

# Effecten van de hervorming van de ouderenzorg

Sietske Grol, Gerard Molleman, Nanne van Heumen, Maria van den Muijsenbergh, Nynke Scherpbier-de Haan, Henk Schers

**In 2015 is met de Wet langdurige zorg (WLZ) de ouderenzorg hervormd. In dit onderzoek zijn 4 huisartsen geïnterviewd over de effecten daarvan. Zij waren gematigd positief, maar versnippering van de thuiszorg en gebrek aan financiering voor multidisciplinaire samenwerking zijn bedreigingen voor geïntegreerde zorg aan kwetsbare thuiswonende ouderen.**

Wereldwijd stijgt de gemiddelde levensduur, maar de gezonde levensduur blijft achter.<sup>1</sup> Overall komen de betaalbaarheid en toegankelijkheid van met name de langdurige zorg in gevaar.<sup>2,3</sup> Om deze te waarborgen is in Nederland in 2015 de Wet langdurige zorg (WLZ) ingevoerd, die de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verving.<sup>4</sup> Het was een hervorming met 4 beleidsdoelen: minder kosten, meer zelfredzaamheid van patiënten, minder residentiële zorg en hervorming van de niet-residentiële zorg.<sup>5</sup> Anno 2021 is de ouderenzorg in Nederland geregeld in 3 wetten: de WLZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (WMO) en de Zorgverzekeringswet (ZVW) uit 2005 [figuur 1].<sup>6</sup>

Naar de effecten van de hervormingen in de WLZ is op macroniveau redelijk wat onderzoek gedaan, maar de dagelijkse gevolgen voor de huisarts zijn minder bekend. Toch dragen huisartsen, in nauwe samenwerking met andere zorg- en welzijnsprofessionals, grotendeels de verantwoordelijkheid voor de zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen.<sup>6-8</sup> Wij vroegen hen naar hun ervaringen met geïntegreerde ouderenzorg sinds de hervormingen.

## METHODE

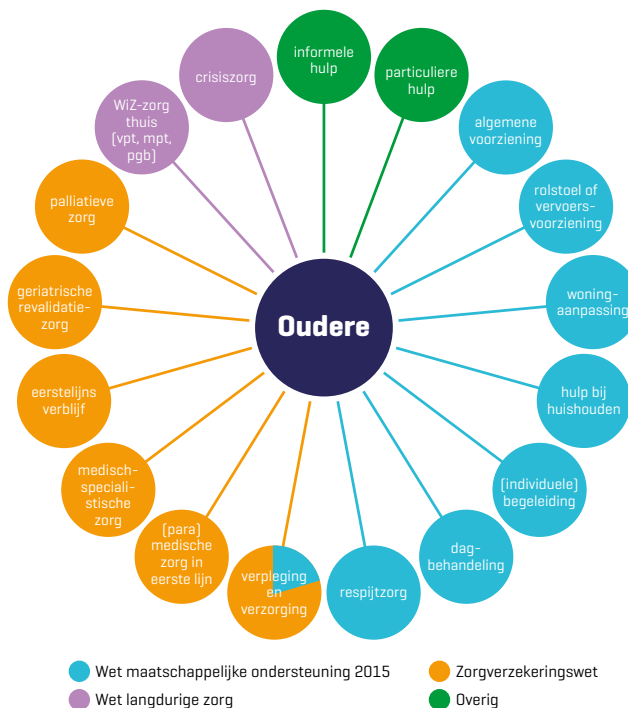
### Opzet en deelnemers

Dit kwalitatieve onderzoek is de follow-up van PRECURO, een participatief actieonderzoek uit 2013 en 2014 naar de perspectieven van professionals en kwetsbare ouderen op ouderenzorg.<sup>9-12</sup> Voor deze follow-up interviewden we

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Grol SM, Molleman GR, Van Heumen N, Van den Muijsenbergh M, Scherpbier-de Haan N, Schers HJ. General practitioners' views on the influence of long-term care reforms on integrated elderly care in the Netherlands: a qualitative interview study. Health Policy 2021;125:930-40. Publicatie gebeurt met toestemming.

**Figuur 1**

De wettelijke grondslag van zorg en ondersteuning aan ouderen



vanaf januari 2018 4 huisartsen over hun perspectieven op de hervormingen in de ouderenzorg (voor de tijdlijn zie ons originele artikel).<sup>13</sup> Alle geïnterviewden gaven mondeling toestemming voor het gebruik van geanonimiseerde citaten. De Commissie Medisch Onderzoek regio Arnhem en Nijmegen beoordeelde het follow-uponderzoek als niet-WMO-plichtig (dossier 2017-3516).

Voor PRECURO werden in 2013 in de regio Nijmegen 4 good practices geïdentificeerd waarin multidisciplinaire teams geïntegreerde ouderenzorg verleenden. De deelnemende praktijken verschilden voldoende

### WAT IS BEKEND?

- Anno 2021 wordt langdurige zorg geregeld in 3 wetten: de Wet langdurige zorg [WLZ], de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 [WMO] en de Zorgverzekeringswet [ZVW].
- Doel van de WLZ was in 2015: minder kosten, meer zelfredzaamheid, minder residentiële zorg en hervormingen in de niet-residentiële zorg.
- Huisartsen zijn grotendeels verantwoordelijk voor de niet-residentiële ouderenzorg.

### WAT IS NIEUW?

- Gemeenten hebben bij de hervorming van de langdurige zorg onvoldoende rekening gehouden met de zorg die op dat moment al werd geleverd.
- De voornaamste nadelen van de hervorming zijn versnippering van de thuiszorg en gebrekkige financiering van multidisciplinaire samenwerking.
- De grootste winstpunten van de hervorming zijn de grotere rol van specialisten ouderengeneeskunde en casemanagers dementie.

in adherentiegebied (stad, platteland, vinexwijk, achterstandswijk), praktijkgrootte, locatie en preferente zorgverzekeraar (zie de oorspronkelijke publicatie voor details over de deelnemende praktijken). Voor de follow-up interviewden we nogmaals de huisartsen die in deze 4 praktijken werkten.

### Interviews

De onderwerpen in onze semigestructureerde interviews waren gebaseerd op het raamwerk Healthy Alliances (HALL), dat 14 voorwaarden voor succesvolle zorgallianties onderscheidt in 3 clusters: institutioneel, persoonlijk en organisatorisch [figuur 2].<sup>14</sup> In 2013 en 2014 onderzochten we de allianties binnen de multidisciplinaire teams, in de follow-up vroegen we naar de organisatie, inrichting en financiering van de ouderenzorg en de invloed hierop van de hervormingen.

### Analyse

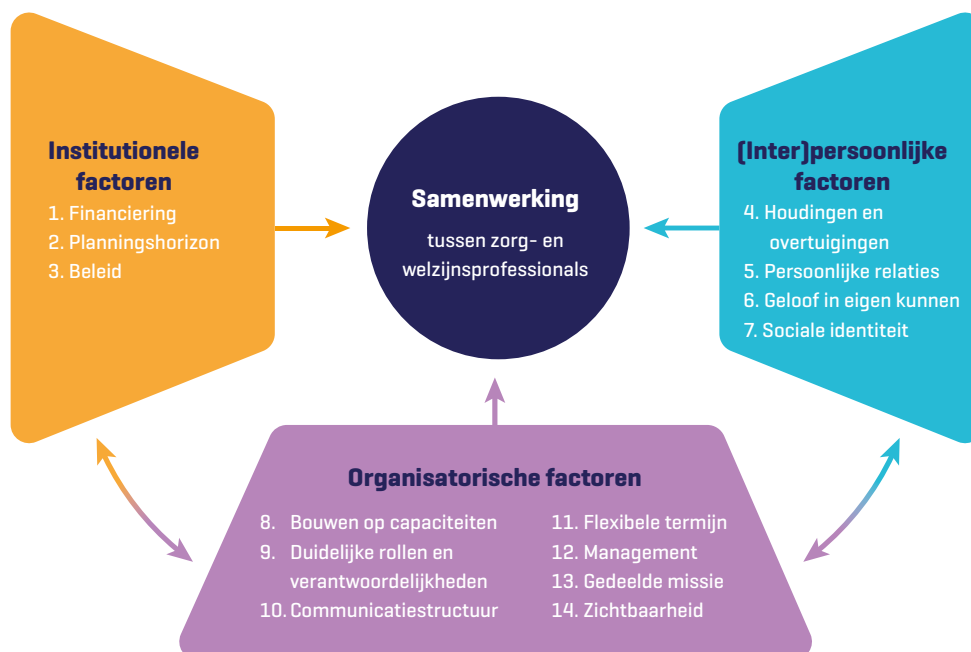
De analyse vond plaats in 3 fasen. Tijdens de eerste fase werden alle transcripten door 3 auteurs onafhankelijk van elkaar gecodeerd op basis van de 3 HALL-clusters; waar nodig voegden ze nieuwe codes toe. Het logboek van de gegevensanalyse werd besproken in het onderzoeksteam totdat overeenstemming was bereikt. Tijdens de tweede fase werd een thematische analyse uitgevoerd in relatie tot de onderzoeksvragen. Tijdens de derde fase werden alle codes terugvertaald naar het HALL-raamwerk. Zo kwamen we tot een geïntegreerd overzicht van de opvattingen van de geïnterviewden over het effect van de hervormingen op de praktijk van de ouderenzorg en op het multidisciplinair overleg (MDO). Op de 3 codeerfasen volgde de interpretatie van de resultaten.

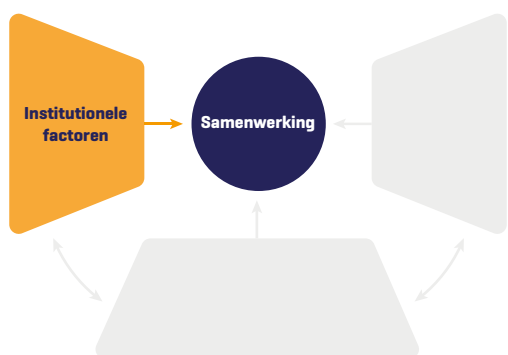
### RESULTATEN

Hierna illustreren we – aan de hand van [figuur 2] – de uitkomsten voor een aantal HALL-factoren (zie voor een volledig overzicht, inclusief de factoren 4 en 12-14 de tabel in het oorspronkelijke artikel).

**Figuur 2**

Healthy Alliances (HALL): factoren die samenwerking in de ouderenzorg bevorderen<sup>14</sup>





### FACTOR 1 FINANCIERING

De financiering veranderde continu en was ontoereikend. De 4 geïnterviewden gaven aan dat de financiering onvoldoende was om de kosten van geïntegreerde ouderenzorg te dekken. Met name het MDO, dat zij cruciaal achtten, werd onvoldoende of niet gefinancierd.

### FACTOR 2 PLANNING

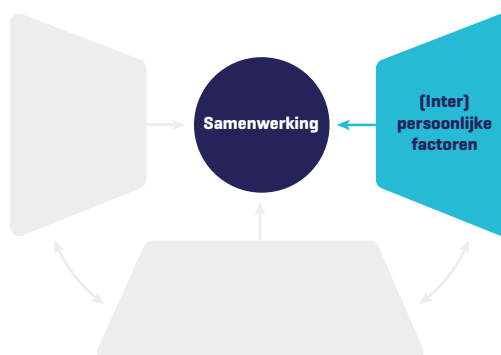
Gemeenten volgden hun eigen plan. Een concreet gevolg van de hervorming was de oprichting van sociale wijkteams, maar 3 van de 4 geïnterviewden voelden zich niet betrokken bij de implementatie hiervan. Zij waren van mening dat de aanpak van de gemeente niet aansloot bij de manier waarop de eerstelijnsprofessionals de zorg voor kwetsbare ouderen in de loop der jaren al hadden geregeld. De 2 geïnterviewden die in hetzelfde pand werkten als een sociaal wijkteam hadden daar wel steun aan; de beide anderen hadden weinig tot geen contact met de sociale wijkteams.

**Huisarts 3:** *‘[...] de gemeente heeft een belangrijke stem omdat heel veel van de zorg bij de gemeente is komen te liggen [...]. Dat betekent dat ik 1 punt heb waar ik naartoe kan verwijzen in plaats van meerdere organisaties. En dat ene punt dat zorgt dan wel dat het probleem op de plek komt waar het moet zijn.’*

### FACTOR 3 BELEID

Alle geïnterviewden waren van mening dat het beleidsdoel om de zelfredzaamheid te vergroten haalbaar was voor de meeste ouderen, maar dat sommigen te kwetsbaar waren om zelfredzaam te zijn. Naar de mening van de geïnterviewden werden sociale netwerken sterker na de hervorming, omdat mensen de noodzaak ervan inzagen. Ook zagen de geïnterviewden dat kwetsbare ouderen langer thuis bleven wonen.

Grol SM, Molleman GR, Van Heumen NJ, Van den Muijsenbergh ME, Scherpbier-de Haan ND, Schers HJ. Effecten van de hervorming van de ouderenzorg. Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1369-7. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: dr. S.M. Grol, postdoc onderzoeker, adviseur strategieontwikkeling transmurale zorg, sietske.grol@radboudumc.nl; prof. dr. G.R.M. Molleman, hoogleraar persoonsgerichte preventie; prof. dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, huisarts, hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte geïntegreerde eerstelijnszorg; prof. dr. H.J. Schers, huisarts, hoogleraar regionale netwerkvorming vanuit de huisartsgeneeskunde. Zorgcentra de Betuwe, Culemborg: N.J.H. van Heumen, projectadviseur kwaliteit. UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde: prof. dr. N.D. Scherpbier-de Haan, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde en interprofessionele en transmurale samenwerking. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



### FACTOR 5 PERSOONLIJKE RELATIES

Alle respondenten waren het erover eens dat een stabiel team en langdurige persoonlijke relaties de samenwerking gemakkelijker maakten. De huisartsen gaven aan dat het bij multidisciplinaire samenwerking belangrijk is om elkaar te kennen. Dit vergrootte de bekendheid met de expertise van de andere professionals.

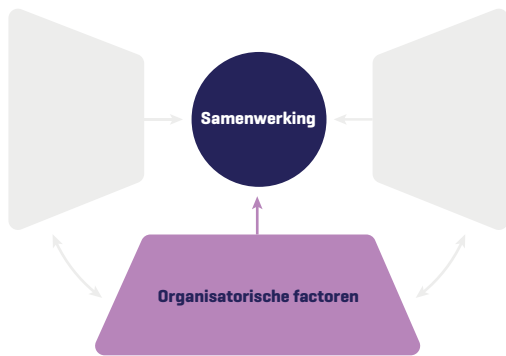
### FACTOR 6 GELOOF IN EIGEN KUNNEN

De huisarts blijft de spin in het web. Alle respondenten vonden het vanzelfsprekend dat zij, als eerste aanspreekpunt, het initiatief namen om de zorg voor kwetsbare ouderen te organiseren.

**Huisarts 4:** *‘Nou ja, [de ouderenzorg] is een taak die heel nadrukkelijk bij de huisarts thuishoort, maar waar het ook gewenst bij is dat die veel ondersteuning erbij heeft. Dus in de zin van de thuiszorg en allerlei disciplines die zich met ouderenzorg bezighouden. [...] De huisarts zal wel de spin in het web blijven.’*

### FACTOR 7 SOCIALE IDENTITEIT

In het MDO zou een compleet overzicht van de patiënt moeten ontstaan, maar het overleg stopte soms. In 1 praktijk stopte het MDO helemaal vanwege langdurige afwezigheid van de POH die het overleg coördineerde. In een andere praktijk stopte het MDO vanwege de permanente beschikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde in het gezondheidscentrum.



### FACTOR 8 BOUWEN OP CAPACITEITEN

Na de hervorming van de langdurige zorg kregen specialisten ouderengeneeskunde een structurele rol in de ouderenzorg, hetzij als vaste deelnemer aan het MDO, hetzij door een continue relatie met de huisartsenpraktijk. De relatie met het sociaal domein werd steviger, met name via het sociale wijkteam. De casemanager dementie werd een nieuw lid van het multidisciplinair team. Deze nieuwe inbreng werd zeer gewaardeerd door de geïnterviewden.

**Huisarts 3:** *‘Vijf jaar geleden had ik überhaupt geen contact eigenlijk met de specialist ouderengeneeskunde. [...] Maar zij hebben toegang gekregen tot ons HIS [...] ik heb haar een aantal keer gevraagd om mee te kijken met patiënten van mij in de wijk, daar over na te denken wat ze zouden kunnen betekenen. Dus dat is echt een extra toevoeging in dat opzicht.’*

### FACTOR 9 DUIDELIJKE ROLLEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

Naarmate de teams langer samenwerkten, werden taken en verantwoordelijkheden zoals coördinatie van de zorg en organisatie van het MDO gelijk verdeeld tussen teamleden, mede door de toegenomen kennis over elkaars expertise.

### FACTOR 10 COMMUNICATIESTRUCTUUR

Alle geïnterviewden onderstreepten dat de uitwisseling van patiëntinformatie belangrijk is voor goede zorg. Het keteninformatiesysteem werd vaker gebruikt, maar 1 geïnterviewde rapporteerde dat het delen van informatie tussen de betrokken organisaties moeilijker was geworden door de strengere privacywetgeving: ‘We moeten dingen 3 keer opschrijven.’

### FACTOR 11 FLEXIBELE TERMIJN

De hervormingen hebben de marktwerking in het domein van de thuiszorg versterkt, maar de veelheid aan thuiszorgaanbieders is vaak een belemmering voor geïntegreerde zorg. Alle geïnterviewden rapporteerden knelpunten bij het betrekken van nieuwe thuiszorgmedewerkers bij de ouderenzorg.

**Huisarts 2:** *‘Dat is in het hele verhaal het grootste knelpunt. [...] er zijn heel veel thuiszorginstellingen en wat we ook nu hebben als nieuw fenomeen zijn de zzp'ers en de kleine nieuwe thuiszorginstellingen [...], die geen idee hebben wat een ouderenzorgprogramma is, die geen zorgplan maken, die geen beveiligde verbindingen hebben, [...] ik hoor dingen terug waarvan ik denk: “Hm, dat is toch een heel andere manier van zorg geven.” Dus dat is lastig.’*

### BESCHOUWING

De hervorming van de langdurige zorg heeft in de ogen van onze respondenten een aantal positieve effecten gehad. Ten eerste werden er meer zorg- en welzijnsprofessionals (specialisten ouderengeneeskunde, sociale wijkteams, casemanagers dementie) betrokken bij de ouderenzorg. Ten tweede zorgde gezamenlijke huisvesting voor korte lijnen tussen huisartsenpraktijk en sociaal wijkteam, waardoor medische en sociale zorg beter werden geïntegreerd. En tot slot bleken beleidsdoelen zoals grotere zelfredzaamheid en meer steun vanuit het sociale netwerk voor een deel van de doelgroep goed realiseerbaar.

Maar onze respondenten zagen ook negatieve gevolgen. Ten eerste stemden gemeenten het nieuwe beleid niet goed af op de praktijk. Ten tweede was de financiering onvoorspelbaar en onvoldoende. Tot slot nam de versnippering van de thuiszorg verder toe. Dit bemoeilijkte het opbouwen van duurzame relaties en daarmee het leveren van geïntegreerde ouderenzorg.

### VERGELIJKING MET BESTAANDE LITERATUUR

Al in 2016 hebben onderzoekers de risico's benoemd van gelijktijdige hervormingen op verschillende domeinen: onzekerheid voor stakeholders en problemen op het vlak van administratie, ICT en coördinatie.<sup>5</sup> Ons onderzoek bevestigt dat. Ons onderzoek onderstreept ook wat de vereisten zijn voor succesvolle integratie van zorg aan ouderen, zoals geformuleerd in een rapport uit 2019: structurele samenwerking tussen organisaties, adequate financiële en organisatorische ondersteuning en effectief leiderschap.<sup>15</sup> In een evaluatie door het Sociaal en Cultureel Planbureau uit 2020 bleken huisartsen vergelijkbare ervaringen te hebben als onze respondenten met betrekking tot de thuiszorg (belangrijk maar schaars en variabel, zorgen over de toekomst) en de sociale wijkteams (van onbekend tot regelmatig contact).<sup>16</sup> Ook de door het SCP ondervraagde huisartsen vonden dat de hervormingen de eerstelijnszorg ingewikkelder maakten en dat de beste aanpak was ‘je geen zorgen maken over wetten en beleid, maar de zorg zo goed mogelijk proberen te regelen.’

Movisie noemde in 2018 huisartsenpraktijken de belangrijkste samenwerkingspartners van sociale wijkteams, maar afspraken maken en over en weer verwijzen bleek lastig.<sup>17</sup> Onze respondenten hadden vergelijkbare ervaringen.

### Sterke punten en beperkingen

Vanwege het kleine aantal geïnterviewden en het monodisciplinaire karakter van ons onderzoek zijn de resultaten beperkt generaliseerbaar. Door de diverse achtergronden van de praktijken en doordat het een follow-up betrof van onderzoek dat aan de hervormingen voorafging, hebben we echter rijke informatie verkregen over de praktische effecten van de hervormingen. Onze analyse maakt de verwevenheid zichtbaar van veranderingen in het landelijke beleid, de lokale implementatie daarvan en praktische en organisatorische aspecten.

### Implicaties voor onderzoek en praktijk

Onderzoek naar de impact van hervormingen in de zorg op microniveau zou in meer Nederlandse regio's moeten plaatsvinden. Dergelijk onderzoek, waarin alle stakeholders zijn betrokken, kan ons leren welke voorwaarden er nodig zijn om geïntegreerde zorg daadwerkelijk in praktijk te brengen. Op deze plek willen we alvast 4 aanbevelingen doen.

- Realiseer zo mogelijk gezamenlijke huisvesting voor de huisartsenpraktijk en het sociaal wijkteam.<sup>18</sup>
- Geef structuur aan multidisciplinaire samenwerking door een vaste werkwijze (hierbij kan de zorggroep mogelijk ondersteunen).<sup>19</sup>
- Zet in op continue verbetering van de samenwerking tussen de huisarts en de POH of wijkverpleegkundige, bijvoorbeeld door interprofessionele trainingsprogramma's.<sup>8</sup>
- Besteed in de huisartsopleiding aandacht aan leiderschap in geïntegreerde zorg zodat huisartsen die leidende rol ook kunnen invullen.<sup>20</sup>

### CONCLUSIE

De beleidsdoelen van de in 2015 ingevoerde WLZ (minder kosten, meer zelfredzaamheid, minder residentiële zorg, hervorming van de niet-residentiële zorg) zijn gedeeltelijk gerealiseerd, maar met grote lokale variatie. Nogal eens waren de hervormingsmaatregelen onvoldoende afgestemd op de lokale context, was financiering niet gegarandeerd, was de thuiszorg versnipperd en kwam samenwerking met sociale wijkteams niet van de grond. Huisartsen hebben na 2015 niet altijd voldoende ondersteuning in hun praktijk gekregen om de zorg voor kwetsbare ouderen daadwerkelijk te verbeteren. ■

### LITERATUUR

1. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* 2016;387:2145-54.

2. De Wit NJ, Schuurmans MJ. Future care for older people in general practice: paradigm shifts are needed. *Br J Gen Pract* 2017;67:500-1.
3. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO, 2017.
4. Kroneman M, Boerma W, Van den Berg M, Groenewegen P, De Jong J, Van Ginneken E. Netherlands: health system review. *Health Syst Transit* 2016;18:1-240.
5. Maarse JA, Jeurissen PP. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy* 2016;120:241-5.
6. De Klerk M, Verbeek-Oudijk D, Plaisier I, Den Draak M. Zorgen voor thuiswonende ouderen. Den Haag: SCP, 2019.
7. Looman WM, Huijsman R, Bouwmans-Frijters CA, Stolk EA, Fabbriotti IN. Cost-effectiveness of the 'Walcheren Integrated Care Model' intervention for community-dwelling frail elderly. *Fam Pract* 2016;33:154-60.
8. Nieuwboer MS, Perry M, Van der Sande R, Maassen I, Olde Rikkert MG, Van der Marck MA. Identification of influencing factors and strategies to improve communication between general practitioners and community nurses: a qualitative focus group study. *Fam Pract* 2018;18:35:619-25.
9. Grol S, Molleman G, Schers H. Mirror meetings with frail older people and multidisciplinary primary care teams: Process and impact analysis. *Health Expect* 2019;22:993-1002.
10. Grol SM, Molleman GR, Kuijpers A, Van der Sande R, Franssen GA, Assendelft WJ, et al. The role of the general practitioner in multidisciplinary teams: a qualitative study in elderly care. *BMC Fam Pract* 2018;19:40.
11. Grol SM, Molleman GR, Wensing M, Kuijpers A, Scholte JK, Van den Muijsenbergh MT, et al. Professional care networks of frail older people: an explorative survey study from the patient perspective. *Int J Integr Care* 2020;20:12.
12. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:854-7.
13. Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A. The Healthy ALLiances (HALL) framework: prerequisites for success. *Fam Pract* 2012;29 Suppl 1:i132-8.
14. Grol SM, Molleman GR, Van Heumen N, Van den Muijsenbergh M, Scherpier-de Haan N, Schers HJ. General practitioners' views on the influence of long-term care reforms on integrated elderly care in the Netherlands: a qualitative interview study. *Health Policy* 2021;125:930-40.
15. Ahmed A, Vrijhoef H, Mewes JC. Samenvattingsrapport: Integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Amsterdam: Panaxea, 2019.
16. Kromhout M, Van Echtelt P, Feijten P. Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid. Den Haag: SCP, 2020.
17. Van Arum S, Van Enden T. Sociale wijkteams opnieuw uitgelicht. Utrecht: Movisie, 2018.
18. Bonciani M, Barsanti S, Murante AM. Is the co-location of GPs in primary care centres associated with a higher patient satisfaction? Evidence from a population survey in Italy. *BMC Health Serv Res* 2017;17:248.
19. Glaudemans JJ, De Jong AE, Onwuteaka Philipsen BD, Wind J, Willems DL. How do Dutch primary care providers overcome barriers to advance care planning with older people? A qualitative study. *Fam Pract* 2019;36:219-24.
20. Ng CH, Ong ZH, Koh JWH, Ang RZE, Tan LHS, Tay KT, et al. Enhancing interprofessional communications training in internal medicine: lessons drawn from a systematic scoping review from 2000 to 2018. *J Contin Educ Health Prof* 2020;40:27-35.