opbrengsten) van dit programma ligt momenteel echter nog bij het ziekenhuis. Dit kan verbreed naar de VVT-instellingen. Het biedt de mogelijkheid de zorg verder te ontschotten en de samenwerking met de eerstelijns te verstevigen. Een dergelijke verschuiving heeft consequenties voor de taken en rollen van zowel intra-als extramuraal werkende zorgprofessionals, net als bestuurlijke verantwoordelijkheid 'over de grenzen van de zorginstelling heen'. Actie-onderzoek is een passend middel om 'opdoemende' kwesties aan te pakken en zowel kansen als knelpunten te identificeren en bespreekbaar te maken. Dit helpt om een regionale aanpak van langdurige zorg te verstevigen.

De rol van cliënten in de regionalisering van de ouderenzorg is tot nu toe nog vooral indirect. Zij kunnen in het vervolg een grotere rol krijgen, zowel als stakeholder in de ingezette ontwikkelingen als ervaringsdeskundige. Dit kan via de cliëntenraden van de betrokken zorginstellingen en door een aantal cliënten en/of mantelzorgers te betrekken in een stuurgroep of klankbordgroep van het programma.

1 Inleiding

De regio Gooi en Vechtstreken en Almere (GVA) omvat de gemeenten Almere, Blaricum, Eemnes, Gooise Meren, Hilversum, Huizen, Laren, Wezep en Wijdmeren. De regio heeft te maken met een groeiende groep (kwetsbare) ouderen die aanspraak maakt op Wlz-zorg. Daarbij neemt niet alleen het aantal ouderen dat zorg gebruikt toe, maar ook de complexiteit van zorg en de zorgzwaarte. Dit sluit aan op de snel vergrijzende populatie in de regio, waarbij ouderen langer thuis wonen, steeds vaker intensievere zorg aan huis ontvangen en met hogere indicaties worden opgenomen in de zorginstellingen.

Tegelijkertijd heeft de regio te maken met (dreigende) personeelskrapte, variërend van verzorgenden en verpleegkundigen tot medisch behandelaren. De verwachting is dat deze krapte de komende jaren snel zal toenemen doordat de zorgvraag stijgt en een grote groep van de huidige zorgverleners de pensioengerechtigde leeftijd gaat bereiken. Voor de nabije toekomst wordt een grotere behoefte aan onder andere SO-capaciteit verwacht, evenals aan andere beroepsbeoefenaren zoals gedragspsychologen, casemanagers dementie en verpleegkundigen (met name vpk4-5 en vig-3).

Met de regionale programmavisie Zorg Dichterbij speelt de regio in op de toekomst door meer zorg aan huis te leveren. Het streven is dat 20% van de ziekenhuiszorg aan huis geleverd gaat worden. Door de toename van specialistische zorg aan huis wordt ook meer gevraagd van zorgprofessionals die werkzaam zijn in de wijk. Zodoende is niet alleen intramuraal, maar ook extramuraal behoefte aan meer specialistische zorg. Daarmee neemt ook de vraag naar consultatie van SO's toe, veelal in samenwerking met de huisarts. De nadruk in het programma 'Zorg Dichterbij' ligt nu nog op het ziekenhuis en de verschuivingen die daar gaan plaatsvinden. De wens en noodzaak is om een stevigere invulling te geven aan de langdurige zorg en de rol van de VVT-instellingen hierin.

Bovenstaande ontwikkelingen vragen om een structurele verandering van de inzet van zorgverleners en het ontwikkelen van alternatieve vormen van het organiseren en uitvoeren van zorg en behandeling aan ouderen. In de regio Gooi en Vechtstreken en Almere (GVA) gebeurt dit binnen het programma "Specialisme Ouderengeneeskunde Gooi en Vechtstreken en Almere (SOG-GVA)", waarbij onder de regionale visie van Zorg Dichterbij pilotproject(en) worden opgesteld. Doel van het programma is om regionale samenwerking op te zetten dan wel te versterken om zo de medische zorg aan ouderen in de regio te verstevigen en toekomstbestendig te maken.

De regio GVA heeft zich aangesloten bij het landelijke programma Duurzame Medische Zorg aan Ouderen. Dit is een landelijke kwaliteitsbeweging waarin regio's, zorgkantoren en overheid gezamenlijk ervaringen opdoen met het regionaal inrichten van ouderenzorg. Het programma vindt plaats onder begeleiding van de Erasmus Universiteit Rotterdam en Waardigheid & Trots. In dit programma wordt van iedere deelnemende regio een scan gemaakt die input geeft voor een pilot met het 'anders' organiseren van de ouderenzorg in de regio. Daarnaast leren regio's van elkaar doordat bevindingen actief worden gedeeld. Zorgkantoren, het ministerie van VWS en andere stakeholders zoals de IGJ zijn betrokken omdat het 'anders' organiseren ook iets vraagt van regelgeving en toezicht.

Het voorliggend document is de regioscan. De scan is gemaakt aan de start van het programma SOG-GVA. De opzet van de regioscan is conform die van andere regio's om zo een (kwalitatieve) vergelijking tussen regio's mogelijk te maken en bovendien aandacht te geven aan regio-specifieke ontwikkelingen of wensen. Het vormt daarmee meteen een (kwalitatieve) 'nulmeting' waarin huidige problemen in de regio en mogelijke oplossingen/oplossingsrichtingen worden beschreven. Aan het eind van het programma wordt, met welbevindingen van de regionale bestuurders, de regioscan herhaald om zowel opbrengsten en leerervaringen als wel eventuele vervolgvragen te beschrijven. De regioscan is daarmee zowel een sturings- als een evaluatie-instrument dat past binnen de actiegerichte aanpak van het programma.

De regioscan GVA is als volgt opgebouwd: het volgende hoofdstuk geeft een beschrijving van de demografische ontwikkeling van de in de regio gelegen gemeenten. Daarbij wordt zowel gekeken naar veranderingen in de bevolkingssamenstelling als (verwacht) zorggebruik. Ook wordt de ontwikkeling van

de beroepsbevolking in de regio weergegeven. Hoofdstuk drie geeft een overzicht van de zorginstellingen betrokken bij het programma SOG-GVA. Daarbij wordt ingegaan op de problematiek rondom personeelstekorten die door de verschillende instellingen wordt ervaren en reeds genomen initiatieven om tegemoet te komen aan de stijgende vraag naar zorg. In hoofdstuk vier gaan we hier verder op in als we het regionale programma SOG-GVA beschrijven en ervaren problematiek in een regionale aanpak verder verkennen. Dit biedt de opmaat voor het afsluitende hoofdstuk waarin een aantal mogelijke pilots worden besproken voor deze regio.

2 Demografische ontwikkelingen en zorggebruik

2.1 Bevolkingsprognose

De regio 'Gooi en Vechtstreken en Almere' bestaat uit negen gemeenten; Almere, Blaricum, Eemnes, Gooise Meren, Hilversum, Huizen, Laren, Weesp, en Wijdemeren. In 2018 telde de regio 466.076 inwoners.



De regio als geheel groeit gestaag (11,13 % groei van 2020 tot 2040). Het is een diverse regio waar zowel bevolkingsgroei als bevolkingskrimp plaatsvindt. In onderstaande tabel is het aantal inwoners per gemeenten weergegeven¹.

Tabel 1: verwachte bevolkingstoename/daling

Gemeente	2020	2030	2040	Krimp / Groei (van 2020 – 2040)
Almere	206.300	228600	249100	+20,74 %
Blaricum	10600	12100	13100	+23,58 %
Gooise meren	9000	8900	8900	-1,11%
Hilversum	57000	57300	58100	+1,92 %
Huizen	89400	93700	96200	+7,60 %
Huizen	41400	41000	40400	-2,41 %
Laren	10900	10600	10500	+3,80 %
Weesp	19600	20700	21500	+9,69 %
Wijdemeren	23000	22200	21400	+6,95 %
GVA-totaal	467.200	495100	519200	+11,13 %

Bron: bevolkingsprognose regio GVAi per gemeente, cijfers afkomstig van CBS¹

Volgens de prognose groeit het aantal inwoners in vrijwel alle gemeenten, of blijft het aantal inwonersaantal de komende jaren stabiel. Om inzicht te krijgen in de veranderende zorgvraag in de ouderenzorg verdelen we de prognose onder in het aantal 65-plussers en aantal 80-plussers². De groep ouderen zal in de regio sterk gaan groeien: volgens de prognoses is in 2020 19,8% van de bevolking 65-plus en loopt dit in 2030 op naar 23,1%, ongeveer een kwart van de bevolking behoort dan tot de leeftijdsgroep 65-plus, vervolgens lijkt het licht af te nemen/ te stabiliseren rond 2040. De stabilisatie is ook zichtbaar in onderstaande tabel. Het aandeel 80-plussers neemt echter flink toe; met 52% in 2030 (t.o.v. 2020) en 115% in 2040 (t.o.v. 2020).

Over de gehele regio zal het totaal aantal 65-plussers (inclusief de 80-plussers) toenemen; van 23,9% van de populatie in 2020, naar 30,5% (Zie Tabel 2 en 3 hieronder). Het aandeel van de werkenden neemt tegelijkertijd af. Dit leidt met name in gemeente Huizen en Wijdemeren tot een grote grijze druk (Tabel 4):

² Data verkregen via Zorgkantoor Zilveren Kruis

de omvang van 65+ groep ten opzichte van de groep 20-40-jarigen is daar naar verwachting groter dan 50% in 2040.

Tabel 2: verwachte ontwikkeling 65 plussers

Prognose 65-plussers (inclusief 80-plussers)

Gemeente	2020	2030	2040
Almere	27900	50600	66900
Blaricum	2900	3400	3400
Eemnes	2000	2600	3000
Gooise meren	12900	15600	17100
Hilversum	1710	1930	2100
Huizen	9500	11900	12600
Laren	3000	3300	3400
Weesp	3900	4800	5400
Wijdmeren	5800	6900	7300
GVA totaal	71630	103060	123240

Bron: bevolkingsprognose regio 't Gooi 65-80 plussers

<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81273NED/table?ts=1573226734011&fromstatweb=true>

Prognose 65-plussers (exclusief 80-plussers)

	2020	2030	2040
GVA totaal	472.928	506.971 (+6%)	541.677 (+14%)
Aantal 65-80 plussers	93.826	117.111 (+24%)	119.271 (+27%)

Bron: bevolkingsprognose regio 't Gooi 65-80 plussers, cijfers afkomstig van CBS

Tabel 3: verwachte ontwikkeling 80-plussers

Gemeente	2020	2030	2040
Almere	4673	8528	15433
Blaricum	615	1176	1381
Eemnes	403	757	1008
Gooise meren	5826	8163	10500
Hilversum	4863	6461	8441
Huizen	2169	3475	4694
Laren	978	1190	1427
Weesp	967	1377	1750
Wijdmeren	1537	2393	2738
GVA totaal	22031	33520 (+52%)	47372 (+115%)

Bron: bevolkingsprognose regio 't Gooi 80 plussers, cijfers afkomstig van CBS

Tabel 4: grijze druk in %

Gemeente	2012	2020	2030	2040
Almere	12,9	16,5	22,9	26,7

Blaricum	42	53,2	51,3	47,2
Eemnes	26,2	33	39,7	45,7
Gooise meren	36,2	37,2	40,5	45,5
Hilversum	30,7	29,6	30,8	34,5
Huizen	29,3	37,1	46,5	50,4
Laren	54,2	46,3	42,3	41,1
Weesp	28	28,9	30,9	33,7
Wijdmeren	36,5	41,7	45,8	50,1

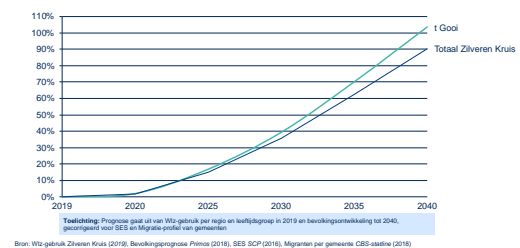
Bron: Volksgezondheid en Zorg, regionale prognosecijfers

2.2 Ontwikkeling zorgvraag

Een groeiende groep ouderen leidt tot een hogere zorgvraag. Analyses van Zorgkantoor Zilveren Kruis laten de ontwikkeling van de Wlz-zorgvraag zien. Gemiddeld 160 op de 1000 (16%) van de inwoners van 80 jaar en ouder maakte in 2018 gebruik van Wlz-zorg (met een totaal van 3035 inwoners van 80+ in de regio die Wlz ontvangen³), en 50 op de 1000 inwoners van 65 jaar en ouder (5%; totaal 2296 inwoners van 65+ welke Wlz ontvangen⁴).

De analyses van Zilveren Kruis laten verder zien de zorgvraag in de regio relatief hoog is in vergelijking met de andere zorgkantoorregio's van Zilveren Kruis (zie bijgesloten figuur). Hierbij zijn duidelijke verschillen tussen gemeenten te zien. De zorgvraag in Almere is momenteel lager dan gemiddeld, maar in Laren bijvoorbeeld hoger. De hogere zorgvraag houdt deels relatie met het aanwezige zorgaanbod; zo heeft gemeente Laren vier verpleeghuislocaties op ca 11.000 inwoners⁵.

Omvang van verwacht aantal klanten in de regio
[% stijging van klanten met VV-indicatie, 2019 - 2040]



Naast PG-zorg bieden de zorginstellingen in de regio GVA in toenemende mate zorg aan specifieke doelgroepen zoals patiënten met Korsakov en Parkinson. Ook is er een groeiende groep patiënten met psychiatrische klachten die intramuraal wordt opgenomen. Precieze cijfers over de huidige zorg en verwachte trends ontbreken, zowel regionaal als landelijk. Bestuurders (maar ook de patiëntenverenigingen) geven aan dat behoefte is aan meer cijfermatig inzicht om op te kunnen sturen.

Tabel 5: ontwikkeling ZPZ gebruik

ZPZ-populatie	2017	2036
Somatisch	985	1162 (+18%)

³ Bron: totaal 18.969 inwoners 80+ers in 2018, cijfers afkomstig van CBS

⁴ Bron: totaal 45.931 inwoners 65+ers in 2018, cijfers afkomstig van CBS

⁵ Bron: Cijfers uit 2017, VVT-regioplan, Zilveren Kruis

PG	3299	4222 (+28%)
Totaal	4284	5384 (+25%)

Source: Zorgvraag ZZP-patiëntenpopulatie, cijfers afkomstig van Zorgkantoor Zilveren Kruis

De onderstaande tabel toont een toename van het aantal mensen met dementie per gemeente. Met name gemeente Almere kent een forse absolute toename, ook in andere gemeente neemt het aantal mensen met dementie toe, dit is in overeenstemming met de prognoses van Zorgkantoor Zilveren Kruis.

Tabel 6: Ontwikkeling dementie (absoluut en naar percentage van de gemeentelijke bevolking)

	2020	2030	2040
Almere	1600 (0,8%)	2800 (1,2%)	4900 (2,0%)
Blaricum	210 (2,0%)	360 (3,0 %)	450 (3,4%)
Eemnes	150 (1,7%)	240 (2,7%)	330 (3,7%)
Gooise Meren	1300 (2,9%)	1600 (2,8%)	2100 (3,6%)
Hilversum	1700 (1,9%)	2100 (2,2%)	2600 (2,7%)
Huizen	760 (1,8%)	1100 (1,8%)	1500 (3,7%)
Laren	370 (3,4%)	530 (5,0%)	710 (6,8%)
Weesp	340 (1,7%)	490 (2,4%)	720 (3,3%)
Wijdmeren	520 (2.3%)	720 (3,2%)	930 (4,3%)
Totaal	6950	9940	14240

Bron: toename aantal mensen met dementie per gemeente, cijfers afkomstig van Alzheimer Nederland. Tussen haakjes het percentage dementerenden op de bevolking.

Opnameduur

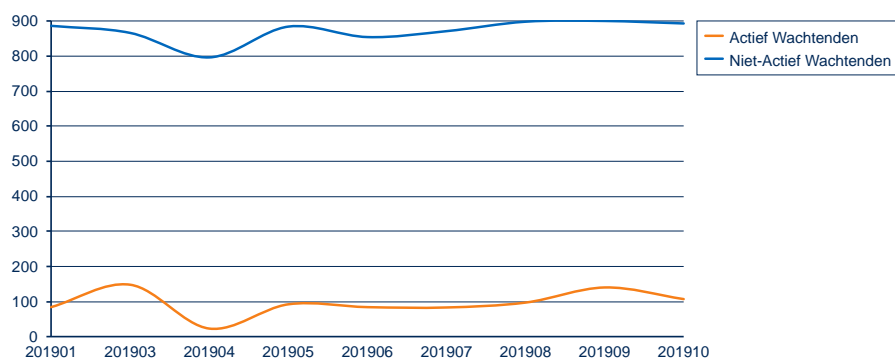
Cijfers van het Zorgkantoor uit januari 2019 laten zien dat cliënten gemiddeld zo'n 2,6 jaar (31 maanden) in een intramurale setting verblijven. Dit is een flinke stijging ten opzichte van het jaar januari 2015, waarbij de gemiddelde verblijfsduur nog 1,8 maanden betrof. Dit staat haaks op het algemeen geldende beeld dat de opnameduur is verkort. Over het algemeen verblijven psychogeriatrische cliënten langer in de intramurale zorg dan cliënten met een somatische zorgvraag. **[op dit moment zijn er geen cijfers beschikbaar van de opnameduur van de afzonderlijke groepen, het Zorgkantoor verwacht deze snel te kunnen opleveren]**

Wachlijsten VVT-instellingen

Uit de gesprekken met de verschillende zorginstellingen blijkt dat de wachtlijsten toenemen. Zowel de woonzorgcentra als de verpleeghuizen merken een groei van de wachtlijsten en verwachten dat de wachtlijsten in de toekomst nog langer zullen worden. SO's geven aan veel tijd kwijt te zijn met het vinden van een geschikte opnameplek. Tegelijkertijd worden er bedden gesloten als het productieplafond is bereikt. Enkele instellingen zijn bezig met het uitbreiden van de bedden capaciteit. Dit vereist echter ook meer personeel.

De onderstaande figuur laat de ontwikkeling van het aantal wachtenden zien voor de regio (cijfers 2019). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen actief wachtenden en niet-actief wachtenden. De nood zit bij de eerste groep. Deze groep schommelt rond de 100 cliënten in de regio. **[PM: wachtduur]**

Ontwikkeling van het aantal wachtenden in de regio
[Aantal wachtenden, 2019]



Bron: Wachtlijstgegevens

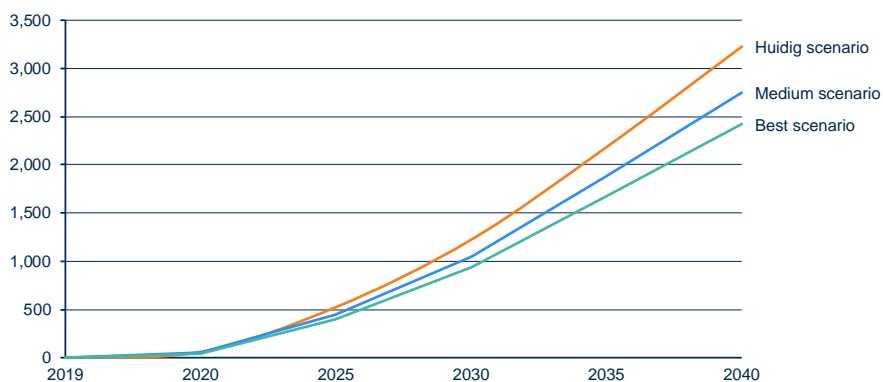
4

Huidige en toekomstige zorgvraag extramuraal

Een van de knelpunten in de regio is een toename van complexere zorg aan huis. Dit wordt in meerdere gesprekken met zowel bestuurders, SO's als verpleegkundigen in de wijkteams aangekaart. Dit is in lijn met het landelijke beleid en bovendien onderdeel van het regionale initiatief 'Zorg Dichterbij' waar de VVT-instellingen bij zijn aangesloten (zie ook hoofdstuk X). Zorg aan huis wordt door Zilveren Kruis gestimuleerd. Onderstaand een figuur met de analyse van het Zorgkantoor (november 2019) voor de benodigde intramurale plekken als zorg ook thuis kan worden geleverd.

Aantal nieuwe intramurale plekken benodigd op basis van scenario's

[# Nieuwe intramurale plekken door stijging zorgvraag, 2019-2040]



Toelichting: De scenario's zijn gebaseerd op het relatief aantal klanten dat zorg krijgt via VPT, MPT of PGB (zelfstandig wonen). Huidige situatie, het zelfstandig wonen percentage blijft in de toekomst gelijk. Medium scenario, het zelfstandig wonen percentage stijgt naar de beste 25% van de gemeenten binnen Zilveren Kruis. Best scenario, het zelfstandig wonen percentage stijgt naar de beste 15% van de gemeenten binnen Zilveren Kruis

Bron: declaratiegegevens Zilveren Kruis, zorgvraagprognose

3

Meer zorg aan huis vraagt ook om meer expertise in de eerstelijns. In de gesprekken werd aangegeven dat huisartsen het afgelopen jaar steeds vaker een beroep doen op expertise van SO's en andere behandelaren (zoals casemanagers dementie, sociaal agogen en praktijkverpleegkundigen). Een ander merkbaar gevolg is een toename van opnames van ouderen in de spoedzorg en bij de HAP. Dit hangt samen met personeelstekorten in de spoedzorg en HAP, waardoor er knelpunten in de keten ontstaan. Dit raakt ook de VVT-instellingen omdat cliënten 'in slechtere toestand binnenkomen'. Volgens

geïnterviewden worden cliënten te laat geïndiceerd. Er is tevens meer vraag naar consulten van SO's en behandelaren in de eerstelijnszorg. Ook ambulante verpleegkundige teams geven aan toenemende werkdruk te ervaren.

Conclusie

De analyses in dit hoofdstuk laten zien dat het zorggebruik in de GVA-regio de komende jaren sterk gaat toenemen. Dit hangt nauw samen met de toenemende veroudering van de bevolking waarbij met name een toename van het aantal 80+ is voorzien. De toename van de Wlz-zorg ligt hoger dan het landelijk gemiddelde; de regio zal met name met een grote stijging van psychogeriatrische zorg te maken krijgen. Daarnaast wordt in toenemende mate gespecialiseerde zorg verleend, zoals aan cliënten met Parkinson, Korsakov en GGZ-problematiek. Precieze cijfers zijn hierover niet voorhanden. In de ontwikkelingen zijn grote verschillen zichtbaar tussen gemeenten. Almere kent momenteel een relatief lage zorgvraag maar dit zal de komende jaren juist flink toenemen als de bevolking daar gaat verouderen. Laren is een gemeente met meerdere verpleeghuizen; in deze gemeente is de zorgbehoefte relatief hoog en zal verder groeien.

Kwantitatieve data-analyse laat zien dat de opnameduur toeneemt. Dit is echter in contrast met de beleving van de zorginstellingen die een korte opnameduur met hevigere (gedrags)problematiek ervaren. Dit vraagt om een nadere analyse aangevuld met kwalitatieve gegevens.

De verwachte toename van het aantal PG- en specifieke doelgroep-clieñten (Korsakov, Parkinson, GGZ, NAH) zal mogelijk tot gevolg hebben dat de wachtlijsten in de VVT-instellingen de komende jaren zullen groeien. Tegelijkertijd is het beleid erop gericht dat mensen zo lang mogelijk zorg thuis ontvangen. Samenwerking in de keten zal komende jaren dan ook steeds belangrijker worden, net als het gericht inzetten van specifieke expertise zoals die van de SO.

3 Zorgaanbieders

3.1 Betrokken zorginstellingen

In dit hoofdstuk bespreken we de zorginstellingen in relatie tot de medische behandelcapaciteit die in de instellingen aanwezig is, cq. waar behoefte aan is. Voor iedere zorginstelling zijn de specifieke kenmerken uitgevraagd (aantal bewoners, medewerkers, type zorg etc.). Deze zijn te vinden in de bijlage.

Amaris, Hilverzorg, Inovum, Vivium en Zorggroep Almere zijn grote, gespecialiseerde VVT-instellingen die van oudsher verpleeghuiszorg leveren. Buitenhaeghe Leger des Heils, De Oude Pastorie, Nusantara, en Rosa's Spierhuis zijn van oorsprong verzorgingshuizen die de afgelopen jaren te maken hebben gekregen met een toenemende mate van zorgcomplexiteit en een verschuiving naar verpleeghuiszorg. De medische behandeling wordt op verschillende manieren ingevuld. Nusantara levert bijvoorbeeld zorg met behandeling en heeft een specialist ouderengeneeskunde in dienst. In Buitenhaeghe, de Oude Pastorie en Rosa's Spierhuis heeft een huisarts de medische verantwoordelijkheid. Naast de medische behandelcapaciteit bespreken we in dit hoofdstuk de inrichting van de zorgteams, de inzet van VS en/of gespecialiseerd verpleegkundige en het gebruik van triage om op die manier een beeld te geven van de inrichting van de ouderenzorg in de regio.

Net als in andere regio's is de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in de kwaliteit van de ouderenzorg. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling en uitvoer van een groot aantal projecten in de regio. Een overzicht hiervan is te vinden in de bijlage.

Amaris

Amaris heeft 22 locaties in regio de regio, waarvan 14 locaties in de Gooi- en Vechtstreek. De medische dienst is gevestigd in de twee verpleeghuiscentra in respectievelijk Laren (Theodotion) en Hilversum (Gooizicht). De vier woonzorgcentra van Amaris maken de afgelopen anderhalf jaar een transitie door van 'cliënten zonder behandeling' naar 'cliënten met behandeling' waardoor de behandelaren niet langer enkel gekoppeld zijn aan de twee verpleeghuizen maar ook werkzaam zijn op andere locaties en in de eerstelijnszorg.

Amaris heeft momenteel 13 SO's in vaste dienst (10,58 fte.). De huidige bezetting is voldoende toereikend voor de intramurale zorg, echter om ook buiten de verpleeghuislocaties in de toenemende zorgvraag te kunnen voorzien ontstaat behoefte naar meer behandelaren. Dit zijn niet enkel SO's maar ook beroepsgroepen als ergo- en fysiotherapeuten. Op verschillende locaties wordt triage ingezet om de werkdruk op de medische dienst te verminderen. De triage wordt uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen.

De zorgteams van Amaris bestaan uit helpenden, vig-3, vpk-4 en praktijkverpleegkundigen. In de ambulante teams, werkzaam in de wijken, zijn ook vpk-5 werkzaam. Binnen de zorg kent Amaris (lichte) tekorten, met name aan verpleegkundigen 4-5. Dit geldt zowel voor de zorgteams binnen het verpleeghuis als de zorg in de wijk.

Buitenhaeghe Leger des Heils, locatie Almere

De instelling Buitenhaeghe is gevestigd in Almere met 129 Wlz plekken. Hieronder valt ook de Leger des Heils afdeling somatiek/NAH en somatisch/PG. De organisatie merkt een toename van gerontopsychiatrische cliënten, mede geïntensifieerd door de ambulantisering van de GGZ. Ook cliënten vanuit tbs-klinieken hebben opvang nodig maar voor deze doelgroep is nu nog nauwelijks plek. Justitie heeft contact gezocht met Leger des Heils voor deze doelgroep, echter zijn de huidige middelen en fysieke ruimten onvoldoende toereikend om in de zorgvraag van deze specifieke doelgroep te kunnen voorzien.

Om de toenemende vraag naar PG zorg te ondervangen is Buitenhaeghe gestart met het (her)opleiden van medewerkers, waaronder kwaliteitsverpleegkundigen (verpleegkundige niveau 4-5). De kwaliteitsverpleegkundigen richten zich op specifieke aandachtsgebieden. Daarnaast is er sinds kort een Coördinator Onbegrepen gedrag; dit is een toegepaste psycholoog welke tussen de zorgteams en de psycholoog beweegt. Op deze manier heeft de instelling een klein CCE team opgezet om crisis situaties met cliënten te ondervangen. Het is de bedoeling dat dit najaar een aantal medewerkers in samenwerking met het ROC intern worden opgeleid tot niveau 3, 4 en 5. Daarnaast wil Buitenhaeghe ruimte gaan bieden aan zij-instromers. Dit wordt ook door andere organisaties zoals Stichting KAG en Inovum als oplossing aangedragen om invulling te geven aan het tekort aan zorgpersoneel. De instelling heeft vacatures open staan voor zowel vpk-3, vpk-4, en vpk-5.

Een groot deel van het behandelteam van Buitenhaeghe wordt ingehuurd via de organisatie Net zorg. Vanwege bestaande tekorten aan SO-capaciteit kan deze organisatie echter al enige tijd geen SO meer leveren. Om dit te ondervangen zijn momenteel een drietal huisartsen betrokken bij zorginstelling Buitenhaeghe. Buitenhaeghe huurt voor 32 uur per week huisartsen in. De huisartsen houden visites, doen de familiegesprekken en hebben ieder hun eigen expertise en taken op zich genomen. Zo is een arts vooral gericht op de BOPZ-cliënten en regelt alle zaken hieromtrent. Buitenhaeghe geeft aan behoefte te hebben aan een SO op consultatiebasis, vooral met betrekking tot vraagstukken rondom onvrijwillige zorg en wilsonbekwaamheid. Naast een vaste psycholoog heeft Buitenhaeghe een samenwerking met een fysiotherapeut, ergotherapeut en diëtist in Almere.

De Oude Pastorie

De oude pastorie is een woonzorglocatie voor 26 cliënten met een focus op welzijn & zorg. Aan De Oude Pastorie zijn twee huisartsen verbonden die ieder wekelijks aanwezig zijn voor visites. Indien nodig consulteert de huisarts een SO. Daarnaast werkt De Oude Pastorie samen met een ergotherapeut, bewegingstherapeut, logopedist, fysiotherapeut en een mondhygiëniste die op advies van het team en via de huisarts worden ingezet.

De organisatie onderscheidt een drietal disciplines; welzijn & zorg, dagbesteding en facilitair. Het merendeel van de medewerkers (17) van welzijn & zorg is opgeleid tot vpg-3, ook zijn er vpk-4 (3) in dienst. Daarnaast zijn er een aantal werknemers met een achtergrond in SPH en SPW. De organisatie benadrukt dat niet alleen de medewerkers Welzijn & Zorg bijdragen aan het welzijn van de cliënten, maar ook de medewerkers van de dagbesteding, huishouding, linnenkamer en keuken. De teamsamenstelling en de teamsamenwerking is hierop gebaseerd.

Door de wijze waarop de zorgteams en het contact met de huisartsen is ingericht, is de organisatie momenteel niet afhankelijk van de beschikbaarheid van SO's. De organisatie geeft aan zowel binnen de zorgteams als in het contact met de huisarts geen problemen of tekorten te ervaren.

Hilverzorg

Hilverzorg heeft twee expertisecentra: de Zonnehoeve voor PG-zorg en Nieuw Zilverlande voor cliënten met NAH en Korsakoff. Daarnaast zijn er zeven woonzorglocaties voor somatische en PG-cliënten. De organisatie geeft aan dat er de afgelopen jaren duidelijke verschuivingen zijn in de cliëntengroep. Zo zijn cliënten veelal verder in hun ziektebeeld en lijkt de GGZ-problematiek omvangrijker te worden. De organisatie geeft aan dat het medewerkersbestand hier momenteel nog onvoldoende op voorbereid is.

Hilverzorg heeft een team van zo'n 60 behandelaren (43 fte). De behandelteams bestaan uit praktijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, maatschappelijk werkers, welzijnsspecialisten, en geestelijk verzorgenden. Het verloop onder SO's is afgelopen jaar groot geweest; op dit moment werken er twee SO's op ZZP-basis en artsen onder tijdelijke contracten. Daarnaast zijn er twee basisartsen in opleiding (< 2 fte). De organisatie geeft aan minstens drie fulltime SO's nodig te hebben om in de huidige en toekomstige zorgvraag te kunnen voorzien.

Door het tekort aan artsen zet de organisatie in op uitbreiding van verpleegkundige kennis en capaciteit. Op zowel de verpleegafdelingen als in de wijkzorg werkt Hilverzorg met een triagesysteem. Dit wordt uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen. Deze praktijkverpleegkundigen ondervangen via de triage zorgvragen aan de artsen. Hilverzorg heeft acht tot negen wijkteams welke zelfstandig opereren. Door het

groeïend personeelstekort, ook merkbaar in de wijken (vooral hoger geschoolde verpleegkundigen) zijn er vaker telefoontjes naar de verpleegkundige dienst, bijvoorbeeld door verzorgenden of helpenden die in de wijk werken en onvoldoende bekwaam zijn om bepaalde handelingen uit te voeren. Daarnaast worden de verpleegkundige teams ingezet door SO's en behandelaren om binnenshuis handelingen uit te voeren.

Inovum

Inovum heeft drie verpleeghuislocaties gevestigd in Loosdrecht, Hilversum en Kortenhoef die samen plek bieden aan 245 cliënten (Inovum levert wijkzorg aan 941 cliënten, waarvan 61 Wlz). Inovum heeft momenteel 6 SO's in dienst. De gehele behandelingsdienst beslaat 20,50 Fte. De organisatie geeft aan momenteel voldoende capaciteit te hebben om als behandelregisseur op te treden. Binnen de behandelteams worden taken en verantwoordelijkheden verdeeld tussen artsen en psychologen; op de PG-afdelingen worden de visites soms alleen door een psycholoog gedaan, en soms zijn er combivisites met zowel artsen als een psycholoog. Evenals de meeste andere organisaties in de regio heeft Inovum (nog) geen VS of PA in dienst. De toenemende vraag naar behandelaren in de eerstelijnszorg zorgt er naar verwachting voor dat verdere taakdifferentiatie en taakherschikking binnenshuis nodig zal zijn in de (nabije) toekomst. Momenteel werkt Inovum met basisartsen die onder supervisie van de SO in huis vallen. Daarnaast zijn er interne opleidingsplekken voor SO's.

Een tekort aan capaciteit ervaart de organisatie vooral binnen de zorgteams waar behoefte is aan meer verpleegkundig personeel (zowel vpk 3-4-5). Door de complexere zorg is de signaleringsfunctie ('triage') van de verpleegkundige nog belangrijker geworden, zowel intra- als extramuraal. De seniorverpleegkundige (vpk 4-5) onderhouden korte lijnen met de behandelteams. Op de afdelingen hebben verzorgenden, helpenden en huiskamerassistenten steeds vaker met complexe zorgsituaties te maken en hebben ze soms 'de handen vol' aan familie en ADL-taken. Daarnaast ziet de organisatie problemen ontstaan in de wijken. Door complexere zorg aan huis wordt het steeds belangrijker dat de zorgprofessional, die vaak alleen opereert, voldoende vertrouwen en kennis heeft om alleen te handelen en te signaleren. In de wijkzorg wordt daarom de rol van casemanagers dementie steeds belangrijker. Vanuit de huisartsen neemt de vraag naar geriatrische assessments toe.

King Arthur Groep

King Arthur Groep (KAG) biedt zorg aan mensen met dementie. Stichting KAG heeft twee logeerhuizen (waar ook cliënten vanuit ziekenhuis tijdelijk kunnen verblijven), een huis voor verpleeghuiszorg (Ridderspoor, 22 cliënten) en zeven ontmoetingscentra (zowel in als buiten 'de regio'). Ook Stichting KAG ziet een toename aan complexere zorgproblematiek, soms in combinatie met psychiatrie en specifiek een toename van mannelijke en jonge(re) cliënten.

Bij de logeerhuizen en het Ridderspoor is een huisarts hoofdbehandelaar. Wekelijks komt de huisarts in huis voor visites, indien nodig consulteert de huisarts de SO. Dit is een SO die verbonden is aan Stichting KAG op ZZP-basis (als onderdeel van een coöperatie die 24-uur zorg kan borgen samen met zes andere SO's). De SO heeft bij Stichting KAG een belangrijke rol gekregen in de tweede lijn als het gaat om de kwaliteit van de zorgteams. De SO is betrokken bij bewonersbesprekingen en heeft een rol in klinische lessen voor de zorgteams.

De zorgteams zijn ingericht rondom de cliënt; afhankelijk van het soort dementie en persoonlijkheid van de cliënt wordt gekeken welke zorgprofessional(s) goed 'matcht' en vindt er een kennismakingsdag plaats. Bijna alle zorgprofessionals zijn als ZZP'er werkzaam bij KAG. Hier kiest de organisatie bewust voor; het zijn professionals die ondernemend zijn en zelfstandig met de cliënt kunnen werken. In de ontmoetingscentra en verpleeghuizen hebben de zorgprofessionals alle zeer diverse achtergronden: zo zijn er gespecialiseerd verzorgenden psychogeriatric, sph, spw. vig-2, vig-3. In het verpleeghuis zijn ook vpk-4 en vpk-5 werkzaam. Zodoende heeft Stichting KAG een netwerk aan behandelaren en verzorgenden rondom de cliënt, welke zoveel mogelijk de medische vragen dienen te ondervangen. De huisarts heeft de medische verantwoordelijkheid maar kan ook een consult van een SO vragen. Daarnaast zijn er meerdere casemanagers dementie verbonden aan de organisatie. Zij werken veelal ook bij cliënten thuis.

Stichting KAG ziet de tekorten vooral ontstaan in de thuiszorg. Omdat het aantal mensen met dementie toeneemt en ook de vraag naar zorg groeit blijven ze personeel werven. Er staat nu enige tijd een vacature voor casemanager dementie open, waar ook steeds meer behoefte naar is. KAG werkt steeds

meer met zij-instromers voor vooral het begeleiden van cliënten met dementie; hierbij gaat het niet zozeer om verpleegtechnische handelingen maar vooral om (ondersteuning van) gedragsproblematiek.

LZorg groep

LZorg Groep heeft drie woonlocaties in Huizen. Op 1 november wordt een nieuwe locatie geopend in Naarden. LZorg zoekt naar alternatieve woonvormen voor cliënten met in het bijzonder 'dubbel problematiek'. Ze zien evenals andere organisaties deze cliëntengroep snel groeien. In de nieuw geopende locatie in Naarden wil LZorg echtparen gaan huisvesten; hier zijn nu onvoldoende voorzieningen voor. Daarnaast levert LZorg groep thuiszorg en terminale zorg op locatie (ZZP 4-ZZP 7/8)

De organisatie heeft een overeenkomst met een SO van Vivium, maar de medische verantwoordelijkheid ligt bij de huisarts. In de praktijk biedt LZorg steeds vaker zorg met behandeling aan, al gaat het formeel om cliënten zonder behandeling. In de praktijk zien organisaties dat de grenzen met en zonder behandeling diffuus zijn. Zo heeft LZorg ook cliënten met behandeling, vooral in de laatste fase wanneer cliënten naar ZZP-VV 7 in de thuissituatie verschuiven en er vaak meerdere behandelaren betrokken zijn. Voor de cliënten met WLZ zonder behandeling wordt met steun van SO-behandelingen ingevuld waarbij de huisarts op de voorgrond staat. Evenals Stichting KAG heeft LZorg een netwerk van behandelaren en verpleegkundigen rondom de cliënt ingericht en is de huisarts medische verantwoordelijke.

De zorgteams bestaan voor het grootste deel uit vig-3, waarvan nu 50% wordt opgeleid voor vpk-4. Daarnaast zijn er vpk-4 in dienst, waarvan een deel een opleiding HBO-V volgt. De organisatie geeft aan dat het opleiden van belang is om in de complexere zorgvraag te kunnen voorzien. Daarnaast wil de organisatie graag psychiatisch verpleegkundige aannemen, voor cliënten met gedrags- en dubbelproblematiek. Momenteel volgen psychologen klinische lessen en geven zij opgedane kennis door aan de zorgteams. Voor klinische lessen omtrent gedragsproblematiek, zou volgens LZorg regionaal, dan wel landelijk meer aandacht mogen komen.

LZorg ziet bij cliënten met een psychogeriatrische hulpvraag en dubbelproblematiek dat ze lastig te plaatsen zijn, met als gevolg dat ze soms vijf keer verhuizen tussen diverse locaties en/of instellingen in korte tijd. Het grootste knelpunt voor LZorg is dat ze meer kleine woonzorglocaties willen openen, waar ze 24 uur zorg kunnen leveren zonder dat een verpleeghuis is. Hiervoor is momenteel echter niet voldoende huisvesting. De vraag naar dit soort plekken neemt wel snel toe. De organisatie geeft aan dat hiervoor eigenlijk nauwer (regionaal) samengewerkt zal moeten worden met woningcorporaties.

Nusantara

Nusantara biedt cultuur-sensitieve zorg gericht op cliënten met een Indische, Molukse, Indo-Chinese en Javaans-Surinaamse achtergrond. Nusantara heeft twee woonzorg- en behandelcentra, waarvan een locatie binnen de GVA-regio valt. Op deze locatie (Patria) wonen 72 cliënten, waarvan 15 cliënten BOPZ zorg ontvangen. Naast de intramurale zorg biedt Nusantara ook extramurale zorg voor een cliëntengroep in Almere. Dit doen zij in samenwerking met woningbouwvereniging De Alliantie Flevoland.

De organisatie heeft een eigen behandelteam voor de twee locaties, met een SO (fulltime) in vaste dienst, een fulltime basisarts, BOPZ-arts (op ZZP-basis voor circa 8 uur per week) en verschillende therapeuten, waaronder fysiotherapie, ergotherapie en psychologen. De SO is voornamelijk werkzaam op de locatie in Ugchelen, de basisarts is voornamelijk actief op de locatie in Bussum en staat onder supervisie van de SO. De afstand tussen beide locaties is echter te groot om aan de aanrijdnorm te kunnen voldoen. De locatie in Bussum doet soms beroep op een gepensioneerde SO die voorheen voor Nusantara gewerkt heeft en met wie informeel nog een goed contact bestaat. Binnen Nusantara bestaat de behoefte om het behandelteam duurzaam te versterken, bijvoorbeeld door de inzet van taakherschikking.

De zorgteams in Bussum bestaan voornamelijk uit vig-2 en vig-3 medewerkers en een enkele verpleegkundige, al werkt het merendeel van de vpk-4 in Ugchelen omdat daar cliënten met een zwaardere zorgindicatie verblijven.

Momenteel dekt de huidige bezetting de zorgvraag voldoende, echter ondervangt de locatiemanager in Bussum nu veel vragen en (informele) monitoring van kwaliteit op de afdelingen. Dit zou de organisatie graag structureel ingebed hebben, zodat zorgvragen niet 'ad hoc' opgepakt hoeven te worden en daarbij

grotendeels afhankelijk zijn van de persoon in dienst. Daarnaast heeft de organisatie behoefte aan specialisten en behandelaren die actief willen meedenken over kwaliteits- en beleidsvraagstukken.

Rosa's Spierhuis

Rosa's Spierhuis is een werk- en woongemeenschap voor kunstenaars. Van de circa 70 bewoners wonen er ongeveer tien particulieren (ouderen zonder zorgindicatie die gebruik maken van de dienstverlening). De organisatie merkt dat er steeds minder particuliere bewoners zijn en steeds meer bewoners met een zorgindicatie. In 2019 gaat Rosa's Spierhuis uitbreiden en verhuist zij naar een nieuwe locatie waar kan worden opgeschaald naar 140 bedden.

De zorgteams bestaan uit zorgcoördinatoren, vig-3, vpk-4 en vpk-5; daarnaast zijn er helpenden, kamermedewerkers en voedingsassistenten. Evenals bij De oude Pastorie, Buitenhaeghe en Stichting KAG draagt hier de huisarts de medische verantwoordelijkheid. Indien mogelijk kunnen bewoners hun eigen huisarts behouden of een huisarts kiezen als ze in de zorginstelling komen wonen. Behandelaren, zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten en psychologen worden betrokken op advies van de huisarts. Indien nodig consulteert de huisarts de SO van Amaris. Dit gebeurt gemiddeld vier keer per jaar.

Rosa's Spierhuis geeft aan te kunnen voorzien in de huidige zorgvraag. Rosa's Spierhuis ervaart momenteel geen personeelstekorten in de zorgteams. Ook voor de uitbreiding naar de grotere locatie is voldoende personeel beschikbaar om in de zorgvraag te voorzien. Rosa's Spierhuis is voornamelijk bij het project betrokken om 'aangehaakt te blijven' bij regionale ontwikkelingen en te anticiperen op de toekomstige zorgontwikkeling in de regio.

Vivium

Vivium heeft zes verpleeghuislocaties (met 800 cliënten), een GRZ-locatie (1000 cliënten) en 4 woonzorgcentra (430 cliënten). In de woonzorgcentra zijn cliënten onder behandeling van de huisarts. In zowel de verpleeghuizen als GRZ draagt de SO de medische eindverantwoordelijkheid. De medische zorg wordt gedeeld met andere behandelaren, zoals psychologen en verpleegkundig specialisten. De medische behandelteams zijn opgedeeld in twee vakgroepen; de GRZ-artsen (voor chronische zorg binnen de VVT-instellingen) en de ABC-artsen (voor de eerstelijnszorg). Vivium heeft een ruime pool van artsen in loondienst: circa 20 fte aan SO's en drie fte aan basisartsen. De artsen werken in regioteams, onderverdeeld in o.a. regio Blaricum, regio Weesp en regio Amsterdam-Zuid. Binnen de regio worden taken zoals spreekuren onderling verdeeld. De organisatie heeft de afgelopen jaren ingezet op een sterk opleidingsklimaat, o.a. in samenwerkingen met het (voormalig) VU Medisch Centrum (nu AUMC). Momenteel zijn er 5 aio's ouderengeneeskunde, basisartsen en huisartsen in opleiding. Vacatures worden tot op heden goed gevuld, o.a. vanuit deze opleidingen. De organisatie werkt met multidisciplinaire teams van sociaal agogen, praktijkverpleegkundigen (welke ook triage uitvoeren) en psychologen. Deze zijn afgestemd rondom de cliënt. De afgelopen jaren heeft de organisatie zich gericht op taakdifferentiatie naar verschillende disciplines, waardoor o.a. psychologen een groter takenpakket en verantwoordelijkheden hebben gekregen in de behandeling.

Evenals de andere zorginstellingen in de regio ervaart Vivium een toename van complexere zorg in zowel de VVT-instellingen als de zorg aan huis. Vivium ervaart met name een toename van PG-clieënten en van cliënten met een 'dubbele grondslag' (GGZ-indicatie). Bij deze cliëntengroep is de verblijftijd veelal korter en de zorgintensiteit hoger. Vivium beschikt naast de woonzorglocaties en verpleeghuizen over een grote GRZ-afdeling. Over het algemeen is de hersteltijd van cliënten goed. Echter is er ook een toename van cliënten die niet meer naar huis kunnen door complexere zorgproblematiek en waarvoor opname in een van de instellingen nodig is. Tot slot is de organisatie bezig het aanbod te stroomlijnen van cliënten met Parkinson, wat ook een groeiende cliëntengroep is.

Zorggroep Almere

Zorggroep Almere heeft 8 verpleeghuiscentra, 1 centrum voor GRZ (gevestigd in Almere) en 19 gezondheidscentra, met apotheken en een huisartsenpost (spoedzorg). Momenteel zijn er vijf SO's werkzaam bij zorggroep Almere, waarvan een deel in ZZP-verband werkt en een deel in loondienst werkzaam is. Zorggroep Almere zou bij voorkeur meer SO's in dienst hebben om op die manier zowel in de eerste- als tweede lijn aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Werving van geschikte kandidaten blijkt

echter lastig. Naast SO's zijn er een aantal basisartsen welke onder supervisie van de SO's vallen. Zorggroep Almere geeft aan geen gebruik te maken van VS en/of PA's.

In de wijken werkt Zorggroep Almere Technische Thuiszorg Verpleegkundigen (TTV). TTV werkt nauw samen met regionale ziekenhuizen (vooral St. Jansdal) om medisch-technische handelingen aan huis te leveren. Dit gebeurt bij zowel volwassenen als kinderen. Naast een groeiend tekort aan SO's merkt Zorggroep Almere dat er een groeiende behoefte is aan vpk4-5 binnen de intramurale zorg. De organisatie geeft aan dat taakdifferentiatie, naar bijvoorbeeld gespecialiseerd verpleegkundige, een mogelijkheid kan zijn om SO's intramuraal te ontlasten en daardoor in de eerstelijnszorg te kunnen inzetten. Dit vraagt echter om veranderingen in de organisatie en uitvoering van de intramurale zorg. De organisatie geeft aan dat er meerdere mogelijkheden zijn om dit aan te pakken; deels betekent het 'meer handen aan het bed' (hier zijn gelden voor), en deels is het ook het anders organiseren van zorg, bijvoorbeeld door de inzet van triage, taakherschikking en/of een grotere focus op welzijn.

3.2 Conclusie

Dit hoofdstuk heeft een overzicht gegeven van de betrokken instellingen, de organisatie van de medische behandeling en eventuele knelpunten rondom de inzet van zorgpersoneel. De korte besprekingen laten zien dat de meeste organisaties op dit moment geen (groot) tekort aan SO's ervaren. Dit betekent dat het merendeel van de deelnemende instellingen voldoende medisch bezetting heeft om in de intramurale zorgvraag te voorzien, of de zorg zo heeft ingericht dat ze niet of in mindere mate afhankelijk zijn van SO's. Bijvoorbeeld door de inzet van een huisarts. Instelling Buitenhaeghe geeft aan wel de noodzaak te ervaren om een SO aan te trekken, met name als het gaat om (toenemende) vraagstukken rondom onvrijwillige zorg en wilsonbekwaamheid. De grotere VVT-instellingen welke (lichte) tekorten ondervinden zijn Hilverzorg en Zorggroep Almere. Beide organisaties geven aan structurele oplossingen te zoeken voor de huidige tekorten en doordat een groeiende groep van SO's als zelfstandige ('op ZZP basis') gaat werken.

In de nabije toekomst is een snelgroeiende behoefte aan SO's voorzien. Dit hangt nauw samen met de groeiende vraag naar SO's in de eerstelijnszorg en een toenemende complexiteit van zorg intramuraal. Opvallend is dat vrijwel alle organisaties aangeven dat de oplossingen niet zozeer liggen in het aantrekken meer SO's maar in het anders organiseren van zorg, door o.a. taakdifferentiatie waarbij de positie van andere beroepsgroepen, zoals (gespecialiseerd) verpleegkundigen, of psychologen wordt verstevigd. Verder vraagt een toename van het aantal cliënten met psychogeriatrische zorg en/of dubbelproblematiek (cliënten met een GGZ-achtergrond) om een andere benadering van zorg en welzijn. Het merendeel van de organisaties geven aan dat zorgteams hier momenteel onvoldoende op voorbereid zijn. Door organisaties wordt hier verschillend op ingespeeld; door het opleiden van bestaand personeel, de inzet van zij-instromers, het aantrekken van casemanagers dementie, de inzet van beroepsgroepen zoals SPW en SPH en het verbinden van GZ-psychologen aan de instellingen.

Tot slot worden oplossingen gezocht in meer regionale samenwerking. Dergelijke samenwerking is nu nog onderontwikkeld, al zijn wel initiatieven genomen voor het delen van SO-capaciteit in de ANW en een gezamenlijke verpleegkundige dienst. Meer structurele samenwerkingsverbanden zijn nodig om in de toekomstige vraag naar zorg te voorzien. Hier gaan we in het volgende hoofdstuk verder op in.

4 Regionale aanpak: specialisme ouderengeneeskunde

In dit hoofdstuk wordt de regionale aanpak van de ouderenzorg in de GVA-regio beschreven tegen de achtergrond van ervaren en verwachte problemen in de uitvoering van de medische behandeling. Daarbij wordt een overzicht gegeven van lopende samenwerkingen, netwerken en initiatieven, en worden ervaringen, kansen en (mogelijke) knelpunten verkend. Het hoofdstuk is gebaseerd op documentanalyse, interviews met vertegenwoordigers van de instellingen (bestuurders, zorgverleners, managers), de projectmanager en het zorgkantoor. Daarnaast zijn verschillende regionale bijeenkomsten bijgewoond waarin bestuurders participeerden. Dit hoofdstuk schetst een beeld van de regio. Het is tegelijkertijd ook niet meer dan een schets; de pilotstudie zal meer diepgaande en precieze informatie geven. De scan levert hiervoor de input.

4.1 Regionale aanpak: Zorg Dichterbij

In de regio 't Gooi- en Vechtstreek⁶ is een regiovisie opgesteld om de medisch-specialistische zorg toekomstbestendig te maken. De visie is ontwikkeld i.s.m. Tergooi Ziekenhuis, GHO-GO en VVT. De visie richt zich op het voorkomen, ondervangen en verplaatsen van zorg. Dit alles met als doel om in 2024 20% van medische specialistische zorg buiten de muren van het fysieke ziekenhuis locatie Hilversum plaats te laten vinden. De visie is onderverdeeld in vier doelgroepen (1) chronische zorg; (2) zorg voor kwetsbare ouderen; (3) oncologische zorg; (4) hart- en vaatzorg. Voor de uitvoering van de visie zijn patient-journeys opgesteld welke ondersteund worden door regionale/transmurale zorgpaden. De groot aantal van de VVT-instellingen is aangesloten bij Zorg Dichterbij. De focus ligt echter nog vooral op het ziekenhuis. 'Zorg Dichterbij' biedt echter ook een interessante paraplu om de regionalisering van de ouderenzorg onder te ontwikkelen en vorm te geven aan zorg 'over en door' de financieringsschotten heen. Hier liggen mogelijkheden om tot meer baanbrekende initiatieven te komen om de ouderenzorg 'anders' te organiseren en te verlenen. De bestuurders zien hier een kans.

4.2 Van specialist ouderengeneeskunde naar specialisme ouderengeneeskunde

Het vorige hoofdstuk heeft laten zien dat oplossingen voor toenemende complexere ouderenzorg in de regio niet zozeer gezocht worden in het aantrekken van meer SO's, maar in het verbreden van het 'specialisme ouderengeneeskunde'. Organisaties ondervinden personeelstekorten over de gehele linie. Er is behoefte aan o.a. casemanagers dementie, gespecialiseerd verpleegkundigen, diverse behandelaren en psychologen.

Het versterken van de verpleegkundige kennis en het inzetten van triage worden als mogelijke oplossingen beschouwd om de druk op de medische teams te verminderen. Voor het versterken van deze kennis wil men vooral gebruik maken van bestaande (kennis)netwerken:

“Kunnen we niet meer gebruik maken van het regionaal netwerk van casemanagers dementie; zij werken al (onafhankelijk) als team in de regio. Evenals het regionaal netwerk van verpleegkundige; zouden zij niet meer zeggenschap

Source: Regiovisie Zorg Dichterbij 2023 <https://www.tergooi.nl/wp-content/uploads/2019/06/Visie-2023.pdf>

*kunnen of moeten hebben?”
(Directeur, organisatie 09)*

De verkenning bij de organisaties heeft bovendien laten zien dat makkelijke oplossingen niet bestaan: het anders organiseren van ouderenzorg brengt nieuwe uitdagingen met zich mee op het gebied van samenwerking tussen en binnen organisaties zoals afstemming over taken en verantwoordelijkheden en het opbouwen van vertrouwen om medische handelingen aan niet-artsen over te laten. Hieronder wordt een aantal van deze thema's kort besproken.

Taakherschikking

Opvallend is dat in regio GVA, in vergelijking met andere regio's uit het landelijke programma, nauwelijks met VS, of PA's wordt gewerkt. Dit heeft mogelijk te maken met de bevinding dat tekorten niet zozeer rondom de SO worden ervaren, maar meer over de gehele linie van zorgverleners. Enkele organisaties zijn gestart met inzet van VS, of geven aan deze mogelijkheden te willen verkennen omdat VS intramuraal bepaalde taken kunnen overnemen waardoor de SO vaker ingezet kan worden in de eerstelijnszorg, en de inzet van VS de relatie tussen de zorgteams en medische teams kan versterken.

Het beeld komt naar voren dat men nog sterk zoekende is welke beroepsgroepen welke (behandel)taken kunnen uitvoeren en wat dit vervolgens gaat betekenen voor het werk van de SO. Een vraag die sterk leeft is bijvoorbeeld hoe het werk voor de SO aantrekkelijk kan blijven. Enkele SO's geven aan dat zij niet enkel in een overstijgende (superviserende of consulterende) rol willen werken maar ook zelf patiënten willen blijven zien. Dit leidt er in de praktijk toe dat men terughoudend is met taakherschikking terwijl er ook allerlei varianten bedacht kunnen worden waarin de SO directe patiëntenzorg verleent en tegelijkertijd een overstijgende of 'netwerkfunctie' heeft. Hier wordt slechts bij een enkele organisatie actief mee geëxperimenteerd.

Taakdelegatie en inzet van verzorgenden

Wat in de interviews veelal ter sprake is gekomen, is of de SO in de toekomst al dan niet losgekoppeld moet worden van een organisatie en wat dit betekent voor het werk van de SO's en de kwaliteit van zorg in de zorginstellingen. De verwachtingen en ideeën hierover zijn verdeeld. Een regionaal maatschap is voor veel instellingen een brug te ver. Wel wordt geopperd om samen te werken rondom de inzet van behandelaren in bijvoorbeeld eerstelijnszorg, samenwerking tussen (kleinere) zorginstelling die SO's in deeltijd in dienst hebben, of taakdifferentiatie met andere beroepsgroepen. Vragen die daarbij worden gesteld zijn bijvoorbeeld: *Kunnen we anders kijken naar beroepen die 'schaars' zijn (breder dan enkel de SO)? Waarom moeten SO's organisatie gebonden zijn? Zijn er taken die anders in te zetten zijn en kunnen we die niet (meer) delegeren?*

Taakdelegatie lijkt op dit moment een grotere rol te spelen dan taakherschikking. Betrokken instellingen hebben afgelopen jaren gespecialiseerde verpleegkundigen opgeleid en/of aangenomen, om de verpleegkundige expertise te vergroten (wondzorg, diabetes, COPD) en verzorgenden hierin op te leiden. Zorgverleners en managers geven aan dat het 'nog zoeken' is naar een goede teamsamenstelling en rolduidelijkheid: wie doet wat? Er dreigt overlap te ontstaan tussen taken en verantwoordelijkheden en een gevaar is dat een nieuwe rol dan onvoldoende tot ontwikkeling komt. Daar komt bij dat de nieuw aangetrokken groep verpleegkundigen lastig is vast te houden; het verloop is groot⁷.

Een andere zorg die wordt uitgesproken is of het invoegen van een nieuwe groep verpleegkundigen wel ten goede komt aan de kennis en kunde van de verzorgenden. De verpleegkundigen lijken nu vooral taken over te nemen. Daarbij speelt mee dat het verloop onder de verzorgenden groot is waardoor het lastig is expertise en organisatiekennis/ zorgroutines op te bouwen.

Triage

Triage is een veelgebruikte methode om te voorkomen dat SO's en behandelaren bij iedere zorgvraag worden opgeroepen. Bij het merendeel van de organisaties worden hiervoor verpleegkundigen 4-5 ingezet. Net als bij taakherschikking is triage meer dan een klinisch instrument: SO's moeten leren

⁷ Dit is althans de ervaring in de interviews en is nog niet in maat en getal uitgedrukt.

bouwen op de kennis en kunde van verpleegkundigen en verzorgenden en daarbij vertrouwen dat de noodzakelijke vragen hen ook bereiken en op een duidelijke wijze worden gepresenteerd. Meer dan een instrument is triage een relationele werkmethode die is gestoeld op 'elkaar kennen' en wederzijds vertrouwen. Op het moment dat een 'vertrouwde' zorgverlener vertrekt blijkt de triage veelal weer opnieuw te moeten worden opgebouwd. Triageren vraagt dus om onderhoud en aandacht, en overdracht. Hiervan lijkt de praktijk nog onvoldoende doordrongen; triage dreigt daarmee te verworden tot een tijdelijke oplossing of werkmethode. Ook daar waar het in eerste instantie succesvol wordt ingevoerd verdwijnt het dan weer bij personeelwisselingen.

Enkele organisaties zetten triage zowel intra- als extramuraal in om zorgvragen naar de medische dienst, maar ook naar de HAP (in de wijken) te beperken. Hierbij is kenmerkend dat triage-verpleegkundigen veelal meerdere functies tegelijkertijd vervullen, zoals voorwacht voor zowel de intra- als extramuraal vragen en dat zij ondertussen verpleegtechnische handelingen in de wijken uitvoert. De ambulante triageverpleegkundige dienen allround te werken om in de zorgvragen op verschillende locaties te voorzien. Hierover zou meer afstemming in de regio kunnen plaatsvinden; bijvoorbeeld door een gezamenlijke ambulante dienst op te zetten. Deels wordt dat gedaan in regio Gooi-Zuid in samenwerking met de HAP.

Triage en HAP

Tekorten worden ook ervaren bij de HAP, wat leidt tot nieuwe samenwerkingsvormen. Door een tekort aan personeel bij de HAP in Gooi-Zuid is er een samenwerking ontstaan tussen HAP, Hilverzorg, Inovum en Amaris. waarbij de (ambulante) verpleegkundige teams van de organisaties afwisselend voorwacht staan voor de HAP. De verpleegkundigen die dienst hebben voeren op verzoek van de HAP-triage uit, waarna ze indien nodig een cliënt bezoeken. Dit zijn cliënten uit de regio die niet per se verbonden zijn aan een van de zorginstellingen. Momenteel krijgen de zorginstellingen hier niet voor vergoed; het is een informele samenwerkingsovereenkomst in de ketensamenwerking, welke door bestuurders onderling is geïnitieerd. Een huisarts declareert zijn bezoeken bij een zorgverzekeraar en de dienst die de verpleegkundige doet wordt daaronder niet gedeclareerd. Dit ontlast huisartsen en de HAP en kan voor betere inzet van mobiele verpleegkundige teams zorgen. Het roept echter ook vragen op over het verdelen van werk en diensten in de gehele keten. De organisaties geven aan dat het waardevol zou zijn om te verkennen of dit structureel kan worden ingezet en gefinancierd en wellicht ook regionaal uitgebreid kan worden.

Triage en Verwijshulp.nl

Amaris Zorggroep, HilverZorg, Inovum, Vivium Zorggroep, Tergooi, huisartsenvereniging GHO-GO en de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) regio Gooi en Vechtstreek hebben een samenwerkingsovereenkomst opgezet voor kortdurende opnames van kwetsbare ouderen. Deze overeenkomst regelt op uniforme wijze de kortdurende opvang van kwetsbare ouderen in de regio Gooi en Vechtstreek. De verwijzer kan via een 24/7 nummer direct een telefonisch (trriage-)consult met een collega-specialist ouderengeneeskunde voeren. Samen beslissen zij wat de beste oplossing is voor de patiënt. Als er een (spoed)opname nodig is in een zorginstelling kan via de speciaal voor dit doel ingerichte website Verwijshulp.nl een beschikbare plek voor de patiënt gevonden worden.

Samenwerking met de eerste lijn (huisartsen)

Een van de knelpunten in de regio is een toename van complexere zorg aan huis. Hoewel deze ontwikkeling gewenst is (het programma 'Zorg Dichterbij' stuurt hier op), knelt het ook. Dit wordt in meerdere gesprekken met zowel, bestuurders, SO's als verpleegkundigen in de wijkteams benoemd. In gesprekken wordt aangegeven dat huisartsen het afgelopen jaar steeds vaker beroep doen op expertise van SO's en behandelaren (zoals casemanagers dementie, sociaal agogen en praktijkverpleegkundigen) in de eerstelijnszorg. Een ander merkbaar gevolg is een toename van opnames van ouderen in de spoedzorg en bij de HAP. Dit hangt samen met personeelstekorten in de spoedzorg en HAP, waardoor er knelpunten in de keten ontstaan. Dit raakt ook de VVT-instellingen, want cliënten komen in 'slechtere toestand' binnen (zij worden volgens de geïnterviewden te laat geïndiceerd), er is meer vraag naar consulten van SO's en behandelaren in de eerstelijnszorg en de ambulante verpleegkundige teams geven aan toenemende werkdruk te ervaren. Meer onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de precieze toename van de zorgvraag in de wijken en de gevolgen hiervoor voor de VVT-instellingen.

Samenwerking tussen zorgorganisaties

Een doel van het programma 'SOG-GVA' is regionale samenwerking. Op dit moment werken verschillende

organisaties samen in verschillende verbanden. Sinds zomer 2019 is een regionale samenwerking rondom ANW-diensten opgezet. Deze samenwerking tussen vijf organisaties (Amaris, Hilverzorg, Inovum en Vivium, Zorggroep Almere) in de regio heeft als voordeel dat de betrokken organisaties per saldo veel minder artsen aan ANW-diensten kwijt zijn. De belangrijkste drijfveer voor samenwerking was het capaciteitsprobleem; te weinig artsen waren beschikbaar om diensten in te vullen en er moest 'ongezond' geroosterd worden (zo moesten artsen dubbele uren draaien). Daarnaast levert de samenwerking concurrentievoordeel op in relatie tot de arbeidsmarkt omdat de regio aantrekkelijker wordt voor artsen als ze minder ANW-diensten hoeven te draaien

In de dagelijkse praktijk wordt de regio veelal onderverdeeld in regio Gooi-Noord en regio Gooi-Zuid. De meeste initiatieven of samenwerkingsverbanden zijn opgezet rondom deze deelgebieden. Enkele zorginstellingen zijn in beide deelregio's actief. Binnen de regio vormen zeven gemeenten in Noord-Holland gezamenlijk regio Gooi- en Vechtstreek. Hierin zijn verschillende samenwerkingsverbanden rondom zorg en welzijn actief, zoals de GGD, Jeugd en Gezin en Veilig Thuis. Organisaties in Almere en Weesp zijn in bestaande samenwerkingsverbanden veelal verbonden aan plaatsen als Lelystad, Amsterdam of 't Gooi – hier lopen in de praktijk dus zorgkantoor-regio's door elkaar. Het Ter Gooi Ziekenhuis heeft twee locaties in de regio; in Blaricum en Hilversum. Vanuit Almere werken zorginstellingen voornamelijk samen met ziekenhuis St. Jansdal te Lelystad.

Zoals in het eerdere hoofdstuk uiteengezet is de verscheidenheid aan organisaties in de GVA regio groot. Deze verscheidenheid zorgt enerzijds voor uitdagingen; iedereen heeft eigen methoden en oplossingen bedacht (vaak ingegeven door 'wat voor handen was'), maar dit zorgt ook voor de beschikbaarheid over verschillende vormen van expertise. Enkele organisaties geven aan dat het goed zou zijn als er minder krampachtig met de verschillen wordt omgegaan en de verschillende expertises meer als toegevoegde waarde kunnen worden benut in de regio. Dan kan expertise ('best practices') met elkaar worden uitgewisseld rondom zorg voor mensen met GGZ-achtergrond, NAH, of onbegrepen gedrag. Rondom deze kennisuitwisseling kunnen zowel de kleinere zorginstellingen als de grotere zorginstellingen samen optrekken. Er zijn wel enige kennisnetwerken actief, maar hier wordt nu nog weinig door organisaties gebruik van gemaakt.

Om tot meer vergaande regionale samenwerking te komen is meer structurele samenwerking nodig. Hoewel het merendeel van de instellingen benoemd dat een dergelijke samenwerking nodig is om de uitdagingen in de ouderenzorg het hoofd te bieden is men ook voorzichtig. De grote VVT-instellingen willen vasthouden aan hun integrale behandeling; het 'delen' van SO-capaciteit met de kleinere instellingen brengt dit in gevaar. Voor de grote instellingen is bovendien de vraag wat een dergelijke samenwerking hen voor meerwaarde zal opleveren. Hierbij speelt mee dat het de vraag hoe een dergelijke samenwerking het werk van SO's beïnvloedt en daarmee de aantrekkelijkheid van het beroep in de regio. Kleinere zorginstellingen willen vasthouden aan hun identiteit en visie op ouderenzorg. Zij wensen geen medicalisering.

4.3 Pilotstudies: experimenten met regionale ouderenzorg

Het programma 'Duurzame Medische Zorg aan Ouderen' is erop gericht te experimenteren met, en daarbij te leren van en over regionale zorgverlening aan ouderen. Een pilot wordt door etnografisch onderzoek ondersteund. De bestuurders van de VVT-instellingen vragen de SO's in gezamenlijkheid een voorstel doen over een pilot die vanuit het behandelperspectief de ouderenzorg verder helpt. Daarnaast is voorgesteld om het programma onder te brengen onder de paraplu van Zorg Dichterbij. Dit programma dekt de regionale visie om 'over de schotten van de zorg heen' zorg aan ouderen te gaan leveren. Onder deze lijn kunnen verschillende actielijnen worden geformuleerd; de samenwerking met het ziekenhuis, triage van zorg, de inzet van de SO in de huisartsenpraktijk, etc. Een onderdeel of actielijn die verder is voorgesteld is het versterken van de verpleegkundige rol. Dit kan aansluiten bij het lopende regionale programma over Verpleegkundig Leiderschap. Naast uitvoeringsvraagstukken levert Zorg Dichterbij ook relevante bestuurlijke onderzoeksvragen op over regionalisering van zorg, bijvoorbeeld: Aan welke professionele en bestuurlijke voorwaarden moet worden voldaan om de zorg thuis te leveren; wat vraagt dit van de intramurale zorgverlening, maar ook voor de inzet en ondersteuning van mantelzorgers?

De rol van cliënten in de regionalisering van de ouderenzorg is tot nu toe nog vooral indirect. Zij kunnen in het vervolg een grotere rol krijgen, zowel als stakeholder in de ingezette ontwikkelingen als ervaringsdeskundige. Dit kan via de cliëntenraden van de betrokken zorginstellingen en door een aantal cliënten en/of mantelzorgers te betrekken in een stuurgroep of klankbordgroep van het programma.

4.4 Conclusie

Het programma SOG-GVA in toekomstperspectief heeft tot doel regionale samenwerking te versterken. Op dit moment is die samenwerking in de praktijk nog beperkt tot samenwerkingsverbanden tussen vooral de grotere zorginstellingen en de 'inhuur' van SO's door de kleinere instellingen. De verschillen in methodiek, behoeften en zorgaanbod tussen de grote(re) en kleine(re) instellingen zorgen dat samenwerking niet natuurlijk op gang komt en het ook zoeken is naar een gemeenschappelijk doel en aanpak. Wel zijn er tussen organisaties succesvolle samenwerkingsverbanden rondom de inzet van behandelaren; dit zijn veelal afspraken tussen twee organisaties onderling.

In vergelijking met andere regio's heeft de GVA-regio een iets andere problematiek; het is op dit moment niet zozeer het tekort aan SO's als wel tekorten aan beroepsbeoefenaren over de gehele linie en met name ook de druk op zorg in de wijken en de zorgteams die met regionale samenwerking aangepakt kunnen worden. De scope ligt daarom breder dan de SO, maar gaat ook over het specialisme ouderengeneeskunde. De nadruk ligt vooral op het versterken van verpleegkundige kennis en capaciteit in de regio, en de inzet van behandelaren zoals GZ-psycholoog en/of casemanagers dementie.

Zorg Dichterbij vormt een interessante, relevante en stevige paraplu om de regionale aanpak van ouderenzorg komende jaren verder vorm te geven.

5 Discussie

Regio Gooi en Vechtstreken en Almere kent een verscheidenheid aan zorgorganisaties, grote en kleine(re) zorginstellingen, ieder met een eigen personeelssamenstelling, expertise en werkcultuur. Alle instellingen krijgen echter in de toekomstige jaren met soortgelijke uitdagingen te maken. De zorg wordt complexer; er is een toename van cliënten met complexere problematiek welke vaker gepaard gaat met psychogeriatrische klachten. Organisaties geven aan dat de cliënten binnen de VVT met zwaardere zorgindicaties binnenkomen, wat meer vraagt van de zorgteams. Organisaties geven verder aan dat zorgteams hier veelal nog onvoldoende op toegerust zijn. Een wens naar meer vpk-4 en vpk-5 wordt door meerdere organisaties uitgesproken maar lijkt, met de groeiende personeelstekorten, niet realistisch.

Instellingen volgen ieder een eigen weg om met de zorg- en behandelteams invulling te geven aan deze veranderende zorgvraag. Hierbij wordt intern geëxperimenteerd met triage of een andere taakverdeling, zoals het inzetten van casemanagers dementie, GZ-psychologen, en sociaal agogen die zowel de zorgteams als behandelaren ondersteunen. Organisaties kunnen meer gezamenlijk optrekken om kennisuitwisseling rondom taakdifferentiatie en opleidingsplekken voor deze beroepsgroepen te bewerkstelligen in de regio. Zo is er een regionaal netwerk voor verpleegkundigen en casemanagers dementie waarmee intensiever samengewerkt zou kunnen worden. Eveneens geven organisaties aan dat er meer aandacht zou moeten komen voor het regionaal aantrekken en opleiden van zij- instromers.

Een andere uitdaging voor de regio is een verwachte toename van het aantal PG-cliënten, net als patiënten met Parkinson en Korsakov. Dit zal deels tot gevolg hebben dat de wachtlijsten in de VVT-instellingen de komende jaren zullen groeien aangezien deze cliënten over het algemeen een langere verblijfsduur kennen. Wachtlijsten bij VVT-instellingen kunnen zorgen voor spanningen in de eerstelijnszorg en thuiszorg, omdat cliënten met zwaardere problematiek langer thuis wonen. Verwacht wordt dat ook het aantal somatische cliënten, welke specialistische zorg aan huis behoeven, zal toenemen. Momenteel merken de verschillende locaties van de HAP en de spoedzorg een toename van het aantal opnames en crisissituaties rondom ouderen. Tegelijkertijd zijn precieze (kwantitatieve) gegevens over de ontwikkelde zorgvraag op regionaal (en vaak ook landelijk) niveau niet voorhanden. Bestuurders hebben hier wel behoefte aan om zo beter te kunnen sturen op de ontwikkeling van de zorgvraag.

Personeelstekorten in de regio komen in alle lagen van de organisatie voor. Enkele organisaties geven aan dat er meer SO-capaciteit nodig is om aan de verwachte (en gesignaleerde) stijging en verspreiding van de zorgvraag te voldoen. Instellingen waarbij de bezetting voldoende toereikend is lijken minder noodzaak te voelen tot vergaande regionale samenwerking zoals het 'delen' van SO-capaciteit. Andere instellingen, voornamelijk woonzorgcentra, werken met huisartsen en voorzien (momenteel) geen problemen omdat het contact met de huisarts goed is. Het zoeken naar oplossingen om aan de toekomstige zorgvraag te voldoen zit in deze regio in verschillende fasen, afhankelijk van de personeelstekorten, de expertise van de instelling en de zorgvraag die men nu ervaart. Echter zien alle organisaties op verschillende fronten wel mogelijkheden tot verdere samenwerking om te kunnen anticiperen op toekomstige en verwachte knelpunten in de ouderenzorg in de regio. Om dit te kunnen doen wordt inbedding gezocht binnen het programma Zorg Dichterbij. Dit biedt de kans nog meer over de bestaande zorglijnen heen te werken ('ontschotting') en capaciteit dáár in te zetten waar dit nodig is. Zorg Dichterbij gaat bovendien niet alleen over uitvoeringsvraagstukken maar ook over het ontwerp van professionele en bestuurlijke uitvoerings- en sturingsarrangementen. Actie-onderzoek is een passend middel om 'opdoemende' kwesties aan te pakken en zowel kansen als knelpunten te identificeren en bespreekbaar te maken. Dit helpt om een regionale aanpak van langdurige zorg te verstevigen.

Bronnen

- Analyse verblijfsduur VV klanten, Zorgkantoor Regio 't Gooi
- Analyse scheiden wonen en zorg, Regio Gooi en Vechtstreken,
- Centraal bureau voor Statistiek, dossier Vergrijzing
- Nivel Rapport, 2018, Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg
- Regiovisie Zilveren Kruis, 2019, Zorgkantoor Regio 't Gooi
- Regiovisie Zorg Dichterbij, Regio Gooi en Vechtstreken.

Bijlage A: Zorginstellingen

Zorginstellingen betrokken bij SOG-GVA (met in het geel nog een aantal 'losse eindjes')

Instelling	Wat	Locaties	Personeel en Cliënten
Amaris	Thuiszorg; dagbesteding; wijkverpleging; woonzorgcentra; verpleeghuiszorg; eerstelijnsverblijf; geriatrische revalidatiezorg; palliatieve zorg Geriatrische revalidatie zorg, dementiezorg en palliatieve zorg als speerpunten benoemd.	22 locaties, gevestigd in regio Gooi – en Vechtstreek en Eemland. Waarvan 14 locaties in Gooi – en Vechtstreek. Waarvan 2 verpleeghuiscentra (Theodotion, te Laren, en Gooizicht, te Hilversum)	2245 medewerkers (1365 fte.) waarvan circa 90 behandelaren Aantal vrijwilligers 749 cliënten (intramuraal), waarvan 220 bedden bij Theodotion en 150 bij Gooizicht, 120 bedden GRZ. 306 cliënten (extramuraal op basis van WLZ + dagbesteding). 994 cliënten op basis van wijkverpleging
Buitenhaege Leger des Heils, locatie Almere	Verpleeghuiszorg; dagbesteding; reguliere thuiszorg; GZ-wijkverpleging en bijzondere doelgroepen. Combinatie van verslavingszorg en ouderenzorg.	1 locatie, gevestigd in Almere.	Aantal medewerkers Aantal vrijwilligers 129 Wlz plekken (intramuraal) Afdelingen: 1 specifiek LdH, 1 somatiek/NAH, 2 somatisch/PG
De Oude Pastorie	dagbesteding; woonzorgcentrum met verpleeghuiszorg; palliatieve zorg;	1 locatie, gevestigd in Laren.	50 medewerkers (34,3 fte.) 20 gastvrouwen/heer 26 cliënten intramuraal 8 cliënten per dag, voor dagbesteding
Hilverzorg	Thuiszorg; dagbesteding; wijkverpleging; woonzorgcentra; verpleeghuiszorg; eerstelijnsverblijf; geriatrische revalidatiezorg; palliatieve zorg Expertisecentra zijn toegelegd op PG, NAH, Korsakov en GP (geronto psychiatrie)	2 expertisecentra, 5 woondienstcentra, gevestigd in Hilversum	738 medewerkers (511,8 fte.) waarvan: 34 behandelaren 115 verpleegkundigen 346 verzorgenden 645 zorgpersoneel (435,5 fte.) 93 MT en support (76,3 fte.) 348 vrijwilligers Cliënten
Inovum	Thuiszorg; dagbesteding; wijkverpleging; verpleeghuiszorg; eerstelijnsverblijf; geriatrische revalidatiezorg; palliatieve zorg; casemanagement dementie	3 locaties, gevestigd in Loosdrecht, Hilversum en Kortenhoef.	Aantal medewerkers, fte's 347,13 waarvan 224,69 fte. verplegend en verzorgend personeel 20,52 fte. Behandelend en

			<p>medisch >250 vrijwilligers</p> <p>245 cliënten intramuraal 941 cliënten thuiszorg (waarvan 61 WLz).</p>
King Arthur Groep	Thuiszorg; dagbesteding; wijkverpleging; woonzorgcentra; verpleeghuiszorg; casemanagement dementie	1 woonzorgvoorziening te Hilversum; diverse ontmoetingscentra in het midden van het land, begeleiding en zorg thuis in de regio 't Gooi- en Eemland en Gooi- en Vechtstreek	<p>1 SO op ZZP basis Verschillende behandelaren, verplegend en verzorgend personeel op ZZP-basis verbonden aan de organisatie.</p> <p>22 cliënten, intramuraal 500 cliënten, extramuraal</p>
LZ Zorg BV	Thuiszorg; dagbesteding; wijkverpleging; woonzorgcentra; verpleeghuiszorg;	3 woonzorgvoorzieningen in Huizen, 1 in Naarden (gericht op echtparen)	<p>26 bewoners op locaties .. cliënten extramuraal (Naast WLZ cliënten, ook WMO en WSW)</p> <p>SO in overeenkomst (vanuit Vivium) Huisarts: medische verantwoordelijkheid overlegt met SO. Psycholoog (ook vanuit Vivium) aantal VIG/VPK</p>
Nusantara	Thuiszorg; dagbesteding; wijkverpleging; woonzorgcentra; verpleeghuiszorg;	3 locaties te Almere, Apeldoorn, Bussum	<p>265 medewerkers (159,92 fte), waarvan 11 medewerkers management en RvB (10,39 fte) 8 behandelaren (5,33 fte.) 120 vrijwilligers</p> <p>149 cliënten intramuraal 140 cliënten extramuraal (thuiszorg en dagbesteding)</p>
Rosa's Spierhuis	Woon- en werkgemeenschap voor oudere kunstenaars; dagbesteding; woonzorgcentrum; eerstelijnsverblijf;	1 locatie te Laren.	<p>84 medewerkers waarvan 38 verzorgenden en verpleegkundigen</p> <p>63 cliënten, waarvan 2 ELV (cijfers 2017)</p>
Vivium Zorggroep	Thuiszorg; dagbesteding; wijkverpleging; woonzorgcentra; verpleeghuiszorg; eerstelijnsverblijf; geriatrische revalidatiezorg; palliatieve zorg	6 verpleeghuislocaties, 4 woonzorgcentra, 1 GRZ	<p>Medewerkers - behandelteams 1000 vrijwilligers</p> <p>800 cliënten, VVT 1000 cliënten, GRZ 430 cliënten, woonzorgcentra</p>
Zorggroep Almere	Thuiszorg; dagbesteding; wijkverpleging; woonzorgcentra; verpleeghuiszorg; eerstelijnsverblijf; geriatrische	8 verpleeghuiscentra, 1 centrum voor GRZ (gevestigd in Almere), 19 gezondheidscentra	<p>2300 medewerkers Waarvan: 100 huisartsen (68 fte.) 900 vrijwilligers</p>

	revalidatiezorg; palliatieve zorg		498 cliënten intramuraal
--	-----------------------------------	--	--------------------------

Bijlage B: Matrix – samenwerkingen, netwerken en lopende projecten

Naam	Netwerk/ Samenwerking/ Project	Doel van de samenwerking
Netwerk Goed en gezond leven (NGGL)	Netwerk	Netwerk met coalities tbv samen de goede zorg en infrastructuur voor
Zorg dichterbij (coalitie onder NGGL)	Regionaal Samenwerkingsprogramma (regiovisie)	JZoJP doelstellingen: vervangen, verplaatsen, voorkomen. ZH bedden reductie
Regio overleg ZK	Samenwerkingsverband (waaronder verschillende projecten vallen)	Formuleren regio-ambities die we gezamenlijk zouden kunnen/willen oppakken. Nuttig besteden regiobudget ikv kwaliteitsmiddelen
SEMD (coalitie onder NGGL)	Samenwerkingsverband	Onderzoeken hoe in de spoedzorg meer samen te werken. Evt via oprichten SEMD, maar mogelijk door intensieve samenwerking
Ruisloze ouderenzorg	Samenwerkingsverband	Voorwacht van thuiszorg tbv de HA in de ANW uren
ELV coördinatie	Samenwerkingsverband	Samen de coördinatie/triage voor de ELV vormgeven, waardoor snel patiënt op goede plek zit bij behoefte aan ELV.
Realtime medicatie inzicht (coalitie onder NGGL)	?	Kijken wat we kunnen verbeteren aan de medicatie-overdracht/ICT
Triagetelefoon 24/7 bereikbaarheid SO voor HA en zhs voor triage GRZ/ELV	Samenwerkingsverband	Juiste client op juiste plek;
SO in Huisarts praktijk	Samenwerkingsverband	Consulent /medebehandelaar of behandelaar vgl's stepped care methode gericht op voorkomen, diagnosticeren en behandelen van kwetsbaarheid
Diensten in de nacht 23-8.30 uur	Samenwerkingsverband	Duurzame inzet SO en aios

Diensten ANW overig	Samenwerkingsverband	Samen de nacht met 1 aios, ANW levert ook anios, 1 SO. Samen AW voor elkaars regio avond en weekend
Kennis delen SO Verenso	Netwerk	Refereren samen 1e maandag vd maand, refereerlunch
Kennis netwerk	Netwerk	5 x per jaar regio avond, onderwerpen rondom vak
Regionaal overleg BOPZ artsen tbv WZD		Goed regionale implementatie WZD
Alzheimer Cafe	Netwerk	Mantelzorggespreksgroep
Netwerk Palliatieve zorg	Netwerk	Verbeteren van de kwaliteit
Op bezoek		Ter inspiratie Kwaliteit@
2° Spoor		Herplaatsing medewerkers (mobiliteitsteam)
ABC team		Specialistische zorg bij gedragsproblematiek
Bloedafnamepost		Laagdrempelige toegang tot afname bloedmonsters
HAP		Huisartsbezoek NAW
I-psy		Cultuursensitieve zorg bieden aan clientenpopulatie
Werktafel Dementie		Voorheen regionale netwerk dementie

Erasmus University Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management

Bayle Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E communicatie@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm