



Kennis en optimalisatie agenda voor het Amsterdamse ouderenbeleid

Reflectie op 8 speerpunten voor beleid van de Amsterdamse coalitie Ouderen



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra

Inhoud

Samenvatting	4
Introductie	6
Reflectie op de ambitie en pijlers van de Amsterdamse coalitie Ouderen	9
Reflectie op speerpunt 1. Valpreventie	12
Reflectie op speerpunt 2. Dialoog over de laatste levensfase	15
Reflectie op speerpunt 3. Dementieketens	20
Reflectie op speerpunt 4. Acute zorg en nachtzorg WVP	23
Reflectie op speerpunt 5. Verkorting ligduur ELV	26
Reflectie op speerpunt 6. 24/7 Aanmeldportaal VVT	29
Reflectie op speerpunt 7. Digitale gegevensuitwisseling professionals -gehele keten	30
Reflectie op speerpunt 8. Passende woonvormen	32
Synthese	35
Bijlage 1: Overzicht van betrokkenen	41
Bijlage 2: Overzicht van kennis over de speerpunten 1 tot en met 8	44
Bijlage 3: Conclusies van budgetimpactanalyse bij speerpunten ouderen	57

Samenvatting

De Amsterdamse coalitie Ouderen en Amsterdam UMC werken samen aan het opstellen van een kennis- en optimalisatieagenda voor een goed onderbouwd en toetsbaar beleid voor gezondheid en welzijn van Amsterdamse ouderen. Amsterdam UMC heeft zich in het kader van het NFU-programma 'Onderzoek en innovatie met en voor de gezonde regio' gecommitteerd aan de ambitie om samen met relevante partijen regionale kennis- en innovatieagenda's voor gezondheid en zorg op te stellen en heeft in dat kader aansluiting gezocht bij het stads-brede 'Amsterdam Vitaal en Gezond' programma (AVG).

De Amsterdamse coalitie Ouderen (onderdeel van Amsterdam Vitaal en Gezond) heeft drie pijlers geformuleerd voor beleid voor de komende vier jaar, namelijk 'Vitaliteit', 'Keten van zorg en ondersteuning' en 'Wonen met zorg'. Onder deze pijlers hangen acht speerpunten voor beleid op de korte termijn, namelijk: valpreventie; dialoog laatste levensfase; dementieketens; acute zorg en nachtzorg wijkverpleging; verkorting ligduur ELV; 24/7 aanmeldportaal VVT; digitale gegevensuitwisseling professionals en passende woonvormen.

In deze agenda wordt voor ieder van de acht speerpunten geïnventariseerd in hoeverre onderzoekers en praktijkdeskundigen het geschetste probleem en de oplossingsrichting herkennen, welke mogelijkheden zij zien om bij dit speerpunt de praktijk van preventie, ondersteuning en zorg te optimaliseren, welke kennis reeds beschikbaar is en welke kennisvragen om nader onderzoek vragen.

De aanpak voor het opstellen van deze agenda bestond uit individuele interviews met deskundigen in de praktijk en wetenschappers met expertise op het gebied van ziekte en gezondheid van ouderen en ouderenzorg. Een aandachtspunt bij het lezen van de agenda is dat de geïnterviewden werden uitgedaagd kritisch te zijn met het oog op verdere uitwerking van de speerpunten en dat niet expliciet is gevraagd wat zij goed vonden aan de speerpunten. De uitkomsten van de interviews zijn geanalyseerd. Deze analyse is ter toetsing voorgelegd in een bijeenkomst met leden van de Amsterdamse coalitie Ouderen en onderzoekers van Amsterdam UMC, in een bijeenkomst met de Regionale ouderendelegatie Amsterdam en in een schriftelijke ronde met de geïnterviewden. De uiteindelijke agenda is vastgesteld in een projectcommissie bestaande uit leden van de Amsterdamse coalitie Ouderen en medewerkers van Amsterdam UMC.

Op basis van een analyse van terugkerende thema's in bovengenoemde interviews en bijeenkomsten zijn de volgende algemene aandachtspunten geformuleerd voor beleid en onderzoek op het gebied van de Amsterdamse ouderenzorg.

- Onderzoek de behoeften, opvattingen en ervaringen van Amsterdamse ouderen, met aandacht voor de diversiteit van deze groep, en betrek ouderen bij het maken van beleid
-

-
- Besteed in onderzoek en beleid expliciet aandacht aan de verschillende groepen migrantenouderen en ouderen met een lage sociaaleconomische status
 - Streef in het beleid naar het bevorderen van de veerkracht van ouderen en onderzoek de toegevoegde waarde van dit concept voor beleid
 - Besteed aandacht aan alle aspecten van het functioneren van ouderen, dus naast fysiek functioneren ook mentaal en sociaal functioneren en het gevoel om een betekenisvolle rol in de samenleving te vervullen
 - Faciliteer de samenwerking tussen verschillende disciplines en beroepsgroepen, in een breed zorgnetwerk en in interdisciplinair onderzoek
 - Versterk de samenwerking tussen medisch en sociaal domein en onderzoek onder welke voorwaarden deze samenwerking meerwaarde biedt
 - Creëer de betrokkenheid en versterk de positie van de informele zorg

Naast de hier besproken aandachtspunten voor beleid op de korte termijn, kwamen in de interviews en bijeenkomsten diverse uitdagingen voor het beleid op de lange termijn naar voren, zoals de overbelasting en onderbemensing van de ouderenzorg, de groeiende kloof tussen groepen met een hoge en lage sociaaleconomische status en de rol van technologie, digitalisering en platformisering.

De interviews lieten zien dat lang niet alle kennis die is verkregen uit wetenschappelijk onderzoek doordringt in de praktijk. Het versterken van de samenwerking tussen wetenschap en praktijk is dus van groot belang voor het optimaliseren van de Amsterdamse ouderenzorg. Ook verdient het aanbeveling om na te gaan welke aandachtspunten van de coalitie specifiek gelden voor het Amsterdamse ouderenzorgbeleid, welke aandachtspunten van de coalitie tevens gelden voor andere grote steden en welke op nationaal niveau spelen.

In het vervolgtraject van deze agenda zal Amsterdam UMC samen met de Amsterdamse coalitie Ouderen kennistafels organiseren over gerichte thema's die voortkomen uit deze agenda, om te faciliteren dat de reeds beschikbare kennis wordt ingezet om het beleid van de coalitie Ouderen vorm te geven en om de nog ontbrekende kennis die nodig is om dit beleid verder vorm te geven te vertalen in onderzoeksvragen, als basis voor toekomstig onderzoek.

Introductie

Aanleiding

Een goed wetenschappelijk onderbouwd en toetsbaar beleid om gezondheid en welzijn van Amsterdamse ouderen te bevorderen. Dat is de gezamenlijke ambitie van de Amsterdamse coalitie Ouderen en Amsterdam UMC, en het uiteindelijke doel van deze agenda. De Amsterdamse coalitie Ouderen is onderdeel van het stadsbrede programma Amsterdam Vitaal en Gezond, waarin Gemeente Amsterdam, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, zorg- en welzijnsaanbieders verenigd in SIGRA en Cliëntbelang Amsterdam samenwerken om te kunnen anticiperen op de zorgvraag van morgen.¹ Amsterdam UMC heeft zich aangeboden als kennispartner.

De aanleiding voor deze agenda is dat Amsterdam UMC zich in het NFU-programma 'Onderzoek en innovatie met en voor de gezonde regio' heeft gecommitteerd aan de ambitie om in samenwerkingsverband met burgers, patiënten en betrokken organisaties de belangrijkste uitdagingen in de regio te inventariseren en vervolgens regionale kennis- en innovatie-agenda's voor gezondheid en zorg op te stellen.² Daarnaast is Amsterdam UMC bezig met de ontwikkeling van het onderzoeksspeerpunt 'Urban Aging'. Dit programma zal voortbouwen op de voorliggende kennis- en optimalisatie agenda.

De eerste stap richting een wetenschappelijk onderbouwd en toetsbaar beleid voor Amsterdamse ouderen, bestond eruit om samen met praktijkdeskundigen en onderzoekers te reflecteren op de acht speerpunten voor beleid die de coalitie Ouderen heeft geformuleerd. Deze reflectie heeft geresulteerd in de voorliggende Kennis en optimalisatie agenda voor de Amsterdamse ouderenzorg. Als vervolg op deze agenda zullen de Amsterdamse coalitie Ouderen en Amsterdam UMC thema's die voortkomen uit deze agenda samen verder uitwerken, om zo het beleid voor de Amsterdamse ouderen stevig te funderen op wetenschappelijke kennis over welke strategieën wel en niet werken.

Doel

Doel van de voorliggende agenda is om voor ieder van de acht speerpunten voor beleid van de Amsterdamse coalitie Ouderen te inventariseren in hoeverre onderzoekers en praktijkdeskundigen het binnen het speerpunt geschetste probleem en de oplossingsrichting herkennen, welke mogelijkheden zij zien om bij dit speerpunt de praktijk van preventie, ondersteuning en zorg te optimaliseren, welke kennis reeds beschikbaar is en welke kennisvragen om nader onderzoek vragen, om te komen tot effectief beleid.

¹ <https://vitaalgezond.amsterdam/>

² <https://www.nfu.nl/themas/onderzoek-en-innovatie/onderzoek-en-innovatie-de-regio>

Aanpak

We hebben de plannen van de Amsterdamse coalitie ouderen voorgelegd in individuele interviews met 11 experts op het gebied van onderzoek naar ouderen, en 11 deskundigen uit de praktijk. Bijlage 1 geeft een overzicht van geïnterviewden. We hebben beide groepen gevraagd waar zij mogelijkheden zien voor optimalisatie ofwel verbetering van de praktijk van preventie, ondersteuning en zorg. We hebben beide groepen ook gevraagd op welke thema's kennis wenselijk is, en op welke thema's kennis beschikbaar is, die al dan niet zijn weg naar de praktijk heeft gevonden. Een aandachtspunt bij het lezen van de agenda is dat de geïnterviewden werden uitgedaagd om kritisch te zijn met het oog op verdere uitwerking van de speerpunten en dat er niet expliciet is gevraagd wat zij goed vonden aan de speerpunten.

De interviews waren gericht op 8 speerpunten voor het beleid in de Amsterdamse ouderenzorg voor de komende 4 jaar, zoals die geformuleerd zijn door de Amsterdamse coalitie ouderen. Dit zijn de thema's in de ouderenzorg waar op korte termijn optimalisatie of verbetering van de praktijk gewenst is. Deze speerpunten zijn opgehangen aan 3 overkoepelende pijlers. Zie box 1 voor een beknopt overzicht van speerpunten en pijlers. Ten tijde van de interviews met onderzoekers waren sommige beleidsdoelen algemener geformuleerd, waardoor niet alle onderzoekers hebben gereflecteerd op alle speerpunten. In de tekst van de notitie is aangegeven waar dit het geval is.

Box 1. Acht speerpunten voor beleid van de Amsterdamse coalitie Ouderen

Pijler 1. Vitaliteit

1. Valpreventie
2. Dialoog laatste levensfase

Pijler 2. Netwerk van ondersteuning en zorg

3. Dementieketens
4. Acute zorg en nachtzorg WVP
5. Verkorting ligduur ELV
6. 24/7 aanmeldportaal VVT
7. Digitale gegevensuitwisseling professionals –gehele keten

Pijler 3. Wonen en zorg

Passende woonvormen

De uitkomsten van de interviews zijn geanalyseerd. Deze analyse is ter toetsing voorgelegd in een bijeenkomst met leden van de Amsterdamse coalitie Ouderen en onderzoekers van

Amsterdam UMC, in een bijeenkomst met de Regionale ouderendelegatie Amsterdam en in een schriftelijke ronde met de geïnterviewden. De uiteindelijke agenda is vastgesteld in een projectcommissie bestaande uit leden van de Amsterdamse coalitie Ouderen en medewerkers van Amsterdam UMC. Prof. dr. Bianca Buurman en prof. dr. Karien Stronks zijn gedurende het gehele traject betrokken geweest als adviseurs.

Opbouw van deze agenda

In de notitie staan allereerst de reflecties van praktijkdeskundigen en onderzoekers op de overkoepelende ambitie en op de 3 pijlers van het beleid van de Amsterdamse coalitie Ouderen, namelijk 'vitaliteit', 'netwerk van ondersteuning en zorg', en 'wonen en zorg'. Daarna volgt een overzicht van de reflecties op de acht speerpunten. Per speerpunt beschrijven we:

- het probleem zoals dat is geformuleerd door de coalitie
- de reflectie op de formulering van het probleem door onderzoekers en praktijkdeskundigen
- de oplossingsrichting zoals die is geformuleerd door de coalitie
- de reflectie op de voorgestelde oplossingsrichting door onderzoekers en praktijkdeskundigen
- de beschikbare kennis en implicaties voor onderzoek

In de synthese beschrijven we enkele algemene bevindingen en geven we aanbevelingen voor beleid en onderzoek. Bijlage 1 geeft een overzicht van betrokkenen. Bijlage 2 bevat een overzicht van beschikbare kennis in Amsterdam UMC per speerpunt. Bijlage 3 bevat de conclusies van een budget impact analyse bij de acht speerpunten, die in oktober 2020 is gemaakt door de gemeente Amsterdam.

Reflectie op de ambitie en de pijlers van de Amsterdamse coalitie Ouderen

Reflectie op de ambitie van de Amsterdamse coalitie Ouderen

De coalitie heeft de volgende ambitie geformuleerd: 'In 2040 leiden alle ouderen een vitaal en betekenisvol leven in een voor hun vertrouwde omgeving, ongeacht hun achtergrond, inkomen en behoefte aan ondersteuning.'

Tijdens de interviews uitten verschillende onderzoekers twijfels over de haalbaarheid van een vitaal leven voor alle ouderen, omdat een grote groep ouderen nu eenmaal te maken krijgt met ziekte en achteruitgang in functioneren. Ook plaatsten onderzoekers vraagtekens bij de ambitie dat alle ouderen een betekenisvol leven leiden in 2040. Nog los van de haalbaarheid en toetsbaarheid van deze doelstelling, vroegen onderzoekers zich af of realiseren dat ouderen een betekenisvol leven leiden eigenlijk wel een taak van de overheid is.

Voorwaarden voor ouderen creëren om te kunnen leven in welzijn en in goede gezondheid, is mogelijk een passender doelstelling.

De ambitie van de coalitie is vertaald naar drie pijlers waarop de acht speerpunten voor beleid zijn gestoeld, namelijk 'Vitaliteit', 'Netwerk van ondersteuning en zorg' en 'Wonen en zorg'. Hieronder worden de reflecties van onderzoekers en praktijkdeskundigen op deze pijlers beschreven.

Reflectie op de pijler 'Vitaliteit'

De beleidskwesties die onder de pijler 'vitaliteit' worden beschreven worden herkend door zowel onderzoekers als praktijkdeskundigen. Het gebruik van de term 'vitaliteit' als beleidsdoel roept echter vragen en zorgen op bij onderzoekers. Het eerste probleem is dat het geen realistisch beleidsdoel is om te zorgen dat ouderen vitaal blijven. Veel ouderen krijgen nu eenmaal te maken met beperkingen en chronische ziektes. Zij zijn dan kwetsbaar in plaats van vitaal. Maar met de juiste aanpassingen, de inzet van hulpbronnen en een goed sociaal netwerk kunnen kwetsbare ouderen wel veerkrachtig blijven. 'Veerkracht' is een realistischer doel om na te streven, aldus verschillende onderzoekers. Het is vanuit beleidsperspectief bovendien een flexibeler concept, dat voor ouderen die met beperkingen te maken krijgen meer mogelijkheden biedt om een zo zelfstandig mogelijk leven vorm te geven.

De tweede beperking van 'vitaliteit' is dat het een te smalle term is voor het ouderenbeleid. Het streven naar vitaliteit dreigt het leven op de oude dag te reduceren tot fysiek functioneren. Menselijk functioneren omvat echter niet alleen fysiek functioneren, maar ook bijvoorbeeld mentaal en sociaal functioneren. Het mentale en sociale functioneren van ouderen wordt in de zorg nog te vaak over het hoofd gezien, evenals 'welzijn' en 'eigen regie'. Dat is op zichzelf een gemis, maar kan ook weer negatieve gevolgen hebben voor het fysieke functioneren. De coronapandemie maakt pijnlijk duidelijk dat naast het voorkomen van fysieke aandoeningen,

ook het tegengaan van eenzaamheid, depressie, angst en stress van groot belang zijn. Ook hier geldt dat het concept 'veerkracht' soelaas biedt. Het biedt ruimte aan de verschillende facetten van het leven op de oude dag, en laat ook de samenhang daartussen zien. Wanneer een oudere is genezen van een gebroken heup, maar mentaal nog staat te trillen op zijn benen, dan is hij niet veerkrachtig. Omgekeerd kan een oudere met fysieke of mentale beperkingen heel veerkrachtig blijken, indien hij of zij zich prettig voelt in de woonomgeving en daar kan leunen op een stevig netwerk. Kortom, in plaats van het beleid te richten op de vitale ouderen, is het volgens onderzoekers beter om te streven naar veerkrachtige ouderen en de context die deze veerkracht ondersteunt. Een onderzoeker vult aan dat het wel van belang is om onderzoek te doen naar de betekenis en de toegevoegde waarde van het concept en naar de wijze waarop het geoperationaliseerd kan worden in passende interventies.

Reflectie op de pijler 'Keten van zorg en ondersteuning'

Het thema 'Keten van zorg en ondersteuning' werd door onderzoekers en praktijkdeskundigen herkend als belangrijk knelpunt in de zorg, waar verbetering noodzakelijk is. Een proactieve benadering is hard nodig in de ouderenzorg, merkt een onderzoeker op. Nog te vaak denken allerlei spelers in de zorg vanuit crises en de noodzaak van opvang. Dit speelt bijvoorbeeld in de problematiek rond het eerstelijns verblijf (zie speerpunt 5: Verkorting ligduur ELV).

Verder benadrukten zowel onderzoekers als praktijkdeskundigen dat we bij het nadenken over zorg en ondersteuning geen smalle bril moeten hanteren die beperkt is tot professionele medische zorg. De uitdagingen waar de ouderenzorg in de nabije toekomst mee geconfronteerd wordt, vragen niet alleen om de inzet van medische professionals, maar ook om de inzet van professionals uit het sociale domein, mantelzorgers en vrijwilligers. Kortom, beleid dat de keten van zorg en ondersteuning wil optimaliseren moet zich richten op dit brede zorgnetwerk. Hokjes, verkokering en verouderde hiërarchische scheidslijnen tussen formele en informele zorg moeten plaatsmaken voor soepele samenwerking in een netwerk waarin de oudere centraal staat, daar zijn onderzoekers en praktijkdeskundigen het over eens.

Reflectie op de pijler 'Wonen met zorg'

De pijler 'Wonen met zorg' werd door onderzoekers en praktijkdeskundigen ook onderschreven als een essentieel thema voor beleid. Beide groepen noemen als belangrijk aandachtspunt dat beleidsmakers soms denken te weten wat ouderen willen, terwijl de behoeften van ouderen in werkelijkheid heel anders zijn. De enige betrouwbare leidraad voor beleid is volgens hen dan ook (kwalitatief) onderzoek met ouderen zelf.

De toenemende ongelijkheid en de grote diversiteit aan Amsterdamse ouderen is een ander belangrijk aandachtspunt voor het beleid, zo merkten nagenoeg alle geïnterviewden op. Het aanbod is nu nog te vaak homogeen van aard. Zowel in beleid als in onderzoek is specifieke aandacht nodig voor subgroepen, zoals de verschillende groepen migrantenouderen en ouderen met een lage Sociaal Economische Status (SES). En ook binnen die groepen is de ene oudere de andere niet. Stereotypen zoals 'het kwetsbare oude dametje' of 'de vitale oudere met eigen regie' helpen beleid niet verder, aldus enkele geïnterviewden.

Reflectie op speerpunt 1. Valpreventie

Reflectie op het probleem

Het eerste speerpunt 'Valpreventie' richt zich op het probleem dat ongeveer 40% van de Amsterdamse 65+ers tenminste één keer per jaar valt, soms met ernstige consequenties voor de gezondheid, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Dit probleem wordt herkend door onderzoekers en praktijkdeskundigen.

Reflectie op de oplossingsrichting

Als oplossingsrichting wordt een langjarige aanpak valpreventie voorgesteld, die gericht is op de afname van het aantal valincidenten onder ouderen. Het speerpunt geeft nog geen uitgewerkte strategieën om het doel te realiseren.

De oplossingsrichting wordt herkend door onderzoekers en praktijkdeskundigen, al lopen de visies uiteen over de vraag hoeveel valpartijen nu daadwerkelijk voorkomen kunnen worden. Volgens de richtlijn voor valpreventie en de budgetimpactanalyses van veiligheid.nl is valpreventie effectief. Een onderzoeker suggereerde om de oplossingsrichting te beperken tot valpartijen met ernstige consequenties. Het langjarige karakter van de oplossingsrichting wordt toegejuicht, want de beschikbare kennis over valpreventie wordt nu niet goed geïmplementeerd, volgens diverse geïnterviewden. Adequate implementatie vraagt behalve om een langetermijnperspectief, tevens om een continu aanbod en een duurzame inzet van middelen. Daar ontbreekt het aan in de huidige praktijk: het beleid voor valpreventie is versnipperd en verandert steeds wanneer er een nieuwe wethouder komt.

Voor de uitwerking van de oplossingsrichting dragen onderzoekers en praktijkdeskundigen de volgende suggesties aan. Allereerst moeten de specifieke kenmerken van de regio Amsterdam nadrukkelijker worden meegenomen in de oplossingsrichting, zoals bijvoorbeeld ontoegankelijke woonwijken uit de jaren twintig en dertig van de vorige eeuw. Daarnaast is meer en soepeler samenwerking nodig tussen de verschillende disciplines, in een netwerk met een duidelijke regievoerder. De praktijkondersteuner ouderen in de huisartsenpraktijk, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, sportinstructeurs en informele zorgverleners kunnen een nadrukkelijker rol toebedeeld krijgen voor het voorkomen van valpartijen. Mantelzorgers informatie aanreiken over het voorkomen van vallen is zoveel beter dan achteraf een ergotherapeut langs sturen wanneer iemand eenmaal is gevallen, verzucht een mantelzorgdeskundige. Een praktijkdeskundige vindt dat er structureel multidisciplinair overleg moet plaatsvinden in verpleeghuizen en in de thuissituatie, zoals nu al gebeurt op dementieafdelingen. Een wijkverpleegkundige geeft aan dat ouderen die nog niet eerder op de SEH terecht zijn gekomen, vaak denken dat ze geen risico lopen om te vallen. Zelfs als deze ouderen schuiven in plaats van lopen, wuiven ze de aangereikte preventieve

³ <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/interventies/integrale-aanpak/health-impact-bond>

maatregelen weg. Zij denkt dat het helpt om deze doelgroep beter te informeren. Een huisarts noemt het belang van sport en krachtoefeningen voor ouderen.

Als concrete interventies suggereren de geïnterviewden onder meer een digitale game voor valpreventie en een waarschuwingssignaal voor huisartsen in de digitale systemen voor patiëntinformatie, om aan te geven dat het valrisico voor een individuele patiënt is toegenomen en dat maatregelen nodig zijn.

Tenslotte merkte een onderzoeker op dat het herkennen van een verhoogd valrisico bij kwetsbare ouderen ook een alarmsignaal kan zijn om onderliggende acute aandoeningen (zoals een infectie) te signaleren. Hiermee raakt het speerpunt valpreventie ook aan de benadering van de zogenaamde tipping points zoals beschreven onder speerpunt 4: Acute zorg en nachtzorg WVP.

Beschikbare kennis en implicaties voor onderzoek

Er is ruime epidemiologische kennis beschikbaar over valincidenten, mogelijke risicofactoren voor vallen met ernstige consequenties (denk aan bepaalde medicatie, slechte mobiliteit, slechtziendheid, duizeligheid en omgevingsfactoren zoals stoepjes en loszittende tegels), predictoren en consequenties van vallen (zoals fracturen en angst voor vallen). Er is ook goede internationale kennis beschikbaar over effectieve manieren van valpreventie op individueel niveau. Bovendien zijn er verschillende best practices voor het identificeren van ouderen die baat hebben bij valpreventie omdat ze een verhoogd valrisico hebben. Bijvoorbeeld door brieven aan ouderen te sturen en door valrisico onderdeel te maken van een algemeen preventiebezoek door politie en brandweer bij ouderen thuis. De richtlijn voor valpreventie adviseert dat zorgverleners tenminste jaarlijks aan ouderen vragen of ze zijn gevallen. Hierover loopt een pilot met apothekers in Amsterdam.

Toch gaat het ergens mis en dat is bij de implementatie. Neem de Nederlandse richtlijn voor valpreventie uit 2016, die nog steeds niet is geïmplementeerd.

De volgende kennishiaten zijn benoemd.

- Inzicht in de effectiviteit van valpreventie op populatieniveau.
 - Een gepersonaliseerde aanpak van valpreventie, waarbij behandelaars precies kunnen inschatten welke interventie voor welk individu effectief is. Dat vraagt om een analyse van big data, die mogelijk wordt wanneer systemen voor patiënten informatie worden uitgerust met een diagnose voor vallen.
 - Een effectieve *casefinding*-strategie om ouderen met verhoogd risico op vallen te identificeren en te bereiken.
-

-
- Het ontwikkelen van een multidisciplinair, transmuraal zorgpad voor valpreventie, om implementatie van beschikbare kennis te vertalen naar de praktijk en om de versnippering van de zorg te minimaliseren. Bij voorkeur met slimme klinische beslissingsondersteuning (zie ook speerpunt 7: Aanmeldportaal VVT)
 - Het ontwikkelen, monitoren en evalueren van interventies, bij voorkeur vanuit een interdisciplinair perspectief.
-

Reflectie op speerpunt 2. Dialoog over de laatste levensfase

Reflectie op het probleem

Het tweede speerpunt, 'Dialoog laatste levensfase', richt zich op het probleem dat ouderen en hun naasten niet altijd goed zijn voorbereid op de laatste levensfase. Dit kan leiden tot onnodige behandelingen, onrust en crisisopnames in de laatste levensfase.

De term 'dialoog over de laatste levensfase' biedt ruimte aan verschillende interpretaties. De term 'dialoog' werd op twee manieren uitgelegd: als de individuele dialoog tussen dokter en patiënt, en als de dialoog op maatschappelijk niveau. In de tekst die volgt maken we een onderscheid tussen de individuele dialoog en de maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase.

Ook de term 'laatste levensfase' werd grofweg op twee verschillende manieren uitgelegd: als verwijzing naar de keuzen rondom het wel of niet ontvangen van zorg in de stervensfase en als verwijzing naar de inrichting van het leven op de oude dag, waarbij ook keuzes horen over in welk huis men wil wonen en hoe men ondersteuning wil organiseren wanneer volledig zelfstandig functioneren niet meer haalbaar is. De geïnterviewden herkennen voor beide fases dat het ontbreekt aan een tijdige voorbereiding.

In hoeverre moet er nu een onderscheid gemaakt worden tussen praten over het wel of niet ontvangen van zorg in de laatste levensfase en praten over het treffen van voorbereidingen voor de inrichting van het leven op de oude dag? Die twee zaken zijn nauw met elkaar verweven binnen het individuele gesprek tussen arts en patiënt over de voorbereidingen op de laatste levensfase, merkte een onderzoeker op. Maar binnen de maatschappelijke dialoog lijkt het riskant om beide zaken in één adem te noemen, geven praktijkdeskundigen veelvuldig aan. De ene maatschappelijke dialoog moet gaan over de noodzaak om zelf voorbereidingen te treffen voor het leven op de oude dag, en de andere maatschappelijke dialoog moet gaan over keuzemogelijkheden die mensen hebben om wel of niet zorg te ontvangen aan het levenseinde. Beide gesprekken zijn nodig, maar we moeten ze absoluut niet met elkaar verwarren.

Probleem 1. Dialoog over de laatste levensfase op individueel niveau

Wat betreft het individuele gesprek over de laatste levensfase waarin intensieve zorg en begeleiding nodig is, merkten de geïnterviewden op dat zowel ouderen als professionals dit gesprek vanwege de gevoelige thematiek te vaak uit de weg gaan. En als het gesprek wel plaatsvindt, wordt het onvoldoende vastgelegd en gecommuniceerd met andere professionals. Zo weten verpleegkundigen vaak niet wat is afgesproken over wel of niet reanimeren wanneer een oudere bij een verpleeghuis arriveert en worden wijkverpleegkundige en thuiszorg onvoldoende betrokken wanneer een oudere naar huis terugkeert.

Probleem 2. Dialoog over de laatste levensfase op maatschappelijk niveau

Wat betreft de maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase spraken praktijkdeskundigen veelvuldig de zorg uit dat ouderen die nu tussen de vijftig en zestig jaar oud zijn er ten onrechte op rekenen dat zij op hun oude dag dezelfde zorg en ondersteuning zullen ontvangen als hun ouders en grootouders. Dat is volgens hen echter niet realistisch omdat er een verdubbeling komt van het aantal ouderen, het aantal mensen met dementie en de kosten van ouderenzorg.

Reflectie op de oplossingsrichting

De oplossingsrichting van de coalitie is dat ouderen en hun naasten beter zijn voorbereid op de laatste levensfase en de keuzes die zij daarin zelf kunnen maken. Bij een goede voorbereiding hoort naast het voeren van gesprekken ook het vastleggen van de wensen en afspraken (bijvoorbeeld in een wilsverklaring of een behandelingspaspoort) en het informeren van de naasten en de huisarts. Een strategie die wordt voorgesteld om dit doel te realiseren is dat de Praktijkondersteuner in de Huisartsenpraktijk (POH-ouderen) samen met anderen een laagdrempelige maatschappelijke dialoog in de wijk organiseert over kwaliteit van leven en kwaliteit van sterven.

Oplossingsrichting 1. Dialoog over de laatste levensfase op individueel niveau

De dialoog over de laatste levensfase op individueel niveau bestaat uit gesprekken met naasten en zorgverleners over de wensen over en behoeften aan zorg gedurende het levenseinde. Een onderzoeker merkt op dat voor deze dialoog al meerdere initiatieven in Amsterdam zijn genomen, waaronder vanuit het project 'Beter oud in Amsterdam'.

Het onderzoeksprogramma van de onderzoekslijn Aging and Later Life van het Amsterdam Public Health research institute, laat zien dat onderzoekers de dialoog over de stervensfase een belangrijk thema vinden. Een van de thema's daarin is advance care planning (ook wel 'proactieve zorgplanning' genoemd), een hulpmiddel om te zorgen dat zorg wanneer die uiteindelijk nodig is aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten.

Praktijkdeskundigen droegen uiteenlopende suggesties aan om een gesprek over de laatste levensfase mogelijk te maken. Allereerst is het belangrijk om te beseffen dat de laatste levensfase een taboe is dat vaak uit de weg wordt gegaan door ouderen en professionals. Daarom vraagt een dialoog over dit thema om specifieke competenties bij professionals. Daarnaast kunnen ook systeemfactoren een goed gesprek in de weg staan, zoals prikkels in de financiering waarin vooral gestuurd wordt op uitkomsten. Het vergoeden van kwaliteit en innovatie kan gesprekken over kwaliteit van sterven wel stimuleren. Zo is het consult over mogelijke behandelopties in de laatste fase van het leven sinds 2014 opgenomen in de DOT-systematiek.

Bij het gesprek over het levenseinde is van groot belang dat de behandelaar mensen actief informeert over mogelijkheden en onmogelijkheden, om onjuiste verwachtingen en teleurstelling te voorkomen. Verder is het essentieel dat de zaken die worden besproken goed worden vastgelegd, regelmatig worden geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. Een onderzoeker merkt op dat het bij het vastleggen van deze voorkeuren afschrikt als mensen denken dat hun keuze 'definitief' is. Daarom moet worden benadrukt dat het een proces is, waarin bij ieder keuzemoment opnieuw moet worden stilgestaan bij wat op dat moment de juiste beslissing is. Tenslotte moeten de uitkomsten van een gesprek over het levenseinde actief worden gedeeld tussen de diverse professionals in de keten. Het vastleggen van dergelijke voorkeuren sluit dan ook aan bij speerpunt 7 (digitale gegevensuitwisseling professionals). Wanneer een oudere verhuist van de intramurale setting naar huis of van huis naar het verpleeghuis, moet er een heldere overdracht plaatsvinden. In de communicatie tussen ziekenhuis, huisarts en thuiszorg ontbreekt een goede overdracht over welke behandelbeslissingen zijn genomen. Bij bezoek aan de SEH en bij de opname in het ziekenhuis is onvoldoende oog voor een document over advance care planning. Dat heeft er mee te maken dat artsen in het ziekenhuis een eigen protocol hebben met vragen over behandelbeslissingen. Bovendien staan zij vaak al in de behandelmodus. De huisarts of een andere casemanager zou hierin een verbindende rol kunnen vervullen. Maar niet alle ouderen hebben een casemanager of ze hebben er juist meerdere, dus dit is geen structurele oplossing.

Oplossingsrichting 2. Dialoog over de laatste levensfase op maatschappelijk niveau

De tweede oplossingsrichting, namelijk een maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase, heeft als doel dat mensen zich ervan bewust worden dat de laatste levensfase voorbereiding vereist, om optimaal te kunnen blijven functioneren ondanks de beperkingen die zich voordoen. Deze oplossingsrichting wordt breed onderschreven door zowel onderzoekers als praktijkdeskundigen. Hoe uitgebreider vooraf wordt nagedacht over hoe die fase kan worden ingericht, en hoe breder daarbij de blik is op alle aspecten van het ouder worden, des te groter is de kans dat crises kunnen worden voorkomen.

Een aspect van deze maatschappelijke bewustwording, zijn de mogelijkheden rondom het ontvangen van zorg. Zo organiseren huisartsen en zorginstellingen in Amsterdam en in de rest van Nederland in het kader van een evaluatiestudie publieksbijeenkomsten om ouderen te informeren over de (on)mogelijkheden van zorg en behandeling aan het levenseinde.

Wel merken onderzoekers en praktijkdeskundigen daarbij op dat de maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase niet alleen moet gaan over fysiek functioneren maar ook over mentaal en sociaal functioneren, welzijn en regie en zingeving, kortom: over kwaliteit van leven in het algemeen. In plaats van naar een vitale oude dag zou het beleid moeten streven naar een veerkrachtige oude dag, aldus de onderzoekers. Dit vereist niet alleen inzet

van medisch professionals, maar ook van professionals uit het sociale domein en informele zorgverleners.

Praktijkdeskundigen uiten de zorg dat burgers er nog steeds vanuit gaan dat er een uitgebreid sociaal vangnet is voor de oude dag. Die verwachting is echter niet realistisch en moet hoog-nodig veranderen. Daarvoor is een breed maatschappelijk debat nodig. Praktijkdeskundigen merken op dat die maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase idealiter niet vanuit zorgaanbieders, zorgverzekeraar of beleidsmakers komt, maar vanuit ouderen zelf. Een goed voorbeeld is het advies van de Raad van Ouderen. Bestuurders vrezen dat anders de indruk ontstaat dat de maatschappij ouderen niet meer wil helpen. Een onderzoeker merkt op dat dit een aanname is die nader onderzoek vereist. Er is namelijk ook onderzoek dat laat zien dat ouderen het prettig vinden wanneer een vertrouwd persoon zoals de huisarts hen uitnodigt om over deze thematiek te spreken. Er vinden al activiteiten plaats vanuit de 'Pal in de stad' (voortkomend uit het netwerk palliatieve zorg Amsterdam en Diemen). Deze stichting zet zich ervoor in om het leven in al zijn facetten, dus ook het einde van het leven, bespreekbaar te maken voor Amsterdammers van alle leeftijden en uit alle culturen.

Beschikbare kennis en implicaties voor onderzoek

Voor de oplossingsrichting 'individuele dialoog over de laatste levensfase' kan binnen Amsterdam UMC worden geput uit de ruime kennis en expertise op het gebied van goede zorg in de laatste levensfase. Een van de thema's daarin is advance care planning. Er is kennis over de wensen van ouderen met betrekking tot het levenseinde, attitudes ten opzichte van euthanasie en wensen om te sterven. Verder is regelmatig nagevraagd welke ouderen gebruik maken van advance care planning en wilsverklaringen. Binnen het Amsterdamse programma 'Beter Oud in Amsterdam' hebben diverse activiteiten plaatsgevonden rondom de implementatie van **advance care planning** als onderdeel van ouderenzorg in huisartsenpraktijken. Tijdens de coronapandemie zijn de wensen van bijna alle kwetsbare Amsterdamse ouderen vastgelegd door de huisarts en praktijkondersteuner ouderen.

De volgende kennishiaten zijn door praktijkdeskundigen genoemd ten aanzien van de individuele dialoog over de laatste levensfase.

- Monitoren en evalueren van de dialoog over de laatste levensfase. Welke middelen worden nu toegepast bij huisartsen en in het ziekenhuis om het gesprek te faciliteren? Wat is nodig om een soepel zorgpad te creëren van thuis of verpleeghuis naar het ziekenhuis en weer terug? Hoe kan de vastlegging van de wensen over het levenseinde beter worden vormgegeven (in relatie tot de bestaande Leidraad Palliatieve zorg)?

⁴ <https://www.beteroud.nl/voor-ouderen/raad-van-ouderen/advies-over-voorbereiden-op-het-levenseinde>

Voor de oplossingsrichting 'maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase' is kennis beschikbaar bij het Ben Sajat Centrum in samenwerking met Elaa en de huisartsenkoepels. Ook is er bij LASA veel kennis beschikbaar over hoe ouderen leven. Verder kan bij deze oplossingsrichting wellicht geleerd worden van de landelijke interventie met publieksbijeenkomsten door huisartsen en zorginstellingen om ouderen te informeren over de (on)mogelijkheden van zorg en behandeling aan het levenseinde. Deze landelijke aanpak wordt momenteel geëvalueerd door afdeling Sociale Geneeskunde van Amsterdam UMC.

Praktijkdeskundigen zagen bij deze oplossingsrichting geen kennisvragen liggen, alleen de praktische vraag welke ondersteuning nodig is om de dialoog op gang te brengen. Onderzoekers zagen dat wel en noemden de volgende kennishiaten ten aanzien van de maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase.

- Welke partijen kunnen de dialoog over de laatste levensfase op maatschappelijk niveau het beste initiëren?
 - Draagt een financiële vergoeding bij aan de bereidheid van huisartsen om een gesprek over de laatste levensfase (vaker) te organiseren?
 - Hoe bereik je moeilijk bereikbare groepen zoals ouderen met lage SES en ouderen met een migrantenachtergrond?
 - Wat zijn effectieve methoden om wensen rond het levenseinde transmuraal over te dragen?
 - Inzicht in de opvattingen en behoeften van ouderen zelf rondom de laatste levensfase. Hoe ervaren zij het ouder worden en wat betekent succesvol ouder worden voor hen? En hoe ervaren zij het beleid rondom het levenseinde?
 - Inzicht in de pluriformiteit van het ouder worden. Onderzoek richt zich vaak op het fysieke functioneren en er is nog onvoldoende kennis over de andere aspecten van ouder worden.
 - Inzicht in de mentale gezondheid van ouderen. Wat is een effectieve manier om eenzaamheid bij ouderen tegen te gaan? Hoe kan de verbinding tussen het medisch domein en het sociaal domein goed worden ingericht, om het psychosociale functioneren van ouderen te verbeteren? (Zie ook speerpunt 8: Wonen met zorg).
-

Reflectie op speerpunt 3. Dementieketens

Reflectie op het probleem

Het derde speerpunt 'Dementieketens' richt zich op het probleem dat mensen met dementie en hun naasten regelmatig knelpunten ervaren in de zorg en ondersteuning die ze krijgen. Zo krijgen mensen met dementie vaak te maken met ondersteuning en zorg vanuit verschillende zorgwetten, waarbij zich in de overgangen tussen de wetten knelpunten voordoen.

De geïnterviewden herkennen dit probleem. Een onderzoeker vult aan dat casemanagement voor personen met dementie (waarbij een casemanager een complexe zorgsituatie op systematische wijze organiseert) in Amsterdam veel minder gangbaar is dan in andere delen van Nederland. In Amsterdam bestaan verschillende vormen van casemanagement met een relatief lage dekking: ongeveer 15% van de mensen met dementie heeft casemanagement in vergelijking met ongeveer 40% in Noord-Holland-Noord en Kennemerland-Zuid. Herkenbare ketens met meldpunten ontbreken en maken het voor verwijzers en naasten niet eenvoudig wegwijs te worden in een gefragmenteerd aanbod. Er is er zo mogelijk nog meer fragmentatie in het gebruik van instrumenten voor beslisondersteuning, waarmee persoonsgerichte passende zorg kan worden ondersteund. Een onderzoeker vult aan dat knelpunten in de thuissituatie vaak veroorzaakt worden doordat dementie frequent gepaard gaat met probleemgedrag.

Reflectie op de oplossingsrichting

De oplossingsrichting van de coalitie is tweeledig. Ten eerste dementienetwerken en welzijnsnetwerken inrichten waarin afstemming kan plaatsvinden tussen professionals onderling, tussen professionals en informele zorg en tussen professionals en de cliënt. Ten tweede overgangen tussen de zorgwetten zodanig organiseren dat de klant er zo min mogelijk last van heeft.

Oplossingsrichting dementienetwerken en welzijnsnetwerken

De behoefte aan een goede dementieketen wordt zeer herkend door praktijkdeskundigen. Er is behoefte aan een stabiel en overzichtelijk aanbod van dementiezorg, dat in beeld is bij professionals, informele zorg en ouderen zelf. Amsterdam loopt daarmee achter bij andere grote steden.

Praktijkdeskundigen noemen verschillende aandachtspunten voor bovengenoemde oplossingsrichtingen. De meningen lopen uiteen over de vraag of de diagnose dementie voldoende wordt gesteld in de huisartsenpraktijk. Een arts denkt van wel maar schat in dat de zorg die huisartsen leveren aan demente patiënten onvoldoende in beeld is. Een andere arts ziet hier een nadrukkelijker rol weggelegd voor specialisten ouderengeneeskunde en casemanagers dementie. Ook moet de verbinding tussen formele en informele zorg beter worden georganiseerd, door knelpunten op het gebied van hiërarchie en privacy te

adresseren. Voor mantelzorgers blijkt het vaak lastig om professionele hulp te vragen. Een vertrouwensband is dan extra belangrijk. Een onderzoeker merkt op dat onderzoek laat zien dat gespecialiseerde casemanagers die zijn ingebed in multidisciplinaire teams veel kosten kunnen besparen en de kwaliteit van leven van zowel mantelzorgers als personen met dementie kunnen verbeteren.

Ook is volgens deze onderzoeker een wereld te winnen met het gebruik van slimme en beproefde instrumenten voor beslisondersteuning, die personen met dementie door verschillende situaties kunnen volgen. Zulke instrumenten dragen bij aan persoonsgerichte en passende zorg. Bovendien kunnen de verzamelde data gebruikt worden voor een lerend netwerk.

Met het sterk stijgende aantal mensen met dementie is het van belang dat de samenleving wordt toegerust om met dementie om te gaan, merken diverse praktijkdeskundigen op. Zij refereren aan de zogenaamde 'Sociale Benadering'. Deze benadering helpt de behoeften van mensen met dementie beter zien en begrijpen, om van daaruit de juiste zorg en begeleiding te bieden. Nadrukkelijke aandacht gaat daarbij uit naar de normale menselijke behoeften van mensen met dementie, want zij zijn immers meer dan hun ziekte. Welzijn moet volgens verschillende praktijkdeskundigen een vanzelfsprekender rol krijgen in de ondersteuning van demente mensen en hun naasten. Zaken als eenzaamheid en schulden blijven nu te vaak buiten beeld. Een hulp in de huishouding kan met meer scholing wellicht helpen om zaken die thuis niet goed lopen te signaleren.

Tenslotte is speciale aandacht nodig voor migrantenouderen, merkt een geriater op. Zij melden zich meestal niet of laat uit zichzelf bij een dokter. Bovendien wordt de groep migrantenouderen steeds groter en komt dementie daar tot wel drie keer vaker voor.

Oplossingsrichting Overgangen tussen de zorgwetten

De tweede oplossingsrichting is om de overgangen tussen de zorgwetten zodanig te organiseren dat de cliënt er zo min mogelijk last van heeft. De noodzaak van deze aanpak wordt onderschreven door een wijkverpleegkundige en een vertegenwoordiger van de ouderendelegatie. De financieringsstromen zijn niet alleen voor ouderen maar ook voor wijkverpleegkundigen zeer complex en veranderlijk. Een wijkverpleegkundige heeft positieve ervaringen met een training in de WMO, die naast praktische kennis ook een netwerk bij de gemeente opleverde. Dat netwerk blijkt nuttig wanneer haar cliënten aanlopen tegen knelpunten rond de zorgwetten.

Beschikbare kennis en implicaties voor onderzoek

Voor de eerste oplossingsrichting (dementienetwerken en welzijnsnetwerken) is kennis

beschikbaar over de mentale gezondheid en hersenveroudering bij ouderen en hoe vroege levensfactoren kunnen bijdragen aan het ontstaan van cognitieve achteruitgang en dementie. Ook is er kennis beschikbaar over de inzet van casemanagers in multidisciplinaire teams en het gebruik van instrumenten voor beslisondersteuning. Tenslotte is kennis beschikbaar over dementieketens en de Sociale Benadering. Momenteel loopt er een pilot van de Sociale Benadering in Amsterdam.

Volgens praktijkdeskundigen is nader onderzoek nodig op de volgende gebieden.

- Bij de gemeente bestaat behoefte aan bestuurskundig onderzoek naar netwerkzorg
- Bij de gemeente is tevens behoefte aan een kennissynthese van de huidige stand van de wetenschap ten aanzien van preventie van dementie.
- Tenslotte bestaat bij de gemeente behoefte aan een grofmazige berekening van welke benadering het meest kosteneffectief is op de populatie in Amsterdam.
- Bij de verzekeraar bestaat behoefte aan kennis over de effectiviteit van de Sociale Benadering.
- Diverse praktijkdeskundigen hebben behoefte aan samenhang in de kennis over dementie, want die lijkt nu sterk verkokerd.
- Een onderzoeker merkt op dat onderzoek naar bewustzijnsproblemen bij de diverse vormen van dementie nodig is.
- Diverse geïnterviewden merkten op dat specifieke aandacht in het onderzoek nodig is voor dementie bij migrantenouderen in Amsterdam.

De tweede oplossingsrichting (overgangen tussen zorgwetten) vraagt om juridische kennis.

Reflectie op speerpunt 4. Acute zorg en nachtzorg WVP

Reflectie op het probleem

Het vierde speerpunt 'Acute zorg en nachtzorg WVP' richt zich op het probleem dat ouderen relatief vaak worden opgenomen via de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis, terwijl veel van deze opnames mogelijk voorkomen hadden kunnen worden.

Zowel onderzoekers als praktijkdeskundigen herkennen dit probleem en onderschrijven de noodzaak om het aan te pakken. Voorkomen is beter omdat crises en spoedopnames voor ouderen bijzonder belastend zijn. Daarnaast brengen spoedopnames hoge kosten met zich mee.

Reflectie op de oplossingsrichting

De voorgestelde oplossingsrichting van de coalitie is drieledig. Ten eerste crises en ontregeling voorkomen door meer preventieve inzet van wijkzorg. Ten tweede eenmaal ontstane acute situaties thuis opvangen door de inzet van acute wijkzorg. Ten derde nachtzorg optimaliseren door de beschikbaarheid van een stedelijk team voor geplande en ongeplande nachtzorg.

Bij de eerste oplossingsrichting 'crisis en ontregelingen voorkomen door meer preventieve inzet van wijkzorg' wil de coalitie de preventieve inzet van wijkzorg gaan versterken en is bezig met het inventariseren van de stappen die daarvoor nodig zijn. De coalitie denkt aan een interventieteam dat ouderen monitort en dat indien nodig kan interveniëren door bijvoorbeeld voeding of medicatie aan te passen.

Deze oplossing wordt met gemengde gevoelens ontvangen. Enerzijds herkennen zowel onderzoekers als praktijkdeskundigen het beeld dat eerder in het proces ingrijpen kan helpen om crises te voorkomen. Een wijkverpleegkundige ziet dat er op het gebied van preventie veel onbenut potentieel ligt bij wijkverpleegkundigen, mits zij goede scholing krijgen. Een huisarts mist in de huidige plannen nog de verbinding met huisartsen. Die is cruciaal, zowel bij preventieve wijkzorg als bij acute wijkzorg.

Anderzijds zijn enkele onderzoekers kritisch over de verwachtingen ten aanzien van preventieve wijkzorg. Het is namelijk niet zo gemakkelijk is om te bepalen op welk moment preventief ingrijpen effectief is bij het voorkomen van een crisis. Te vroeg signaleren werkt niet omdat de betrokkenen het belang van ingrijpen nog niet delen.

Als aanvulling op de oplossingsrichting noemen zowel onderzoekers als praktijkdeskundigen dat preventie van crises ook vraagt om verder teruggaan in de tijd. Van groot belang zijn goede leefomstandigheden voor ouderen (zie ook speerpunt 8: Wonen met zorg), met aandacht voor de mentale gezondheid, de sociale ruimte van ouderen in de stad en ondersteuning vanuit het informele netwerk en het sociaal domein. Dit zijn allemaal randvoor-

waarden die helpen om ouderen zo lang mogelijk veerkrachtig te houden en daarmee om crisissituaties te voorkomen.

Zowel praktijkdeskundigen als onderzoekers merken op dat er onvoldoende inzicht is in de verschillende groepen migrantenouderen en ouderen met lage SES, die een aanzienlijk deel vormen van de Amsterdamse ouderenpopulatie. Zij komen pas laat (met erge klachten of na complicaties) terecht in de gezondheidszorg en het blijkt een uitdaging om hen eerder zorg te bieden en om hen te betrekken in onderzoek.

De tweede oplossingsrichting -acute inzet van wijkzorg- heeft als doel om crisis zoveel mogelijk thuis op te vangen. Onderzoekers en praktijkdeskundigen zijn hiervan groot voorstander. Het is van groot belang om kwetsbare ouderen goed in beeld te laten brengen door de huisarts en de praktijkondersteuner ouderen, geeft een huisarts aan. Het programma Beter Oud in Amsterdam zet hierop in. Verder waarschuwen diverse geïnterviewden voor een eenzijdige focus op de formele zorg. Uitval van mantelzorg is een veelvoorkomende oorzaak van acute situaties, dus het versterken van de positie van mantelzorgers en het faciliteren van respijtzorg is van groot belang. Ook hier zou de praktijkondersteuner ouderen een anticiperende rol kunnen spelen volgens een huisarts. De praktijkondersteuner legt namelijk de verbinding tussen patiënt, mantelzorger, wijkverpleging en welzijn. Die verbinding is volgens hem cruciaal voor het voorkomen van crises. Tenslotte speelt bij het realiseren van deze oplossingsrichting een praktisch obstakel. Het verplaatsen van de opvang van acute situaties in het ziekenhuis naar de thuissituatie levert op de lang termijn weliswaar een besparing van kosten op, maar vraagt op de korte termijn wel om financiële investeringen. Daaraan ontbreekt het nog.

De derde oplossingsrichting is het optimaliseren van de nachtzorg, door de beschikbaarheid van een stedelijk team voor geplande en ongeplande nachtzorg. Over het stedelijk team geplande en ongeplande nachtzorg zijn geen uitspraken gedaan.

Tenslotte merkt een onderzoeker op dat er nog een vierde oplossingsrichting is om opnames op de Spoedeisende Hulp terug te dringen, namelijk de dialoog over het levenseinde (speerpunt 2). Onderzoek laat zien dat huisartsen inschatten dat een deel van de ziekenhuisopnames aan het einde van het leven te voorkomen was geweest, indien ze eerder hadden gesproken over de wensen en de behoeften van de patiënt, deze hadden vastgelegd en overgedragen aan de huisartsenpost.

Beschikbare kennis en implicaties voor onderzoek

De risicofactoren voor catastrofale functionele achteruitgang zijn goed in beeld. Daarmee kunnen voorspellingen worden gedaan (bijvoorbeeld over welke groep een verhoogd risico

op catastrofale functionele achteruitgang loopt) en kan worden onderzocht wat de oorzaken en de aanknopingspunten voor interventies vanuit de acute zorg zijn. Daarnaast kan worden onderzocht welke deelnemers gebruik hebben gemaakt van acute zorg en op welke momenten dat was, omdat de langlopende onderzoeksgegevens van Lasa worden gekoppeld aan de landelijke medische registratie.

Verder is er kennis beschikbaar over de (in)effectiviteit van interventies op het gebied van vroeg signaleren, dus om een crisis te voorkomen. Er is veel onderzoek gedaan naar diverse benaderingen om onnodige ziekenhuiszorg te voorkomen. Zo is er binnen Amsterdam UMC expertise op het gebied van de implementatie van een geriatrisch model in de eerstelijns. Ook is daar expertise met een ambulante team om crises en opnames te voorkomen, bijvoorbeeld door de inzet van zorgtechnologie. Het concept van de transmurale zorgbrug is ontwikkeld, waarbij mensen die uit het ziekenhuis komen een warme overdracht krijgen naar de wijkverpleegkundigen en andersom. Een onderdeel van die zorgbrug zijn gesprekken over Advance Care Planning (zie speerpunt 2: Dialoog over de laatste levensfase). Er begint inzicht te ontstaan in zogenaamde 'tipping points', ofwel de rode vlaggen voor het ontstaan van een crisis (zoals de sociale context). Door deze tijdig te herkennen kan hulp worden ingeschakeld, bijvoorbeeld in de vorm van een acuut interventieteam, om uiteindelijk te voorkomen dat een crisissituatie escaleert.

De volgende kennisvelden zijn genoemd.

- Er is onvoldoende bekend over de verschillende groepen migrantenouderen en ouderen met lage SES, die een aanzienlijk deel vormen van de Amsterdamse ouderenpopulatie. Deze groepen zijn op zichzelf heel divers samengesteld. De vraag in hoeverre deze groepen verschillen van de ouderen met een Nederlandse achtergrond dient ook te worden onderzocht.
 - Volgens onderzoekers is nader onderzoek wenselijk naar de genoemde tipping points en naar wat het meest effectieve moment is om in te grijpen.
 - Volgens enkele geïnterviewden is nader onderzoek nodig naar de vraag hoe de informele zorg (vrijwilligers en mantelzorgers) effectief kan worden georganiseerd en ondersteund. Op dit moment loopt er vanuit Cordaan en het Amsterdam Public Health Institute een onderzoek om het effect te monitoren van de pilot met een acuut interventieteam en de interventies die door dit team worden ingezet.
 - Een wijkverpleegkundige gaf aan dat zij behoefte heeft aan een vertaling van reeds beschikbare wetenschappelijke kennis naar de praktijk, bijvoorbeeld over de factoren waarop wijkverpleegkundigen verschil kunnen maken bij het voorkomen van crisissituaties.
-

Reflectie op speerpunt 5. Verkorting ligduur ELV

Reflectie op het probleem

Het vijfde speerpunt 'Verkorting ligduur ELV' richt zich op het probleem dat de ligduur van ouderen in het ELV langer is dan nodig, enerzijds doordat de zorg in het ELV niet passend is voor de patiënten die er gebruik van maken en anderzijds doordat de terugkeer naar de thuissituatie bemoeilijkt wordt door een gebrek aan voorzieningen. Ongeveer 40% van de ouderen stroomt na een verblijf in het ziekenhuis door naar het verpleeghuis, waar de ligduur relatief lang is en er een mismatch bestaat tussen problematiek en zorg.

Het probleem werd herkend door de meeste praktijkdeskundigen. ELV-bedden zijn vaak vol en niet toegankelijk voor de ouderen waarvoor ze bedoeld zijn, namelijk patiënten die ongepland, door een acute situatie, tijdelijke zorg nodig hebben en die uiteindelijk weer teruggaan naar huis. Een belangrijke reden voor de ontoegankelijkheid van ELV-bedden, is dat ze fungeren als vergaarbak voor patiënten die elders niet gemakkelijk geplaatst kunnen worden en die uiteindelijk naar het verpleeghuis uitstromen. Daardoor is ligduur op het ELV ontzettend lang.

Dit probleem heeft volgens een onderzoeker te maken met de eerder gesignaleerde tendens in de ouderenzorg om vanuit crises te denken. Een andere onderzoeker merkt op dat dit speerpunt ook verband houdt met speerpunt 8 (Passende woonvormen), omdat de terugkeer naar de thuissituatie bemoeilijkt wordt door een gebrek aan voorzieningen.

Reflectie op de oplossingsrichting

Er worden twee oplossingsrichtingen aangedragen.

De eerste oplossingsrichting is beter passende zorg in het ELV, door het bieden van noodzakelijke zorg aan het begin van het traject. Dat vereist een andere inzet van diagnostiek en behandeluren. Verschillende praktijkdeskundigen herkennen dit beeld. Zij geven onderstaande suggesties voor de uitvoering van deze oplossingsrichting.

Omdat de overbelasting van het ELV te maken heeft met onduidelijkheid en ontoegankelijkheid van andere plekken waar ouderen terecht kunnen, moet het totaalaanbod worden verbeterd. Er is een gevarieerd en overzichtelijk aanbod nodig van verschillende soorten zorg die aansluiten bij verschillende patiënten. Tevens is een goed instrument vereist om te bepalen welke zorg iemand nodig heeft, zodat huisartsen en andere zorgverleners alle opties goed in beeld hebben (zie ook speerpunt 7: 24/7 aanmeldportaal VVT).

Het besef bij verwijzers dat ELV-bedden geen crisisbedden zijn moet versterkt worden, denkt een onderzoeker. Het ELV moet kortdurende zorg zijn buiten de muren van de instelling, waar gespreksvoering plaatsvindt en waar expertise voorhanden is om met de oudere mee te

denken, zoals geriatrische revalidatiezorg. Advance care planning helpt om tijdig te kunnen schakelen naar andere zorgverleners. Zo kun je het ELV inzetten om crises te voorkomen.

Daarnaast moet het ELV-systeem toegankelijker worden gemaakt, zowel voor ouderen die vanuit de thuissituatie komen als voor ouderen die vanuit het ziekenhuis komen. Ouderen die nog thuis zijn maar die eigenlijk wel behoefte hebben aan een tijdelijk eerstelijnsverblijf, zien vaak op tegen het verlies van regie. Ook voor mantelzorgers is het systeem ontoegankelijk, want het is ontzettend ingewikkeld om iemand aan te melden. Een vertrouwensrelatie met ouderen en hun informele netwerk is van groot belang. Tevens moet het ELV-systeem toegankelijk zijn voor drukbezette eerstehulpartsen. De kwaliteit van de verpleegzorg moet worden verbeterd, geeft een arts aan.

Tenslotte moeten er voldoende bedden beschikbaar zijn voor kortdurende logeerszorg in een eerstelijnszorginstelling. Respijtzorgbedden zitten nu al vaak vol. Als zij toegankelijker worden, zal er ook een beroep op worden gedaan voor ouderen die nu onvoldoende in beeld zijn, en zal de vraag nog verder stijgen, vermoedt een praktijkdeskundige.

De tweede oplossingsrichting luidt: meer mogelijkheden voor ouderen om terug te keren naar de thuissituatie, door betere voorzieningen in de thuissituatie.

De meeste praktijkdeskundigen zien het als gegeven dat er betere voorzieningen nodig zijn om ouderen in de thuissituatie van verpleeghuiszorg te voorzien, omdat het als gevolg van het stijgende aantal ouderen nu eenmaal onhaalbaar is om op grote schaal intramurale verpleeghuiszorg te bieden.

Een van de voorzieningen die verblijven in de thuissituatie haalbaarder moeten maken, zijn aangepaste woningen (zie speerpunt 8: Wonen met zorg). Een andere voorziening, waarvan de voorbereidingen op dit moment al lopen, is logeeropvang met dagbesteding en activiteiten in de buurt. Dat is een plek voor kortdurend verblijf (gefinancierd vanuit de WMO en ZLV), waar ouderen na een opname worden klaargestoomd voor het thuiswonen. Een onderzoeker adviseert om in deze logeeropvang ruimte in te bouwen voor gespreksvoering en geriatrische revalidatie. Een andere onderzoeker merkt op dat deze locatie zich goed leent voor de dialoog over het levenseinde.

Naast aandacht voor de fysieke locaties waar ouderen zorg kunnen ontvangen, is aandacht voor de mentale en sociale aspecten cruciaal, menen diverse praktijkdeskundigen en onderzoekers. Als de heup is genezen maar de mentale knauw die een oudere heeft gekregen van de val niet, dan geeft dat spanning en ook dat kan leiden tot ongelukken. Wat volgens verschillende praktijkdeskundigen zou helpen, is een warme overdracht naar huis en een

informeel netwerk rondom de oudere dat nauw samenwerkt met de wijkverpleegkundige. Vrijwilligers kunnen de ogen en oren voor een wijkverpleegkundige zijn. En omgekeerd kan de wijkverpleegkundige hen een seintje geven wanneer hij of zij een oudere trof die wat verdrietig leek. Deze kleine zaken kunnen in dergelijke situaties het verschil maken, menen deze praktijkdeskundigen.

Beschikbare kennis en implicaties voor onderzoek

Voor de eerste oplossingsrichting (een eerstelijnsverblijf als tijdelijke verblijfsoplossing met zorg) is er expertise op het gebied van geriatrische revalidatiezorg en ambulantisering. Ook is er bestuurskundige kennis over de integratie van thuiszorg en ziekenhuiszorg.

De volgende kennisvragen werden genoemd voor het gebruik van het ELV.

- Welke patiënten zien we op ELV?
- Hoe is de kwaliteit van de werkprocessen in het ELV?
- Wat is de uitstroom?
- Hoe kunnen we dat beter organiseren?
- Hoeveel ouderen die zijn opgenomen in het ziekenhuis, hadden ook naar een ELV-bed gekund?

Voor de tweede oplossingsrichting (betere voorzieningen in de thuissituatie) bestaat weinig kennis. Die kan geput worden uit kennis over zorg aan huis voor ouderen door het gebruik van een geriatrisch model in de eerstelijns. Ook bestaat er enig inzicht in de praktische obstakels voor zorg in de thuissituatie en zijn er signalen dat ouderen het vroegere verzorgingshuis missen. Nader onderzoek is nodig naar langdurige verpleeghuiszorg in de thuissituatie.

De volgende kennisvragen werden genoemd voor betere voorzieningen in de thuissituatie.

- Draagt (langdurige) verpleeghuiszorg in de thuissituatie bij aan kwaliteit van leven en welzijn van ouderen?
 - Wat zijn de behoeften van ouderen zelf?
-

Reflectie op speerpunt 6. 24/7 aanmeldportaal VVT

Reflectie op het probleem

Het zesde speerpunt '24/7 aanmeldportaal VVT' richt zich op het probleem dat het vinden van de juiste zorg en ondersteuning voor patiënten complex is. Patiënten ontvangen daardoor niet snel genoeg de juiste zorg en ondersteuning, en verwijzers ervaren een hoge werklast. Door praktijkdeskundigen zijn niet veel uitspraken gedaan over dit speerpunt, wellicht omdat de oplossing al relatief uitgewerkt is. Ten tijde van de interviews met onderzoekers was dit speerpunt nog niet geformuleerd.

Reflectie op de oplossingsrichting

De oplossingsrichting houdt in dat het aanmeldportaal wordt vervangen door een verkeersstoren. Dat is een centraal punt voor triage en toeleiding voor en naar verschillende aanbieders en producten in Amsterdam. Op dit moment is er een toegangspoort waarvan de huisartsen en de artsen van de Spoedeisende Hulp gebruik kunnen maken wanneer ze een oudere moeten doorverwijzen. Het idee is om dit aanmeldportaal uit te breiden in de vorm van een verkeersstoren, waar een arts naartoe kan bellen om te bepalen wat de noodzakelijke vervolgstap is. Een belangrijke vraag voor de coalitie in de praktische uitvoering is welke zorg de verkeersstoren gaat regelen: wordt dat alleen ongeplande zorg of gaat het ook om geplande zorg?

Veel praktijkdeskundigen zagen deze oplossingsrichting als een voldongen feit. Zij noemden enkele vragen op het niveau van de praktische uitvoering: hoe moeten we dit organiseren? Hoe krijgen we partijen op een lijn?

Daarnaast klonken er enkele kritische geluiden. Heeft een samengebracht triagesysteem nu meerwaarde om de juiste zorg op de juiste plek te realiseren? En moet je daarvoor fysiek bij elkaar zitten of is dat een kwestie van oud denken en kunnen we het met een digitaal centrum oplossen? Een vertegenwoordiger van de ouderendelegatie merkte op dat de verkeersstoren wel de wens van de oudere als leidraad zou moeten nemen voor de beslissingen. Een huisarts vindt het van belang dat de verkeersstoren onafhankelijk wordt van de VVT-sector. De toren moet niet gaan aanwijzen naar welk verpleeg- of verzorgingshuis of thuiszorgorganisatie een patiënt wordt doorverwezen, zodat ouderen op de plek van hun voorkeur terecht komen en dat huisartsen met de VVT van hun eigen voorkeur kunnen blijven werken.

Beschikbare kennis en implicaties voor onderzoek

Vanuit de coalitie bestaat behoefte aan het monitoren en evalueren van het effect van deze oplossingsrichting. De volgende kennisvragen werden genoemd.

- Maakt de verkeersstoren het vinden van de juiste zorg en ondersteuning minder complex?
 - Zorgt hij dat patiënten sneller de juiste zorg en ondersteuning ontvangen, en verlaagt hij de werklast voor verwijzers?
 - Wat is de meerwaarde van een fysiek centrum bovenop digitalisering?
-

Reflectie op speerpunt 7. Digitale gegevensuitwisseling professionals -gehele keten

Reflectie op het probleem

Het zevende speerpunt 'Digitale gegevensuitwisseling professionals -gehele keten' richt zich op het probleem dat informatie om vast te stellen wat de juiste zorg en of ondersteuning moet zijn voor een oudere vaak niet voorhanden of toegankelijk is op het moment dat zorgverleners beslissingen moeten nemen.

Voor veel praktijkdeskundigen is het probleem pijnlijk herkenbaar. De grote hoeveelheid aan systemen, die bovendien zeer complex zijn om mee te werken, maakt dit tot een taai probleem. De omgang met patiëntengegevens gaat extreem inefficiënt in zijn werk en levert daardoor serieuze gezondheidsrisico's op. Vanuit de onderzoekers is er beperkt gereflecteerd op dit speerpunt omdat het ten tijde van de interviews nog niet was geformuleerd.

Reflectie op de oplossingsrichting

De door de coalitie geformuleerde oplossingsrichting is het faciliteren van digitale gegevensuitwisseling door professionals in de gehele keten, zodat professionals sneller toegang hebben tot relevante informatie over ouderen. Daardoor kunnen zij eerder (en in samenspraak met ouderen) beslissen wat de juiste zorg en/of ondersteuning moet zijn. Voor de coalitie is nu de belangrijkste opgave dat er een keuze wordt gemaakt voor een platform waar netwerk uitwisseling kan plaatsvinden en dat er een manier wordt gevonden om dit op een veilige en verantwoorde wijze te doen.

Een onderzoeker merkt op dat er naast de duidelijke voordelen van het delen van patiëntgegevens, ook oog moet zijn voor de risico's die dit met zich meebrengt. Specifiek voor wensen rondom het levenseinde geldt dat deze wensen veranderen met de tijd, waardoor de gegevens in het systeem niet noodzakelijkerwijs up to date zijn. Dat maakt ook dat ouderen huiverig zijn om hun wensen op papier te zetten, omdat ze bang zijn dat ze er dan 'aan vastzitten' (zie ook speerpunt 2: Dialoog over de laatste levensfase).

Praktijkdeskundigen gaven de volgende aanvullende suggesties bij deze oplossingsrichting. Systemen moeten koppelbaar worden gemaakt. Ziekenhuizen moeten worden verplicht om patiëntengegevens aan te leveren voor het systeem. De tijdelijke Corona-regeling dat patiënten informatie automatisch in het systeem komt (tenzij de patiënt bezwaar maakt) moet worden veranderd in een permanente regeling. Dokters en (wijk)verpleegkundigen moeten worden gefaciliteerd om met informatiesystemen te werken, door trainingen en door de systemen eenvoudiger te maken. Een wijkverpleegkundige heeft ook behoefte om meer informatie in te kunnen voeren, zodat de informatie van wijkverpleegkundigen kan helpen om meer kennis te vergaren. Een van de praktijkdeskundigen wil een stap verder gaan dan alleen uitwisseling van medische gegevens tussen professionals, namelijk door een eigen persoonlijke gezondheidsomgeving te creëren, waarin iemand zelf apps kan

toevoegen die hem of haar gevraagd en ongevraagd advies geven om de eigen gezondheid en het welzijn te verbeteren. Een vertegenwoordiger van de ouderendelegatie merkt op dat we er wel rekening mee moeten houden dat er altijd een groep ouderen zal blijven die niet digitaal vaardig is.

Implicaties voor onderzoek

Er zijn gegevens beschikbaar over internetgebruik door ouderen. Verder hebben onderzoekers zich hierover niet uitgesproken. De meeste praktijkdeskundigen zien bij dit speerpunt geen onderzoeksopgaven.

Een praktijkdeskundige en een onderzoeker noemden de volgende kennisvragen.

- Wat gebeurt er in Nederland op dit gebied, waar liggen de best practices?
 - Onderzoeken en evalueren in hoeverre ziekenhuizen gebruik maken van het digitale systeem van patiënten informatie.
 - Welke maatregelen moeten waarborgen dat de informatie in het systeem up to date is?
 - Welke ethische vragen en valkuilen spelen een rol?
 - Verder liggen er juridische vragen rondom het koppelen van bestanden.
-

Reflectie op speerpunt 8. Passende woonvormen

Reflectie op het probleem

Het achtste speerpunt 'Passende woonvormen' richt zich op het probleem dat het huidige aanbod van ouderenwoningen niet volstaat voor de toekomst. Ouderen zullen in de toekomst vaker zorg en ondersteuning nodig hebben in de thuissituatie. Immers, het aantal ouderen zal verdubbelen én ouderen blijven langer thuis wonen.

Zowel onderzoekers als praktijkdeskundigen herkennen het ontbreken van passende woonvormen als belangrijk knelpunt. Een onderzoeker voegt hieraan toe dat nu Amsterdam zich ontwikkelt tot metropool, er belangrijke opgaven liggen op het gebied van goed ouder worden in de stad, zoals ten aanzien van het internationale karakter van de stad en de relatie tussen generaties in de stad.

Reflectie op de oplossingsrichting

De door de coalitie voorgestelde oplossingsrichting is om meer passende woonvormen te creëren met mogelijkheden voor zorg en ondersteuning. Er lopen diverse acties om meer passende ouderenwoningen te realiseren en het verbouwen van ouderenwoningen in Amsterdam te versnellen.

Onderzoekers zijn kritisch over deze oplossingsrichting. De oplossingsrichting lijkt langdurige verpleeghuiszorg in de thuissituatie als een gegeven te beschouwen, en lijkt er bovendien vanuit te gaan dat dit automatisch goede zorg oplevert. Om die aanname te onderbouwen is nader onderzoek vereist naar de vraag of verpleeghuiszorg in de thuissituatie daadwerkelijk bijdraagt aan de kwaliteit van leven en het welzijn van ouderen. Er spelen diverse uitdagingen. Zo ontbreekt op dit moment nog een goed zorgcontinuüm, is de expertise vanuit het verpleeghuis nog onvoldoende beschikbaar in de thuissituatie en missen ouderen het vroegere verzorgingshuis.

Daarnaast uiten onderzoekers zorgen over de aannames waar beleid voor langer thuis wonen vaak op lijkt te berusten en die ook voor deze oplossingsrichting gelden. Zo lijkt beleid er vaak ten onrechte vanuit te gaan dat alle ouderen in staat zijn om de oude dag in het eigen huis te regelen. Daarmee dreigt het risico dat bepaalde kwetsbare groepen verstoken blijven van zorg. Daarnaast richt het beleid zich vaak alleen op de fysieke ruimte waar ouderen wonen, terwijl bij wonen ook een sociale ruimte hoort.

Praktijkdeskundigen noemen de volgende aandachtspunten bij de uitvoering van deze oplossingsrichting.

Allereerst is het van belang om oog te hebben voor de behoeften van ouderen zelf. Beleidsmakers lijken er wel eens vanuit te gaan dat iedere oudere de wens heeft om de eigen

woning aan te passen of om te verhuizen naar een aangepaste woning. Maar dat is helemaal niet vanzelfsprekend, want dit zijn immers grote stappen. Tijdig nadenken over de gewenste plaats van verblijf, bijvoorbeeld door advance care planning, kan eraan bijdragen dat mensen hun laatste levensfase kunnen doorbrengen waar zij liefste willen (zie ook speerpunt 2: Dialoog over de laatste levensfase). Een lid van de Amsterdamse ouderenalliantie merkt op dat ouderen sterke behoefte hebben aan sociale cohesie in de wijk. Een huisarts verwijst in dit verband naar de activiteiten van het netwerk van Amsterdamse stadsdorpen.

Daarnaast is bij dit speerpunt meer aandacht nodig voor de diverse groep ouderen in Amsterdam, die dan ook heel diverse woonwensen heeft. Over die woonwensen deden de geïnterviewden uiteenlopende uitspraken, maar ze deelden allen de visie dat de meeste ouderen niet naar het verpleeghuis willen, en wel behoefte hebben aan sociale cohesie. Dat pleit voor het ontwikkelen van nieuwe vormen van dagbesteding, zeker voor eenzame ouderen of voor ouderen zonder structuur die zichzelf verwaarlozen (zie ook speerpunt 3: Dementieketens). Denk aan een gemeenschappelijke woonvorm waar jongeren en ouderen elkaar kunnen helpen. Of denk aan het koppelen van ouderen aan studenten geschiedenis, zodat er contact op basis van wederzijdse interesse ontstaat.

Beschikbare kennis en implicaties voor onderzoek

Er zijn diverse gegevens beschikbaar over de woonsituatie van deelnemers, waaronder de tevredenheid van deelnemers met de eigen woonsituatie, de mate waarin zij gebruik maken van aanpassingen aan de woning en de toegankelijkheid van de woningen. De Longitudinal Aging Study Amsterdam (Lasa) is gekoppeld aan een brede reeks van omgevingsregistraties, zodat allerlei aspecten van de buurt en geografische en sociaaleconomische leefomgeving van deelnemers bekend zijn. Voorbeelden van gegevens zijn luchtverontreiniging, geluidsbelasting, sociaaleconomische status van de buurt, aanwezigheid van groenvoorzieningen, misdaad, en meer. De invloed van deze factoren op het functioneren van ouderen kan met deze gegevens in kaart worden gebracht.

Er is enige kennis beschikbaar over behoeften van ouderen op het gebied van wonen. Daaruit blijkt dat er een kloof bestaat tussen hoe professionals en beleidsmakers denken dat ouderen in het leven staan en wat ouderen daar zelf over zeggen. Ouderen missen het vroegere verzorgingshuis en ervaren een gat tussen thuis en het verpleeghuis. In dit verband ontbreekt het aan kennis over behoeften van in Nederland geboren migrantenouderen.

Het Ben Sajat Centrum heeft recent een kennisbundeling uitgebracht voor het creëren van optimale woonzorgomgevingen voor ouderen: 'Ouderen langer zelfstandig thuis! Maar hoe dan?'

⁵<https://www.stadsdorpenamsterdam.nl/>

Tevens bestaat er kennis over de factoren die een rol spelen bij eenzaamheid bij ouderen. Maar het ontbreekt nog aan een bewezen effectieve aanpak voor eenzaamheid.

De volgende kennisvragen zijn aangedragen door praktijkdeskundigen en onderzoekers.

- Wat zijn de behoeften van ouderen op het gebied van wonen? En wat zijn de specifieke behoeften van in Nederland geboren migrantenouderen en ouderen met een lage sociaaleconomische status? Hoe kunnen we hen eerder zorg bieden en hen eerder betrekken in onderzoek?
 - Welke behoeften hebben ouderen ten aanzien van de sociale ruimte, en hoe kunnen we metropool Amsterdam zo inrichten dat er ruimte is voor ouderen? Wat zijn effectieve manieren om eenzaamheid bij ouderen tegen te gaan?
 - In hoeverre zijn Amsterdamse ouderen in staat om de oude dag in het eigen huis te organiseren? En welke kwetsbare groepen komen daarbij in de knel?
 - Welke problemen die primair op het gebied van welzijn liggen worden nu vooral in het medisch domein opgepakt, en wat zijn de voorwaarden voor een effectieve samenwerking met het sociaal domein?
 - Hoe kan technologie worden ingezet om de woonomgeving van ouderen te verbeteren?
 - Wat zijn passende nieuwe woonvormen? Een praktijkdeskundige suggereert om eerst de ouderen te bevragen, om vervolgens een vertaalslag te maken naar de aanbieders (zoals de woningcorporaties) en om zodra de nieuwe woonvormen zijn ontwikkeld te monitoren en te evalueren.
 - Wanneer ouderen steeds langer in de nieuwe woonvormen blijven wonen, en de functie van het verpleeghuis wordt beperkt tot louter intensieve zorg, wat betekent dit dan voor de vorm en de locatie van het verpleeghuis?
-

Synthese

Aandachtspunten voor beleid en onderzoek

Bij de reflectie op de acht speerpunten van de Amsterdamse coalitie Ouderen door onderzoekers en praktijkdeskundigen keerden enkele thema's steeds terug, zo blijkt uit de analyse van interviews en bijeenkomsten. Op basis hiervan zijn onderstaande aandachtspunten geformuleerd voor beleid en onderzoek op het gebied van de Amsterdamse ouderenzorg.

- Onderzoek de behoeften, opvattingen en ervaringen van Amsterdamse ouderen, met aandacht voor de diversiteit van deze groep, en betrek ouderen bij het maken van beleid
- Besteed in onderzoek en beleid expliciet aandacht aan de verschillende groepen migrantenouderen en ouderen met een lage sociaaleconomische status
- Streef in het beleid naar het bevorderen van de veerkracht bij ouderen en onderzoek de toegevoegde waarde van dit concept voor beleid
- Besteed aandacht aan alle aspecten van het functioneren van ouderen, dus naast fysiek functioneren ook mentaal en sociaal functioneren en het gevoel om een betekenisvolle rol in de samenleving te vervullen
- Faciliteer de samenwerking tussen verschillende disciplines en beroepsgroepen, in een breed zorgnetwerk en in interdisciplinair onderzoek
- Versterk de samenwerking met het sociaal domein en onderzoek onder welke voorwaarden deze samenwerking meerwaarde biedt
- Creëer de betrokkenheid en versterk de positie van de informele zorg

Visie van ouderen op deze agenda

Op de agenda is ook gereflecteerd door de Regionale ouderendelegatie Amsterdam (ROD Amsterdam). Hun opmerkingen zijn genoteerd bij de betreffende speerpunten. Omdat zij de doelgroep van het beleid vertegenwoordigen vermelden we hieronder hun algemene aandachtspunten voor beleid en onderzoek.

Allereerst is het gevoel hebben dat je een betekenisvolle rol vervult in de maatschappij is voor ouderen essentieel, en draagt volgens leden van de Regionale ouderendelegatie Amsterdam bij aan veerkracht, vitaliteit en kwaliteit van leven. Als voorbeeld noemen ze dat mensen die door beperkingen immobiel zijn, misschien wel prachtig kunnen voorlezen op school, en daar energie en zingeving uit kunnen halen.

Ook sociale cohesie in de wijk is heel belangrijk volgens de Ouderendelegatie. Dit versterkt bij ouderen het gevoel van veiligheid en het gevoel om geworteld te zijn in een grotere gemeenschap. Het vermindert eenzaamheid en maakt het mogelijk om onderling hulp te organiseren. Ouderen hebben behoefte aan kleinschalige ontmoetingsplekken voor jong en oud, zoals buurtkamers. In een wijk met veel migrantengroepen zoals Zuidoost is extra aandacht nodig voor de sociale cohesie, omdat de interculturele ontmoetingen daar niet vanzelf ontstaan.

Betrokkenheid van ouderen bij elkaar, bij de wijk en bij het beleid is volgens de leden van de Ouderendelegatie cruciaal, zowel voor het ouderenbeleid als voor de veerkracht van ouderen zelf. Zo lang mogelijk participeren, een appèl blijven doen op je sociale vaardigheden en oplossend vermogen helpen volgens hen om vitaal te blijven.

Tenslotte kunnen het potentieel en de kennis van ouderen beter worden benut, geeft de Ouderendelegatie aan. En dat geldt in het bijzonder voor de kennis van belangenbehartigers, sleutelpersonen voor migrantenouderen, mantelzorgers en vrijwilligers onder hen.

Lange termijn kwesties voor het ouderenzorgbeleid

De acht speerpunten van de coalitie zijn voor een belangrijk deel gericht op de korte termijn. Onderzoekers en praktijkdeskundigen noemden drie zaken als hun grootste zorgen en aandachtspunten voor de lange termijn.

Hun zorgen betreffen ten eerste de overbelasting en onderbemensing van de ouderenzorg als gevolg van de verdubbeling van het aantal ouderen, die bovendien steeds ouder worden. Dit vraagt volgens diverse geïnterviewden om nadrukkelijke aandacht voor het tevreden houden van zorgmedewerkers en om een maatschappelijke dialoog over de voorbereiding van het leven op de oude dag. Dit laatste thema kwam zo prominent terug dat het is geïntegreerd in speerpunt 2 (dialoog over de laatste levensfase).

De tweede punt dat bijna alle geïnterviewden zorgen baart is dat de kloof tussen groepen met een hoge en lage sociaaleconomische status (SES) steeds groter wordt, ook onder Amsterdamse ouderen. Het rijkere deel van de ouderen wendt zich tot de particuliere zorg. De zorg aan het armere deel van de ouderen komt onder druk te staan. De sociaaleconomische kloof hangt samen met een complex samenspel van factoren en veroorzaakt bij groepen met een lage SES een cascade van problemen, onder meer op het gebied van gezondheid, huisvesting en sociaal netwerk.

Het derde aandachtspunt betreft de rol van technologie, digitalisering en platformisering. Geïnterviewden signaleren hier risico's maar ook kansen. Technologie en digitalisering kunnen helpen om de zorg aan ouderen en de woningen voor ouderen te verbeteren (denk aan sensoren in woningen), maar kennen ook allerlei uitdagingen (bijvoorbeeld op het gebied van privacy). Er is niet alleen aandacht nodig voor de technologie die speciaal voor de zorg wordt ontwikkeld, maar tevens voor de technologie die voor consumenten wordt ontwikkeld. Deze heeft immers ook gevolgen voor de zorgsector. Denk bijvoorbeeld aan de rol die commerciële platformen zoals Google gaan vervullen op het gebied van gezondheid. De ontwikkelingen gaan razendsnel, zoals ook zichtbaar werd tijdens de coronapandemie. Het is een uitdaging voor de zorgsector om die veranderingen bij te benen. Tegelijkertijd

moet er rekening mee worden gehouden dat er altijd een groep ouderen zal blijven die niet digitaal vaardig is, en dat het digitale systeem ook feilbaar zijn, aldus de geïnterviewden.

Aandacht voor het gehele systeem wenselijk

In het voorgaande is gereflecteerd op de 8 speerpunten die zijn geformuleerd door de coalitie. Als gevolg hiervan kan de indruk ontstaan dat er geïsoleerde problemen lijken te bestaan, terwijl in feite de speerpunten over stukjes van het grotere systeem gaan, die elkaar onderling weer beïnvloeden. Het oplossen van één enkel stukje is niet mogelijk zonder ook naar de oplossing te kijken van de andere stukjes. Valpreventie heeft bijvoorbeeld rechtstreeks te maken met de woonomgeving van ouderen, met de organisatie van de acute zorg en met de wensen rondom het ELV. Vanuit het onderzoek is daarom een brede blik op het gehele systeem wenselijk.

Onderscheid tussen Amsterdamse, grootstedelijke en nationale vraagstukken

Veel van de speerpunten die door de coalitie zijn geformuleerd voor de regio Amsterdam, spelen ook in andere grote steden of op nationaal niveau. Het verdient aanbeveling om na te gaan welke aandachtspunten van de coalitie specifiek gelden voor het Amsterdamse ouderenzorgbeleid, welke aandachtspunten van de coalitie ook spelen in andere grote steden en welke op nationaal niveau spelen.

Kenmerken van Amsterdam die relevant zijn voor het ouderenbeleid, zijn bijvoorbeeld de ontwikkeling van Amsterdam tot metropoolregio, de sterke focus op toeristen en jongeren, de scheiding tussen generaties, de hoge kosten van wonen en leven en de ontoegankelijkheid van veel Amsterdamse wijken. Enkele onderzoekers merkten op dat deze specifieke Amsterdamse factoren nadrukkelijker aandacht verdienen in de aanpak van de speerpunten.

Kenmerken van grote steden die relevant zijn voor het ouderenbeleid, zijn bijvoorbeeld woonvoorzieningen en specifieke behoeften van migrantengroepen en groepen met een lage sociaaleconomische status (SES). Dit pleit voor een regionale aanpak en het delen van voorbeelden uit de vier grote steden.

Kwesties die op nationaal niveau spelen en die in alle regio's min of meer dezelfde uitdagingen en vraagstukken opleveren, zijn bijvoorbeeld het toenemende aantal ouderen met bijbehorende vraagstukken op het gebied van arbeidsmarkt in de zorg en huisvesting en tevens de toenemende mogelijkheden en vraagstukken op het gebied van digitalisering.

Benodigd type onderzoek

De gebruikelijke cyclus van ontwikkelen, monitoren en evalueren van interventies is een belangrijke voorwaarde voor het uitvoeren van alle speerpunten. Dat besef leeft bij zowel onderzoekers als praktijkdeskundigen. Bij het maken van keuzes voor beleid is het van belang om verder te kijken dan de effectiviteit van een interventie op individueel niveau, merken enkele geïnterviewden op. Onderzoek naar effectiviteit op populatieniveau is essentieel, evenals een brede blik op het gehele systeem van de ouderenzorg. Een maatregel die bijzonder effectief is op individueel niveau, is niet automatisch een goede investering van gemeentelijk budget. De vraag welke maatregel een zinvolle investering is van gemeentelijk budget, hangt immers af van de kosteneffectiviteit op populatieniveau van die maatregel, en dit moet vervolgens worden afgezet tegen de kosteneffectiviteit van de andere maatregelen die mogelijk zijn.

Een essentiële aanvulling op het effectiviteitsonderzoek is onderzoek naar de opvattingen, ervaringen en behoeften van ouderen zelf. Zowel onderzoekers als praktijkdeskundigen waarschuwen ervoor dat professionals en beleidsmakers wel eens denken te weten waar ouderen behoefte aan hebben, terwijl onderzoek regelmatig aantoonde dat de werkelijkheid anders is.

Uit de reflectie op de speerpunten blijkt dat er heel verschillende onderzoeksvragen open liggen en dat het beantwoorden van die vragen de inzet van veel verschillende disciplines vereist. Onderzoek op het gebied van ouderenzorg kan worden aangevuld met bijvoorbeeld bestuurskundig onderzoek en onderzoek op het gebied van palliatieve zorg. De reflectie op de speerpunten laat zien dat onderzoekers door hun verschillende kennisgebieden heel verschillende perspectieven kunnen bieden op oplossingen. Waar de ene onderzoeker het niet slagen van een interventie toeschrijft aan een tekort aan middelen, wijst de andere onderzoeker op een gebrekkige organisatie en onvoldoende oog voor uiteenlopende belangen van de betrokken actoren.

Het optimaliseren van de Amsterdamse ouderenzorg vraagt overigens niet alleen om nieuw onderzoek, maar ook om betere implementatie van reeds bestaande kennis, zo merken verschillende onderzoekers op. Effectieve implementatie van kennis vereist een structurele inzet van financiële middelen en beleid met een lange termijnvisie.

Tenslotte speelt bij beleidsmakers ook een praktische vraag over het beleid voor de lange termijn, namelijk: hoe zien de ouderen van de toekomst er uit en wat zijn hun behoeften? We ontwikkelen de huidige preventie strategieën voor de ouderen die daar nu of over tien jaar gebruik van maken. Maar wat werkt voor de mensen die nu zestig zijn, en die over twintig jaar onze doelgroep worden? En in hoeverre vraagt de diversiteit aan ouderen om een gedifferentieerd aanbod op het gebied van zorg en wonen voor de lange termijn? Een onder-

zoeker geeft aan dat de huidige generatie inderdaad verschilt van de generatie ouderen van tien of twintig jaar geleden. De huidige generatie ouderen is inderdaad anders dan ouderen van 10 of 20 jaar geleden. Ze hebben bijvoorbeeld een groter netwerk. Maar het is heel lastig om een profiel op te stellen van de ouderen van de toekomst. Een alternatieve benadering is: hoe kunnen we interventies sneller testen? Het is nodig om onderzoek te doen op adaptieve wijze, wat meebeweegt met de veranderingen in de ouderenzorg en waar het beleid al na korte tijd gebruik van kan maken.

Optimaliseren van de Amsterdamse ouderenzorg vereist wederzijdse versterking van praktijk en onderzoek

De interviews lieten zien dat er veel te winnen is met het verstevigen van de verbinding tussen onderzoek en praktijk. Lang niet al het wetenschappelijk onderzoek dringt door in de praktijk. Kennisdisseminatie (het beschikbaar maken van inzichten uit wetenschappelijk onderzoek voor gebruik of toepassing buiten wetenschappelijk onderzoek) is nodig. Dit zou moeten leiden tot het implementeren van innovaties waarvan we weten dat ze werken, maar ook tot het de-implementeren van innovaties waarvan we weten dat ze niet werken. Diverse onderzoekers merkten op dat dit laatste in de praktijk nog veel te weinig gebeurt: er wordt lang doorgedaan met beleid waarvan onderzoekers al hebben aangetoond dat het niet effectief is. Kortom, voor het optimaliseren van de Amsterdamse ouderenzorg is het versterken van de samenwerking tussen wetenschap en praktijk van groot belang.

De interviews lieten zien dat de perspectieven van onderzoekers en praktijkdeskundigen elkaar aanvullen. Een belangrijk verschil tussen de interviews met onderzoekers en praktijkdeskundigen, is dat praktijkdeskundigen meer mogelijkheden voor optimalisatie van de ouderenzorg noemen, terwijl onderzoekers meer onderzoeksvragen noemen. Dat is wellicht niet verrassend, maar laat wel zien dat samenwerking een belangrijke meerwaarde heeft bij het formuleren van beleid. Ook wanneer een bepaald speerpunt door leden van de coalitie wordt gezien als een uitvoeringskwestie waar geen onderzoekopgaven liggen, merken onderzoekers op dat er wel degelijk bepaalde aannames onder het beleid liggen die om toetsing vragen. In sommige situaties moet die toetsing plaatsvinden voordat er tot uitvoering van beleid wordt overgegaan (bijvoorbeeld voorafgaand aan het bouwen van nieuwe wooncomplexen voor ouderen). In andere situaties kan toetsing ook prima gelijktijdig plaatsvinden met het zetten van stappen in de praktijk (denk aan het monitoren van interventies). Verder brengen onderzoekers nuances aan (gebruik de term 'veerkracht' in plaats van 'vitaliteit') of verruimen zij de blik (richt het beleid niet alleen op de fysieke conditie van ouderen, maar ook op de mentale en sociale conditie van ouderen). Omgekeerd geven praktijkdeskundigen een rijk scala aan suggesties voor het verbeteren van de Amsterdamse ouderenzorg en kennen zij talloze goede voorbeelden die een groter podium verdienen en die als inspiratie voor het onderzoek kunnen fungeren.

Er lijkt een behoorlijke kloof te bestaan tussen de mensen die zich in de Amsterdamse praktijk bezighouden met een bepaald thema en de experts binnen Amsterdam UMC die een overzicht hebben van de beschikbare kennis op datzelfde thema. Diverse praktijkdeskundigen spraken de behoefte uit om inzicht te krijgen in de beschikbare kennis over een bepaald thema. Zowel om wetenschappelijke inzichten te kunnen toepassen in hun werk, als om te toetsen of de intuïties die zij in hun werk ontwikkelen worden gestaafd door wetenschappelijk onderzoek. Een manier om te voorzien in deze behoefte is om kleinschalige meetings te organiseren over een bepaald thema in de ouderenzorg, waarbij een onderzoeker een overzicht geeft van reeds beschikbare kennis, gevolgd door een wederzijdse uitwisseling van ideeën, waarbij praktijkdeskundigen een klankbord en voeding voor verder onderzoek bieden. Dit biedt kansen voor relatief laagdrempelige manieren om de maatschappelijke impact van wetenschappelijk onderzoek te vergroten en om het beleid van de Amsterdamse ouderenzorg te versterken.

In het vervolgtraject van deze agenda zal Amsterdam UMC samen met de Amsterdamse coalitie Ouderen kennistafels organiseren over gerichte thema's die voortkomen uit deze agenda, om te faciliteren dat de reeds beschikbare kennis wordt ingezet om het beleid van de coalitie vorm te geven en om de nog ontbrekende kennis die nodig is om dit beleid verder vorm te geven te vertalen in onderzoeksvragen, als basis voor toekomstig onderzoek.

Bijlage 1.

Overzicht van betrokkenen

Auteurs van deze notitie

Dr. Marieke ten Have, kwartiermaker NFU-project 'Onderzoek en innovatie in de regio', Amsterdam UMC

Prof. dr. Henriëtte van der Horst, hoogleraar huisartsgeneeskunde en voorzitter divisie Eerstelijnszorg, Public Health & Methodologie, tevens kwartiermaker NFU-project 'Onderzoek en innovatie in de regio', Amsterdam UMC

Mw. Femmy Muller, senior zorginkoper/regiocoördinator zorginkoop Zilveren Kruis

Dhr. Johan Osté, senior beleidsadviseur zorg bij Gemeente Amsterdam en secretaris Amsterdamse coalitie Ouderen

Dhr. Ronald Schmidt, lid raad van bestuur Cordaan en voorzitter Amsterdamse coalitie Ouderen

Adviseurs

Prof. dr. Bianca Buurman, hoogleraar Acute ouderenzorg Amsterdam UMC en bestuursvoorzitter V&VN

Drs. Kees Goverde, adviseur strategie, afdeling Strategie en Innovatie Amsterdam UMC

Prof. dr. Karien Stronks, hoogleraar Sociale geneeskunde Amsterdam UMC, vice voorzitter divisie Eerstelijnszorg, Public Health & Methodologie en kwartiermaker NFU-project 'Onderzoek en innovatie in de regio'

Interviews met onderzoekers

Dr. Roeline Pasman, UHD Zorg rond het levenseinde, Amsterdam UMC

Prof. dr. Marjolein Broese van Groenou, hoogleraar Informele zorg in een veranderende samenleving, Vrije Universiteit

Prof. dr. Martijn Huisman, hoogleraar Epidemiologie van de veroudering, VUMC en Vrije Universiteit, en wetenschappelijk directeur Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)

Prof. dr. Julia van Weert, hoogleraar Gezondheidscommunicatie, UvA, directeur Amsterdam Centre of Health Communication

Dr. Susanne de Rooij, UHD Epidemiologie, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam

Prof. dr. Nathalie van der Velde, hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder valpreventie, Amsterdam UMC

Dr. Duco Bannink, UHD bestuurskunde, Vrije Universiteit Amsterdam

Prof. dr. Cees Hertogh, hoogleraar ouderengeneeskunde en ethiek van de zorg en hoofd Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO) Amsterdam, Amsterdam UMC

Prof. dr. Hein van Hout, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Amsterdam UMC

Drs. Lizette Wattel, coördinator Universitair Netwerk Ouderenzorg, Amsterdam UMC

Prof. dr. Dorly Deeg, emeritus hoogleraar epidemiologie van de veroudering, VUMC

Interviews met praktijkdeskundigen

Dhr. Jos van Campen, geriater OLVG

Dhr. Johan Osté, senior beleidsadviseur zorg bij Gemeente Amsterdam en secretaris Amsterdamse coalitie Ouderen

Mw. Heidi Wintels, Markant

Mw. Sigrid Wulfse, wijkverpleegkundige Amstelring, masteropleiding

Mw. Kelly Paap, verpleegkundig specialist Amsta, promotieonderzoek

Mw. Agnes Cornelis, regionale ouderendelegatie Ben Sajatcentrum

Dhr. Ronald Schmidt, lid raad van bestuur Cordaan en voorzitter Amsterdamse coalitie Ouderen

Mw. Femmy Muller, senior zorginkoper/regiocoördinator zorginkoop Zilveren Kruis

Dhr. Bernard Prins, huisarts

Mw. Gracia Velland, gemeente Amsterdam

Dr. Manon Lette, beleidsmedewerker integrale zorg en welzijn, Sigra

De conceptagenda is voorgelegd in een bijeenkomst met een aantal leden van de Amsterdamse coalitie Ouderen en een aantal onderzoekers van Amsterdam UMC.

Prof. dr. Marjolein Broese van Groenou, hoogleraar Informele zorg in een veranderende samenleving, Vrije Universiteit

Prof. dr. Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg Amsterdam UMC en bestuursvoorzitter V&VN

Dhr. Jos van Campen, geriater OLVG

Prof. dr. Martijn Huisman, hoogleraar Epidemiologie van de veroudering, VUMC en Vrije Universiteit, en wetenschappelijk directeur Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)

Dr. Manon Lette, beleidsmedewerker integrale zorg en welzijn, Sigra

Dhr. Johan Osté, senior beleidsadviseur zorg bij Gemeente Amsterdam

Dr. Roeline Pasman, UHD Zorg rond het levenseinde, Amsterdam UMC

Mw. Hilde Reints, directeur Onderwijs, Jeugd, Zorg en Diversiteit bij Gemeente Amsterdam

Mw. Najada Stringa, programma coördinator speerpunt Urban Aging, Amsterdam UMC

Mw. Monique de Vries, directeur Combiwel

Prof. dr. Julia van Weert, hoogleraar Gezondheidscommunicatie en directeur Amsterdam Centre of Health Communication, UvA

De conceptagenda is voorgelegd in een bijeenkomst met de Regionale ouderendelegatie Amsterdam e.o. (ROD) van het Ben Sajatcentrum. De volgende leden waren hierbij aanwezig.

Mw. Agnes Cornelisse

Dhr. Peter Jelinek

Mw. Jacqueline Matthey

Dhr. Wim Schuijlenburg

Dhr. Jan van der Vis
Mw. Gonny de Vries

De agenda is goedgekeurd door de programmaraad Aging & Later Life van het Amsterdam Public Health institute.

Prof. dr. Martijn Huisman, hoogleraar Epidemiologie van de veroudering, VUMC en Vrije Universiteit, en wetenschappelijk directeur Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)

Prof. dr. Nathalie van der Velde, hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder valpreventie, Amsterdam UMC

Prof. dr. Bianca Beersma, hoogleraar Organisatiegedrag en directeur Talma Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam

Prof. dr. Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg Amsterdam UMC en bestuursvoorzitter V&VN

Prof. dr. Cees Hertogh, hoogleraar ouderengeneeskunde en ethiek van de zorg en hoofd Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO) Amsterdam, Amsterdam UMC

Dr. Roeline Pasma, UHD Zorg rond het levenseinde, Amsterdam UMC

Dr. Susanne de Rooij, UHD Epidemiologie, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam

Prof. dr. Julia van Weert, hoogleraar Gezondheidscommunicatie, UvA, directeur Amsterdam Centre of Health Communication

Bijlage 2.

Overzicht van kennis over de speerpunten binnen en rondom Amsterdam UMC

Beschikbare kennis over speerpunt 1. Valpreventie

Afdeling ouderengeneeskunde (o.l.v. Prof. dr. Cees Hertogh), UPO & UNO Amsterdam

- Diverse benaderingen om onnodige ziekenhuiszorg te voorkomen. Aan de huisartsenpraktijken is een specialist ouderengeneeskunde verbonden die op verwijzing met de kwetsbaarste ouderen werkt. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van zorgtechnologie en een ambulante team om crisisopnames te voorkomen.
- Bijvoorbeeld een klein beweegproject voor mensen met dementie, waarbij is gekeken naar het effect van een beweegprogramma (volgens de richtlijn gezond bewegen) op het aantal valincidenten bij mensen met dementie in het verpleeghuis. De aanname was dat mensen mogelijk meer zouden gaan vallen als ze actiever werden. Maar mensen gingen juist minder vallen.

Onderzoeksgroep van prof. dr. Nathalie van de Velde

- Achterliggende vraag leerstoel: voor welke mensen geldt een verhoogd risico op vallen? Onderzoeksuitkomsten uit mijn onderzoekslijn richten zich op het personaliseren van valpreventie.
- Ontwikkelen van een klinische beslissingsondersteuning voor gepersonaliseerd afbouwen van valrisicoverhogende medicatie voor zowel gespecialiseerde valklinieken in het ziekenhuis als voor de huisartsenpraktijk. Tevens ontwikkelen van een identificatiemethode vanvallers in de elektronische huisartsendossiers.
- Ontwikkeling van Europese deprescribing tool 'STOPPFalls'.
- Ontwikkeling van zorgpad met bijbehorende beslisboom voor diagnostiek en behandeling van cardiovasculair gerelateerd vallen.
- Samenwerking met medische informatica, gericht op ontwikkeling van slimme EPIC beslissingsondersteuning ontwikkelen voor in het ziekenhuis, om oudere ziekenhuispatienten die risico lopen om te vallen te herkennen.
- Studie naar het door ontwikkelen van de 'Valanalyse': een screenings en assessment instrument voor valpreventie in de 1^e lijn (In samenwerking met VeiligheidNL).
Zie ook www.onderzoeknaarvallen.nl
- Voor een overzicht van al het valonderzoek van deze onderzoekslijn zie <https://www.amc.nl/web/specialismen/geriatrie/onderzoekslijn-gepersonaliseerde-val-fractuurpreventie.htm>

Onderzoeksgroep van prof. dr. Mirjam Pijnappels

- Onderzoek naar valpreventie in het kader van bewegen, ook op thuiswonende ouderen gericht. Zie <https://www.amsterdamumc.org/research/researchers/mirjam-pijnappels.html>
-

Edwin Geleijn

- Onderzoek naar valpreventie vanuit SEH, transmuraal en fysiotherapeutisch perspectief

Landelijke netwerken valklinieken

- Voor het handboek van de landelijke valklinieken zie:
<https://www.nvkg.nl/publiek/valkliniek>

Centrum voor Gezondheidscommunicatie, prof. dr. Julia van Weert

- Interdisciplinair onderzoek naar het ontwikkelen van interventies. Bijvoorbeeld valrisico's voorspellen dankzij ontwikkeling van predictiemodellen, interventies ontwikkelen met hulp van het centrum voor gezondheidscommunicatie en vervolgens de ontwikkelde interventies toetsen op de doelgroep van ouderen met hulp van geriaters.

Longitudinal Aging Study Amsterdam, prof. dr. Martijn Huisman

- De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) bevat epidemiologische gegevens over valincidenten van deelnemers en omvat uitgebreide informatie over mogelijke risicofactoren, predictoren en consequenties van vallen, zoals fracturen, angst voor vallen, en meer.
- Kennis over valincidenten, bij o.a. Natasja van Schoor, de LASA expert op het gebied van vallen.
- Voor meer informatie, zie lasa-vu.nl

Afdeling klinische informatiekunde en huisartsgeneeskunde

- Door de afdeling klinische informatica wordt met huisartsgeneeskunde samengewerkt met AI approaches met betrekking tot huisartsendata. Hiervoor wordt de HAGnet dataset gebruikt (AMC zijde) en de Database ANH (VUmc zijde).

Beschikbare kennis over speerpunt 2. Dialogo laatste levensfase

Academisch Huisartsen Netwerk

- Onderzoek naar best practices in de dialoog over de laatste levensfase

Programma Aging and later life

- Programmalijn 'levenseinde'. Goede zorg in de laatste levensfase, zoals palliatieve zorg, goed en veilig medicatiegebruik en Advance Care Planning
-

Centrum voor Gezondheidscommunicatie, prof. dr. Julia van Weert

- Gezondheidscommunicatie voor kwetsbare groepen zoals ouderen, kennis over twee thema's: communicatie voor preventiedoeleinden en communicatie voor patiënten. Welke rol kunnen communicatie-interventies spelen voor mensen die al iets hebben? Hoe pas je het ideaal van shared decision making toe in de communicatie met ouderen in de spreekkamer?

Longitudinal Aging Study Amsterdam, prof. dr. Martijn Huisman

- De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) bevat epidemiologische gegevens van deelnemers over wensen met betrekking tot het levenseinde, attitudes ten opzichte van euthanasie en wensen om te sterven. Deze gegevens kunnen worden gebruikt voor het beantwoorden van onderzoeksvragen op deze thema's.
- De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) bevat gegevens over advance care planning van deelnemers. Ook is regelmatig nagevraagd welke deelnemers gebruik maken van advance directives. Deze gegevens kunnen worden gebruikt voor het beantwoorden van onderzoeksvragen op deze thema's en kunnen worden onderzocht in relatie tot alle andere beschikbare gegevens in LASA, bijvoorbeeld om te zoeken naar oorzaken en predictoren van ACP.
- Meer informatie is o.a. te krijgen via End-of-life care and preferences - Longitudinal Aging Study Amsterdam (lasa-vu.nl)
- Experts Roeline Pasman en Bregje Onwuteaka-Philipsen verrichten veel onderzoek op het gebied van de laatste levensfase van ouderen, waarbij zij LASA gegevens gebruiken.

Expertiselab "Veerkracht in de zorg", Institute for Societal Resilience, VU (Kim van Erp).

- Binnen dit expertiselab wordt op verschillende niveaus van analyse (individuele cliënten en hun naasten, individuele zorgverleners, zorgteams- en netwerken, organisaties en het zorgstelsel) onderzoek gedaan naar de vraag wat bijdraagt of juist in de weg staat voor veerkracht in de zorg.

Afdeling Sociale Geneeskunde van Amsterdam UMC, onderzoeksgroep Zorg rond het levenseinde (o.l.v. Prof. dr. Bregje Onwuteaka Philipsen en dr. Roeline Pasman)

- Binnen de onderzoeksgroep worden kwantitatief, kwalitatief, mixed methods, interventiestudies en implementatiestudies uitgevoerd naar zorg rond het levenseinde. Er wordt onderzoek gedaan in alle settings, diverse populaties (patiënten/naasten, burgers, zorgverleners) en ziektebeelden. Onderwerpen van onderzoek zijn o.a. (organisatie en uitvoer van) palliatieve zorg, advance care planning, beslissingen rond het levenseinde. Hieronder volgen enkele voorbeelden van projecten.
-

-
- 'In gesprek met de burger'. Een landelijke interventie met publieksbijeenkomsten door huisartsen en zorginstellingen om ouderen te informeren over de (on)mogelijkheden van zorg en behandeling aan het levenseinde.
 - Advance care planning in de eerste lijn voor de kwetsbare oudere patiënt en diens naasten. In dit project zijn een draaiboek voor implementatie van ACP in de eerste lijn en een trainingsmodule voor ACP opgesteld. Verder zijn publicaties verschenen over de wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik van ACP.
 - Evaluatie PaTz (Palliatieve ThuisZorg). In PaTz groepen komen huisartsengroepen en wijkverpleegkundigen van thuiszorgorganisaties tweemaandelijks bij elkaar. In Nederland zijn nu meer dan 200 PaTz groepen, waarvan er 19 in Amsterdam zijn. Uit onderzoek is o.a. gebleken dat patiënten wiens huisarts in een PaTz groep zit minder vaak in het ziekenhuis en op een SEH worden opgenomen in de laatste maand van hun leven dan patiënten wiens huisarts niet in een PaTz-groep zit.
 - Stoppen met eten en drinken met het doel te sterven. Prospectieve interviewstudie naar ervaringen van patiënten, hun naasten en zorgverleners met besluitvorming en uitvoering van bewust stoppen met eten en drinken en het in kaart brengen symptomen. Er wordt o.a. een informatiebrochure geschreven voor publiek en zorgverleners.
 - Tijdige en optimale palliatieve zorg bij mensen die dak- of thuisloos zijn. Doelstellingen zijn. 1) Het ontwikkelen en implementeren van een consultatiefunctie palliatieve zorg voor zorgverleners rondom (ex)dak- en thuislozen. 2) Het evalueren van deze activiteiten met aandacht voor zowel het proces van duurzame implementatie als hun meerwaarde bij het verbeteren van palliatieve zorg voor mensen die dak- en thuisloos zijn.

Expertisecentrum palliatieve zorg (EPZ)

- Het Expertisecentrum Palliatieve Zorg (EPZ) Amsterdam UMC is een samenwerkingsverband dat de palliatieve expertise en kennis uit intra- en extramurale zorg, onderwijs en onderzoek samenbrengt en verder ontwikkelt. Alle entiteiten waar palliatieve zorg is ingebed participeren in het EPZ. Dit betreft mensen van veel verschillende afdelingen. Daarnaast zijn er ook een tweetal externe partners: hospice Kuria (academische werkplaats) en het NIVEL. De missie van het EPZ is: het genereren, verspreiden en implementeren van kennis en deskundigheid over palliatieve zorg teneinde op lokaal, regionaal en landelijk niveau een verbetering van de kwaliteit van palliatieve zorg te bewerkstelligen, waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van de beschikbare kennis en ervaring op het gebied van palliatieve zorg in Amsterdam en omgeving.

Consortium Palliatieve Zorg Noord-Holland en Flevoland (Consortium NHF)

- Het Consortium Palliatieve Zorg Noord-Holland en Flevoland is een samenwerkingsverband tussen de 10 regionale netwerken palliatieve zorg, het Expertisecentrum
-

Palliatieve Zorg van Amsterdam UMC en de onderwijsinstellingen in de regio. Doel van dit consortium is om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven in de laatste levensfase voor iedereen binnen de regio mogelijk maken. Centraal staat het bij elkaar brengen van initiatieven op het gebied van zorg, onderwijs en onderzoek op het gebied van palliatieve zorg.

Netwerk Palliatieve zorg Amsterdam Diemen

- Netwerk Palliatieve zorg Amsterdam Diemen is een van de 66 netwerken palliatieve zorg in Nederland. Amsterdam-Diemen is met ruim 880.000 inwoners het grootste netwerk. Het netwerk heeft als taak de organisaties die betrokken zijn bij de palliatieve zorg in Amsterdam en Diemen zodanig met elkaar te verbinden dat optimale palliatieve zorg geboden wordt. Netwerken hebben vier hoofdtaken: Informeren, Coördineren, Faciliteren en Signaleren. Amsterdam UMC is een van de partners van het netwerk. Een van de projecten van het netwerk is het project 'Pal in de stad', waarbij elkaar ontmoeten voorop staat. Zij doet dit door verschillende activiteiten waarbij het spreken over het leven en dus ook het einde van het leven bespreekbaar mag zijn.

Afdeling ouderengeneeskunde (o.l.v. Prof. dr. Cees Hertogh), UPO & UNO Amsterdam

- Goede zorg in de laatste levensfase, inclusief palliatieve zorg, goed en veilig medicatiegebruik en Advance Care Planning (een hulpmiddel om te zorgen dat ouderen zich beter voorbereiden op de laatste levensfase en dat de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten). Ook wordt onderzoek gedaan naar advance care planning bij specifieke doelgroepen zoals mensen met dementie en mensen met de ziekte van Huntington.

Beschikbare kennis over Speerpunt 3. Dementieketens

Onderzoeksgroep van Prof. dr. Hein van Hout

- Leerstoel is gericht op zorg voor ouderen met aandachtspunten : (i) optimale organisatie van zorg in de eerstelijns en (ii) implementatie van beslisondersteuning die persoonsgerichte passende zorg ondersteunt.
 - Tav organisatie van zorg toont COMPAS studie dat (gespecialiseerde) casemanagers ingebed in multidisciplinaire teams (veel) kosten kunnen besparen en kwaliteit van leven van zowel mantelzorgers als personen met dementie kunnen verbeteren.
 - Tav beslisondersteuning is er bewijs over het potentieel van slimme en beproefde tweede generatie instrumenten van interRAI / NEDRAI die personen door settings kunnen volgen.
-

Afdeling ouderengeneeskunde (o.l.v. Prof. dr. Cees Hertogh), UPO & UNO Amsterdam

- Er is onderzoek gedaan naar hoe om te gaan met probleemgedrag bij dementie binnen twee onderzoeksprojecten. Daaraan verbonden is een evidence based scholing ontwikkeld die beschikbaar is via Gerion.
- Veel kennis over de allerkwetsbaarste ouderen. Dit betreft langdurige zorg en verpleeghuiszorg, bijvoorbeeld kennis over het verloop van dementie. Er is nadrukkelijke aandacht voor de voorzieningen tussen thuis en het verpleeghuis.
- Onderzoeksproject BRAIN naar veranderd bewustzijn en onbegrepen gedrag bij patiënten met de ziekte van Alzheimer, Huntington en het syndroom van Korsakov. In dit onderzoek wordt de relatie tussen bewustzijnsproblemen en gedragsproblemen onderzocht bij deze drie hersenziekten, met als doel om de zorg en het welzijn van patiënten en hun naasten te kunnen verbeteren.
- Onderzoek naar verhuizen naar / binnen het verpleeghuis (samen met de andere academische werkplaatsen ouderenzorg). Nauw betrokken bij het onderzoek naar nieuwe woonvormen voor mensen met dementie.
- Onderzoek naar de inzet van deskundigheid vanuit het multidisciplinaire team uit het verpleeghuis voor mensen thuis.
- Opleiding voor casemanagement dementie.
- Prof. dr. Bianca Buurman participeert in het Dolce Vita project, waarin onderzoek wordt gedaan naar de knelpunten in de ouderenzorg, door een innovatief datamodel te ontwikkelen die de structuren en inefficiënties in het huidige systeem van acute ouderenzorg inzichtelijker maken. Genereren van 'what-if' scenario's om voorspellingen te kunnen doen over de gevolgen van korte termijn beslissingen, lange termijn beleidsveranderingen en investeringen. Dit is een samenwerking met toegepaste wiskunde van de VU.

Prof. dr. Anne Mei The

- Anne Mei The is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de afdeling Sociologie van de Vrije Universiteit. Zij ontwikkelde de Sociale Benadering Dementie die draait om de vragen: "Hoe blijf je 'erbij horen' als je dementie hebt?" en "Hoe ga je samen om met de steeds veranderende mogelijkheden en beperkingen?". Tot voor kort was er vooral aandacht voor de medische kanten van dementie: de diagnose, onderzoek naar medicijnen, en de taaie discussies rond euthanasie en de kwaliteit van verpleeghuizen. Binnen de Sociale benadering Dementie draait het echter om is het uitgangspunt echter een compleet zorgpakket met psychologische, sociale en medische ondersteuning waarin de behoeften van mensen met dementie en hun naasten centraal staan. Daartoe wordt binnen het Ben Sajat Centrum samengewerkt met zorgorganisaties, gemeentes, verzekeraars en opleidingen in de Proeftuin Sociale Benadering Dementie.
-

Onderzoeksgroep Zorg en Ondersteuning bij dementie van Prof. dr. Rose-Marie Dröes

Dröes bekleedt sinds 2009 de leerstoel Psychosociale hulpverlening voor mensen met dementie (ingebod bij afdeling Psychiatrie VUmc), die gericht is op de inventarisatie van behoeften van mensen met dementie en mantelzorgers na de diagnose dementie en de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van psychosociale hulpverleningsmethoden die hieraan tegemoet komen.

- Het onderzoek toonde de volgende top 5 onvervulde behoeften aan: informatie, ondersteuning bij cognitieve beperkingen, gezelschap, psychische nood, en betekenisvolle activiteiten.
- De onderzochte interventies zijn gericht op vervulling van de onvervulde behoeften en op bevordering van de cognitieve, sociale en emotionele aanpassing na de diagnose. Voorbeelden van bewezen effectieve interventies zijn o.m.: het inmiddels landelijk geïmplementeerde, gecombineerde, ondersteuningsprogramma Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers (www.ontmoetingscentradementie.nl), DementTalent (vrijwilligerswerk voor mensen met dementie), Dementelcoach (telefonische coaching voor mantelzorgers), STAR-online cursus voor mantelzorgers, Onvergetelijk museumprogramma, Exergaming en psychomotorische therapie en geïntegreerde belevingsgerichte zorg in verpleeghuizen.
- De onderzoeksgroep heeft ruime expertise in de ontwikkeling en evaluatie van ondersteunende technologie voor mensen met dementie en mantelzorgers in meerdere Europese en nationale projecten. Momenteel lopen twee grote projecten: FindMyApps voor mensen met lichte dementie en Gekend in het verpleeghuis voor mensen met gevorderde dementie.
- Ook is grote expertise aanwezig aangaande effectieve verspreiding en implementatie van psychosociale interventies.
- Om wetenschappelijke kennis te ontsluiten is de digitale informatiedesk Effectieve zorg en behandeling bij dementie opgezet (<https://www.vumc.nl/zorg/informatie-voor-professionals/informatiedesk-effectieve-zorg-behandeling-bij-dementie.htm>), is een helpdesk opgezet en worden cursussen aangeboden voor personeel van Ontmoetingscentra.

Ben Sajet Centrum

- Onderzoekslijn over dementie van prof. dr. Anne Mei The
 - Beter Samen en Samen Rijk - Toegepast onderzoek naar netwerkversterking in de dementiezorg
 - Onderzocht wordt hoe mensen met dementie en naasten meer steun kunnen ervaren van hun sociale omgeving. Hiervoor wordt direct geleerd van netwerk-ontwikkeling in de jeugdzorg, GGZ en VGZ. Door toepassing van in deze sectoren beproefde netwerkstrategieën wordt onderzocht hoe het netwerk van samen-
-

werkende formele én informele helpers rond mensen met dementie en hun naasten beter kan samenwerken.

- Binnen het project 'Beter Samen' leren zorgverleners hoe zij een kring kennissen, familie en burensamen brengen rond thuiswonende mensen met dementie en hun naasten. Binnen dit project wordt onderzoek uitgevoerd naar succesfactoren bij netwerkversterking.
- Het project Samen Rijk (FNO) gaat over de versterking van netwerken rond mensen met dementie die 24-uurszorg ontvangen. Hoe kunnen partner, kinderen of kennissen van mensen met dementie zich welkom voelen in het verpleeghuis. En zich uitgenodigd voelen om de persoon met dementie regelmatig op te blijven zoeken.
- Beide projecten worden uitgevoerd in een samenwerking tussen de Hogeschool van Amsterdam, de Universiteit van Amsterdam, zorgorganisaties Amsta en Cordaan en het Odensehuis. De ontwikkelraad van ervaringsdeskundigen draagt bij aan de eindproducten.

Onderzoeksgroep Dr. Susanne de Rooij

- Onderzoek naar mentale gezondheid bij ouderen en hersenveroudering en hoe vroege levensfactoren kunnen bijdragen aan het ontstaan van cognitieve achteruitgang en dementie.

Alzheimercentrum Amsterdam

- Het Alzheimercentrum Amsterdam biedt zorg en behandeling en doet wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte van Alzheimer en andere ziekten die dementie veroorzaken.
- Prof. dr. Wiesje van der Flier, hoogleraar op het gebied van dementie bij de afdeling neurologie van Amsterdam UMC en hoofd onderzoek bij het Alzheimercentrum Amsterdam
- Prof. dr. Philip Scheltens is hoogleraar neurologie aan Amsterdam UMC en directeur van het Alzheimercentrum.
- Prof. dr. Paul Lucassen doet fundamenteel onderzoek naar depressie, parkinson en dementie. Hij is ook betrokken bij het Centre for Urban Mental Health

Beschikbare kennis over Speerpunt 4. Acute zorg en nachtzorg WVP

Afdeling ouderengeneeskunde (o.l.v. Prof. dr. Cees Hertogh), UPO & UNO Amsterdam

- De Universitaire praktijk ouderengeneeskunde: de implementatie van een geriatrisch model in de eerstelijns. Zo is er aan de huisartsenpraktijken een specialist ouderengeneeskunde verbonden die op verwijzing met de kwetsbaarste ouderen werkt.
-

Doel is om acute ziekenhuisopnames te voorkomen en om de minder zinvolle opnames en controles te verminderen. Ook proberen we innovatieve zorg te bieden. Hoe kun je een crisis vóór zijn? Bijvoorbeeld door een ambulante team in te zetten dat probeert een opname af te wenden of door zorgtechnologie in te zetten.

- De inzet van zorgtechnologie in de geriatrische revalidatie.

Talma Instituut, o.l.v. wetenschappelijk directeur Prof. dr. Bianca Beersma

- Het Talma Instituut aan de Vrije Universiteit is opgericht om door middel van transdisciplinair onderzoek bij te dragen aan de publieke doelen van het zorgstelsel. Het instituut maakt daarbij gebruik van uiteenlopende academische disciplines binnen de universiteit en zoekt daarbij kennispartners uit de praktijk van zorgaanbod, zorgverzekeringen, toezichthouders en beleidsmakers. Het onderzoek binnen het instituut richt zich op institutionele barrières die goede, betaalbare en toegankelijke zorg in de weg staan. Binnen het onderzoeksthema "Stimuleren van gepaste zorg" onder leiding van Eric van der Hijden wordt vanuit (met name) gezondheidseconomisch perspectief gekeken naar de belemmeringen voor gepaste zorg (en dus ook naar hoe minder zinvolle ziekenhuisopnames kunnen worden verminderd). Bovendien raakt speerpunt 4 aan de Talma-onderzoekslijn rondom integratie van zorg onder leiding van Duco Bannink, die draait om afstemming tussen verschillende zorgverleners. Binnen "Beter Oud In Amsterdam" deden Duco Bannink en Yvonne LaGrouw hier al onderzoek naar. Tenslotte is het onderzoek van Maïke Tietschert over het vroegtijdig opsporen van "high risk patients" voor dit speerpunt heel relevant.

Onderzoeksgroep van prof. dr. Bianca Buurman

- De transmurale zorgbrug, waarbij je mensen die uit het ziekenhuis komen een warme overdracht geeft naar de wijkverpleegkundigen en andersom.
- Tipping points, om te voorkomen dat een crisissituatie escaleert

Consortium Palliatieve Zorg Noord-Holland en Flevoland (Consortium NHF) en Expertisecentrum Palliatieve Zorg (EPZ)

- Goede zorg in de laatste levensfase, inclusief palliatieve zorg en Advance Care Planning

Onderzoeksgroep van Prof. dr. Hein van Hout

- De (in)effectiviteit van interventies op het gebied van vroegsignaleren, om een crisis te voorkomen
-

Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), prof. dr. Martijn Huisman

- De Longitudinal Aging Study Amsterdam is bezig met het koppelen van de langlopende onderzoeksgegevens van haar N~5000 deelnemers aan gegevens van de landelijke medische registratie. Daarmee kan voor deelnemers worden nagegaan of en wanneer zij gebruik hebben gemaakt van acute zorg, wat kan worden gekoppeld aan gezondheidsproblemen maar ook aan het ontbreken van sociale hulpbronnen. Verder bevat de LASA studie uitgebreide gegevens over risicofactoren waarmee voorspellingen kunnen worden gedaan (bijvoorbeeld welke groep een verhoogd risico op catastrofale functionele achteruitgang loopt), en oorzaken kunnen worden onderzocht (waar kunnen we op interveniëren?) voor acute zorg.
- Voor meer informatie, zie Longitudinal Aging Study Amsterdam (lasa-vu.nl)

Ben Sajet Centrum

- In het project 'De crisis voor zijn' (gefinancierd door VWS) richten onderzoekers zich op het ontstaan en voorkomen van crisissituaties bij kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld mensen met dementie en bij mensen met een verstandelijke beperking. Een belangrijk te beantwoorden vraag daarbij is hoe deze crisissituaties voorkomen kunnen worden zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen met behoud van kwaliteit van leven. Dit beperkt mogelijk onnodig leed en (zorg)kosten.

Beschikbare kennis over Speerpunt 5. Verkorting ligduur ELV

Afdeling ouderengeneeskunde (o.l.v. Prof. dr. Cees Hertogh), UPO & UNO Amsterdam

- Expertise met zorg aan huis voor ouderen in plaats van ziekenhuiszorg door een geriatrisch model te implementeren in de eerstelijns. Zo is er aan de huisartsenpraktijken een specialist ouderengeneeskunde verbonden die op verwijzing met de kwetsbaarste ouderen werkt. Doel is om electieve ziekenhuisopnames te voorkomen en om de minder zinvolle opnames en controles te verminderen.
- Onderzoek in samenwerking met 3 aanbieders van geriatrische revalidatie naar de vraag hoe geriatrische revalidatie thuis kan worden vormgeven

Talma Instituut

- Wederom is hier het onderzoek naar integratie tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg (Duco Bannink) relevant.
-

Beschikbare kennis over speerpunt 6. 24/7 Aanmeldportaal VVT

Onderzoeksgroep prof. dr. Bianca Buurman

- Dolce Vita project: modeleren van cliëntenstromen en hoe je die zo efficiënt mogelijk kunt inrichten.

Talma Instituut

- Omdat de vraag: "Hoe krijgen we partijen op een lijn?" hier een grote rol speelt is het onderzoek naar afstemming / integratie in de zorg van Duco Bannink hier wederom relevant. Samen met Eric van der Hijden start hij in september 2021 met het project "Virtual Ward" dat ook gaat over een soortgelijk afstemmingsvraagstuk.

Beschikbare kennis over speerpunt 7. Digitale gegevensuitwisseling professionals-gehele keten

Longitudinal Aging Study Amsterdam, prof. dr. Martijn Huisman

- Bij Lasa is informatie beschikbaar over het gebruik van internet door ouderen
- Voor meer informatie, zie Longitudinal Aging Study Amsterdam (lasa-vu.nl)

Talma Instituut

- Het onderzoek van het eerder genoemde Talma Instituut is ook voor dit speerpunt relevant. In het onderzoeksthema "innovatie van, en in de zorg" onder leiding van Sierk Ybema staat de vraag centraal wat de institutionele belemmeringen zijn bij innovatieprocessen (zoals digitale gegevensuitwisseling). Bovendien raakt het thema digitalisering aan de onderzoekslijn rondom integratie van zorg onder leiding van Duco Bannink omdat er afstemming tussen verschillende behandelaars en patiënten in de gehele zorgketen voor nodig is.

Afdeling ouderengeneeskunde (o.l.v. Prof. dr. Cees Hertogh), UPO & UNO Amsterdam

- Binnen het project Leren van Data wordt voor de ouderenzorg 1) gestreefd naar "eenheid van taal" (zodat er eenduidiger wordt geregistreerd, en zodat uitwisseling van informatie makkelijker wordt), 2) worden uit de routine zorgdata gegevens verzameld, en 3) worden, middels peilstations, gegevens verzameld over specifieke onderwerpen (zoals bijvoorbeeld het voorschrijven van antibiotica bij urineweginfecties, en bij lage luchtweginfecties). Dit project is in dit stadium gericht op de registratie van artsen.
-

Beschikbare kennis bij speerpunt 8. Passende woonvormen

Ben Sajat Centrum

- Kennisbundeling uitgebracht voor het creëren van optimale woonzorgomgevingen voor ouderen: Clementine Mol: 'Ouderen langer zelfstandig thuis! Maar hoe dan?'

Afdeling ouderengeneeskunde (o.l.v. Prof. dr. Cees Hertogh), UPO & UNO Amsterdam

- Onderzoek naar verhuizen naar het verpleeghuis (samen met de andere academische werkplaatsen ouderenzorg). Nauw betrokken bij het onderzoek naar nieuwe woonvormen voor mensen met dementie.

Longitudinal Aging Study Amsterdam, prof. dr. Martijn Huisman

- De Longitudinal Aging Study Amsterdam bevat verscheidene gegevens over de woonsituatie van deelnemers, waaronder de tevredenheid van deelnemers met de eigen woonsituatie, het gebruik maken van aanpassingen aan de woning, de toegankelijkheid van de woning, en meer
 - Voor meer informatie, zie Housing characteristics - Longitudinal Aging Study Amsterdam (lasa-vu.nl)
 - De Longitudinal Aging Study Amsterdam is gekoppeld aan een brede reeks van omgevingsregistraties, zodat allerlei aspecten van de buurt en geografische en sociaaleconomische leefomgeving van deelnemers bekend zijn. Voorbeelden van gegevens zijn luchtverontreiniging, geluidsbelasting, sociaaleconomische status van de buurt, aanwezigheid van groenvoorzieningen, misdaad, en meer. De invloed van deze factoren op het functioneren van ouderen kan met deze gegevens in kaart worden gebracht.
 - Gegevens over eenzaamheid bij ouderen. Het onderzoek naar eenzaamheid is een van de speerpunten in LASA; onderzoek betreft trends in eenzaamheid onder ouderen, de relatie tussen ingrijpende gebeurtenissen (verweduwing, gezondheid, verhuizing) en eenzaamheid, eenzaamheid binnen partnerrelaties, het onderscheid met existentiële eenzaamheid, etc. Er zijn vele proefschriften verschenen op dit thema.
 - Gegevens over de diversiteit van ouderen. Hoe steekt de populatie ouderen in Amsterdam in elkaar? En wat zijn de eigenschappen en de behoeften van de verschillende groepen ouderen? Per gemeente kan de populatie ouderen heel verschillend zijn. Binnen LASA is ook goed vast te stellen hoe de populatie ouderen zich in de afgelopen 30 jaar heeft ontwikkeld. Zo zijn de sociale netwerken van ouderen groter en meer divers geworden, zijn ouderen veelal hoger opgeleid en ervaren ze meer grip op het leven dan hun leeftijdgenoten van 20-30 jaar geleden.
-

Onderzoeksgroep Prof. dr. Marjolein Broese van Groenou/ LASA

- Onderzoek naar zorggebruik door ouderen heeft ook aandacht voor de rol van wonen en het gebruik van zorg aan huis door professionals en man telzorgers. Veel onderzoek richt zich op hoe zorgnetwerken het veilig langer thuis wonen kunnen bevorderen. Ook is er onderzoek gedaan naar de trend in opname in verpleeghuizen. LASA verzamelt veel informatie over zorg van informele en formele zorgverleners en laat zien dat gebruik van zorg aan huis en aanpassingen aan de woonomgeving opname in tehuizen kan voorkomen.

Talma instituut, onderzoeksgroep van dr. Duco Bannink

- Onderzoek naar effectieve afstemming, die noodzakelijk is om "zorg" en "wonen" goed met elkaar te kunnen verbinden.
-

Bijlage 3.

Conclusies van budgetimpactanalyse bij speerpunten ouderen

Vanuit de gemeente Amsterdam is in oktober 2020 een budget impact analyse gemaakt door de heer Max Keuken. Voor de interventies bij de acht speerpunten is nagegaan wat de beoogde impact is, om te beoordelen of dit een zinvolle investering van het gemeentelijk budget is. De omvang van de beoogde doelgroep en de conclusies van deze analyse staan hieronder vermeld. Voor een volledig overzicht verwijzen we naar het document 'M. Keuken: Impact analyse Amsterdam Vitaal en Gezond - Speerpunten ouderen'.

Op basis van deze analyse lijken speerpunt 4 (wijkzorg en nachtzorg) en 8 (meer passende woonvormen met mogelijkheden voor zorg en ondersteuning) effectief te zijn. Voor speerpunt 1 (valpreventie) geldt dat de effectiviteit niet hoog genoeg is om de beoogde doelstelling te behalen. Voor de andere speerpunten geldt dat de effectiviteit moeilijk in te schatten is.

Speerpunt 1. Valpreventie

Er zijn op 1 januari 2020 110.952 65+ers in Amsterdam waarvan 33% van de ouderen wel eens valt (Veiligheid.nl; 2020). Omdat het niet mogelijk is om van te voren te bepalen wie daadwerkelijk een valincidentie krijgt vallen alle ouderen binnen de doelgroep.

De beoogde valpreventie interventies worden als effectief beschouwd en hebben een positieve ROI. Wel is het zo dat de mate van effectiviteit waarschijnlijk niet hoog genoeg is om de doelstelling van 40% afname van valincidenten onder de deelnemers te bewerkstelligen.

Speerpunt 2. Meer patiënten denken vroegtijdig na over wensen in de laatste levensfase

Mogelijk heeft 77% van 65+ers in Amsterdam geen wilsverklaring maar zou er wel open voor staan (85.433 ouderen).

Er lijkt geen effect te zijn van een wilsverklaring op de uiteindelijke medische kosten. Er is geen uitspraak te doen over de impact van een wijkdialoog op het nemen van een behandelingsplan. Wel zijn er andere effectieve interventies bekend waarvan het bekend is dat ze bijdragen aan de beoogde doelstelling.

Speerpunt 3. Mensen met dementie en hun naaste goede ondersteuning geven tijdens het hele ziekteproces

Mogelijk zijn er 8.876 65+ers in Amsterdam die met dementie leven.

Er zijn geen duidelijke KPI's gesteld voor dit speerpunt waar dit mogelijk wel zou kunnen (e.g. gemiddelde diagnose tijd moet van 14 naar 12 maanden).

Speerpunt 4. Wijkzorg en nachtzorg

+/- 6.3% van de 65+ers in Amsterdam zou gebruik maken van de SEH. Dit zou om 6.360 ouderen gaan en is gebaseerd op landelijke prevalentie cijfers (Draisma en Stam, 2018).

Er lijkt bewijs te zijn dat interventies die gebruik maken van acute wijkzorg effectief om het aantal SEH bezoeken en ziekenhuis opnames te verminderen. De mate van effectiviteit is zodanig dat de beoogde KPI's haalbaar lijken.

Speerpunt 5. Optimaler eerstelijns verblijf

+/- 0.94% van de 65+ers in Amsterdam zou gebruik maken van een vorm van eerstelijns verblijven. Meer dan de helft van de ouderen maakt dan gebruik van hoog complexe zorg (Post et al. 2018). Dit zou in Amsterdam om 1040 ouderen gaan. Gebaseerd op landelijke prevalentie cijfers.

Het is onduidelijk wat precies met optimalisatie wordt bedoeld en welke concrete interventies worden beoogd. Hierdoor is het niet mogelijk om de effectiviteit er van te bepalen.

Speerpunt 6. Transformatie aanmeldportaal naar verkeerstoren

Er lijken geen duidelijke kwantificeerbare KPI's binnen dit speerpunt aan te wijzen.

Speerpunt 7. Digitale gegevensuitwisseling professionals

Er zijn zo'n 52.500 zorg- en welzijnsprofessionals actief in Amsterdam (waarvan 7.900 professionals in niet direct relevant sectoren; SIGRA, 2020).

Als we aannemen dat de juiste indicatoren kunnen worden bepaald voor de ouderen dan is het mogelijk dat het uitwisselen van deze informatie tussen de verschillende zorgbehandelaars kan leiden tot een afname van acute situaties.

Speerpunt 8. Meer passende woonvormen met mogelijkheden voor zorg en ondersteuning

Op basis van de Wonen in Amsterdam monitor (2019) geeft +/- 33% van de 55+ers aan dat ze wegens gezondheidsredenen willen verhuizen. Als de prevalentie hetzelfde is onder 65+ers dan betreft het hier +/- 36.614 ouderen die in een ongeschikte woning verblijven.

De beoogde interventie lijkt effectief te zijn om meer ouderen in geschikte woningen te laten wonen.

**AMC en VUmc werken
samen in Amsterdam UMC**

VUmc

De Boelelaan 1117
1081 HV Amsterdam

Postbus 7057
1007 MB Amsterdam

T +31(0)20 444 4444
www.vumc.nl