

D-SCOPE
en beleid

Cahier 5

met Linken
recente
beleidsevoluties
en
kostenschatting



5

inleiding

Het welzijns- en zorgbeleid is in volle verandering. De overheid zet momenteel sterk in op onder meer het vermaatschappelijkingsproces van de zorg, oftewel het belang van de lokale context en de buurt, wat leidt tot een aantal grote veranderingen zoals bijvoorbeeld het Geïntegreerd Breed Onthaal, of de hervorming van de eerstelijnszorg. Daarenboven stelt de zesde staatshervorming de Vlaamse Gemeenschap voor een bijzondere uitdaging in haar welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Ook in Nederland is het zorglandschap aan het veranderen, onder meer door de transitie van de ouderenzorg die sinds 2015 daadwerkelijk gestalte krijgt. Dergelijke veranderingen brengen ook nieuwe vragen mee.

Om mee een antwoord te zoeken op die vragen bestaat dit cahier uit twee onderdelen. Het eerste deel geeft een overzicht van deze actuele beleids-tendensen en belicht waar het D-SCOPE project aansluiting vindt; welke rol het beleid heeft voor detectie en preventie van kwetsbaarheid bij ouderen; en welke mogelijkheden de D-SCOPE-visie, resultaten en methodiek kan bieden voor beleid. Het tweede deel geeft de resultaten van de economische evaluatie: wat kost nu de D-SCOPE methodiek?

Deel 1

Detectie en preventie binnen actuele beleidstendensen

Vermaatschappelijking van de zorg: focus op formele en informele thuiszorg

Vermaatschappelijking van de zorg is een term die we al vele jaren horen klinken binnen het zorgbeleid. Deze term kent zijn oorsprong in de verschuiving van geïnstitutionaliseerde zorg naar een **deïstitutionalisering** van zorg, reeds rond de jaren '80 van vorige eeuw (Boekholdt, 2011). Vermaatschappelijking van de zorg begon in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij de zorg voor psychiatrische patiënten steeds vaker buiten de muren van een instelling verleend werd door professionals die aan huis kwamen. Deze tendens zette zich verder bij andere kwetsbare zorgvragers waaronder personen met een handicap en ouderen.

Het aandeel ouderen dat in een woonzorgcentrum verblijft is doorheen de jaren dan ook gedaald. Dit gebeurt heel sterk in Nederland (waar de term vermaatschappelijking van de zorg eigenlijk de eerste keer gebruikt werd) (Solinge, 2015), maar ook in België zien we die tendensen. Zo is de doorsnee zorgzwaarte bijvoorbeeld sterk toegenomen. Het aandeel ouderen met een hoge zorgbehoefte wonende in een woonzorgcentrum steeg van ongeveer 30% in 2010 naar bijna 50% in 2015 (Kabinet van Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2017a). De grootste groep ouderen woont zelfstandig thuis en dit tot op hoge leeftijd of met aanzienlijke zorgnood.

Een zeer grote groep ouderen koestert ook die wens om ouder te worden in de vertrouwde leefomgeving (Löfqvist e.a., 2013; Smetcoren, 2016). Binnen de internationale literatuur wordt de term '**ageing in place**' gehanteerd om de trend te omschrijven waarbij ouderen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Naast een wens van ouderen zelf is dit ook een beleidsideaal en krijgt het zowel binnen de Europese agenda als wereldwijd de nodige aandacht. Zo wordt 'ageing in place' door de Wereldgezondheidsorganisatie gedefinieerd als zijnde: "*Tegemoetkomen aan het verlangen en het vermogen van mensen om zo lang mogelijk, relatief zelfstandig te kunnen blijven wonen in hun huidige woning of een aangepaste woonvorm, eventueel door het aanbieden van diensten en bijstand*" (World Health Organization, 2004, p. 9).

Doorheen de jaren evolueerde het principe vermaatschappelijking van 'zorg in de samenleving' naar 'zorg door de samenleving' (De Donder e.a., 2017), waarbij een sterke focus komt te liggen op **zelfzorg**, **mantelzorg** en **zorg door vrijwilligers**. Vermaatschappelijking gaat niet zozeer over de deïstitutionalisering, maar gaat ervan uit dat de zorgverlening in een vertrouwde omgeving gebeurt, door mensen die dichtbij de hulpbehoevende staan. Deze vorm van zorg zorgt voor de grootste kansen op een kwaliteitsvol leven (Van den Heuvel, 2014). De vermaatschappelijking van de zorg is dan niet enkel meer een verantwoordelijkheid van professionals, maar ook de maatschappij en de individuele burgers krijgen een belangrijke rol toegekend (Koops & Kwekkeboom, 2005; Kwekkeboom, 2004; Linders, 2007).

De Vlaamse overheid implementeert op de dag van vandaag het vermaatschappelijingsprincipe van de zorg in haar beleid als een bewuste en expliciete beleidskeuze. Verschillende Vlaamse beleidsteksten benadrukken en erkennen het belang van vrijwilligerswerk en mantelzorg. Het Vlaams Mantelzorgplan 2016-2020 (Kabinet van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2017b, p. 1) stelt: "Goede zorg maakt deel uit van het dagelijkse sociale leven van mensen. Deze zorg krijgt mee vorm door de inzet van vele mantelzorgers, ze geven zin en kleur aan het leven van de zorgvrager. Professionele zorg ondersteunt die participatie en betrokkenheid." Minister Vandeurzen gebruikt regelmatig het model van de Wereldgezondheidsorganisatie omtrent persoonsgerichte en geïntegreerde zorg in zijn beleidsteksten (zie Figuur 1). Dit model positioneert de mantelzorger, familie, vrijwilligers en buurt als eerste beschermende cirkel rond de persoon met een zorgnood die centraal staat. Pas nadien is er de professionele zorg- en dienstverlening.



Figuur 1. Conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg (welzijn en zorg) (World Health Organization, 2015)

Ook in Nederland staat het belang van informele zorg en mantelzorg voorop en probeert het beleid dit door middel van verschillende mantelzorgondersteuningsprojecten te stimuleren en te borgen. Het beleid volgt de ontwikkeling richting een persoonsgerichte en geïntegreerde zorg steeds meer. Momenteel is een actuele discussie omtrent persoonsgerichte zorg en de daaraan gekoppelde kwaliteit van zorg gaande. Vroeger bepaalde de professional of zorgorganisatie vaak wat kwaliteit was, maar vandaag de dag wordt de door zorgvragers zelf ervaren kwaliteit van zorg steeds belangrijker. Met een goede kwaliteit van zorg wordt bijgedragen aan de kwaliteit van leven. Bij persoonsgerichte zorg komt de kwaliteit van leven dus centraal te staan en niet de beperking of de aandoening.

Gezien het aantal ouderen in Vlaanderen en Nederland zal groeien de komende decennia, zal ook het aantal ouderen dat zich in (complex) kwetsbare situaties bevindt, toenemen. Met de huidige beleidsfocus 'ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen' is er aldus een grote nood aan alternatieve, innovatieve oplossingen opdat niet louter 'ageing in place' maar wel '**ageing well in the right place**' kan gerealiseerd worden. Zo lang mogelijk thuis wonen, lukt immers in bepaalde (kwetsbare) situaties niet omwille van te weinig zelfredzaamheid, een slechte fysieke gezondheid, het verlies van sociale contacten, overbelaste mantelzorg, een oncomfortabele woning, een onaangepaste woonomgeving, gevoelens van onveiligheid, cognitieve achteruitgang, of omwille van andere noden. Deze vormen van kwetsbaarheid worden meestal niet tijdig vastgesteld, noch preventief en proactief benaderd.

D-SCOPE onderzocht hoe ouderen, indien mogelijk en wenselijk, kwaliteitsvol oud kunnen worden in de eigen woonomgeving. Daarbij bleek dat men vanuit beleid focus moeten durven leggen op een **preventieve aanpak**, waar kwetsbaarheid (balans) vroeger wordt gedetecteerd zodat ouderen en hun mantelzorgers ook vroeger zorg, hulp en ondersteuning kunnen zoeken en vinden. Het uiteindelijke doel van die preventieve acties is om de levenskwaliteit van (kwetsbare) ouderen te versterken. Die preventieve, pro-actieve, outreachende blik vraagt vaak een mentaliteitswijziging bij professionals.

De zesde staatshervorming

Sinds 1 juli 2014 is Vlaanderen volledig bevoegd voor het beleid met betrekking tot de residentiële ouderenzorg, het prijzenbeleid in de ouderenvoorzieningen, de zorgfinanciering en normering van rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagverzorging en centra voor niet aangeboren hersenaandoeningen, alsook voor de Tegemoetkoming voor de Hulp aan Bejaarden (THAB), het beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen en bepaalde revalidatieconventies en gespecialiseerde ziekenhuizen. Verder werd ook de organisatie en ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg een bevoegdheid van de gemeenschappen, en werd gezondheidspreventie een volledige bevoegdheid van de gemeenschappen. De overheid ziet deze veranderingen als een mogelijkheid om een **meer homogeen en integraal welzijns- en zorgbeleid** te voeren.

De samenspraak en afstemming met het federaal beleid blijft echter noodzakelijk. Vlaanderen is immers niet voor de gehele gezondheidszorg ten aanzien van ouderen bevoegd. De thuisverpleegkunde, de huisartsgeneeskunde, diverse andere gezondheidsberoepen (vb. diëtetiek, kinesitherapie, logopedie, farmaceutische zorgverlening,...) en de geriatrische ziekenhuiszorg (geriatrisch zorgprogramma) worden gefinancierd vanuit de ziekteverzekering en zijn bijgevolg een federale bevoegdheid gebleven.

Diverse overgangsprotocolen tussen de gemeenschappen en de federale overheid zorgen ervoor dat de feitelijke bevoegdheidsoverdracht geleidelijk aan wordt gerealiseerd. Vlaanderen kiest ervoor in een eerste fase de bevoegdheden en de daaraan verbonden regelgeving en financiering in te kantelen in bestaande of, waar nodig, nieuwe structuren. Zo beoogt het financiële luik van de overgedragen bevoegdheden (RIZIV-zorgfinanciering en THAB) te integreren in een systeem van Vlaamse Sociale Bescherming met een op te richten **Vlaams Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming** (Kabinet van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2016).

Het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd na de zesde staats-hervorming een belangrijke(re) pijler van het Vlaamse beleid. Het departement zal immers voortaan een budget van elf miljard euro beheren (cf. het volledige Vlaamse budget bedraagt ongeveer 39 miljard euro) (De Ridder & Van Moerkerke, 2014).

Een belangrijke verandering is dat het preventie-luik met de zesde staats-hervorming een volledige gemeenschapsbevoegdheid werd. Binnen deze omschakeling kan de D-SCOPE methodiek een belangrijke rol spelen. Het doel van de D-SCOPE methodiek is immers om preventief thuiswonende ouderen met een risico op kwetsbaarheid te detecteren en te ondersteunen, zodoende dat de personen die momenteel door de mazen van het net vallen en niet bereikt worden, hun rechten verkend worden en zij toch de juiste hulp of ondersteuning kunnen krijgen.

Transitie van langdurige zorg in Nederland

In Nederland wordt de overgang van de algemene wet bijzondere ziektenkosten (AWBZ), naar de andere wetten 'transitie' genoemd. Omwille van deze **decentralisatie** van bevoegdheden binnen welzijn, krijgen lokale besturen een steeds belangrijker rol om binnen hun gemeente, wijk, buurt, oftewel om binnen de lokaliteit aan de slag te gaan voor de organisatie van zorg en welzijn (Rijksoverheid, 2018). Zo is het ondersteunen van mensen met een beperking of ziekte en ouderen de taak van de gemeente volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015. De gemeente biedt zowel algemene voorzieningen als maatwerkvoorzieningen (bijvoorbeeld ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten).

Andere wetten die tot deze transitie behoren zijn onder meer de jeugdwet. Hierbij is ook de gemeente verantwoordelijk voor bijna alle zorg en ondersteuning, de zorgverzekeringswet en de wet langdurige zorg. Binnen de zorgverzekeringswet krijgt de wijkverpleging een belangrijke focus, om ouderen of mensen met een ziekte of beperking zo lang mogelijk thuis te laten wonen. De wijkverpleging werkt samen met de huisartsenzorg en de maatschappelijke ondersteuning vanuit de gemeente. Tot slot regelt de wet langdurige zorg ondersteuning voor mensen die levenslang zorg nodig hebben. Dit kan thuis of in een zorginstelling voor mensen die permanent (24 uur per dag) zorg in de nabijheid nodig hebben (Rijksoverheid, 2018).

Focus op de lokaliteit

Binnen het sociaal beleid kunnen lokale besturen in Vlaanderen een belangrijke rol spelen in het optimaal op elkaar afstemmen van vraag en aanbod, als ook van verschillende beleidsdomeinen. Minister Vandeurzen (2018, p. 6) stelt in zijn inspiratienota *Zorgzame Buurten* bijvoorbeeld: “*De noodzaak van krachtenbundeling op het lokale niveau om (kwetsbare) personen en zorgbehoevende beter te ondersteunen wordt steeds meer onderschreven.*” Verschillende huidige tendensen en visies hebben dan ook betrekking op het belang van de lokaliteit, zoals de ontwikkeling van leeftijds- en dementievriendelijke gemeenten, buurtgerichte zorg of projecten rond zorgzame buurten.

Leeftijds- en dementievriendelijke gemeenten

Steeds meer gemeenten zetten zich in voor de ontwikkeling van een leeftijds-vriendelijke of in verbijzondering dementievriendelijke gemeente. Een leeftijds-vriendelijke omgeving kan worden gedefinieerd als: “*Een leefomgeving die het proces van actief ouder worden stimuleert, door het optimaliseren van kansen door het bevorderen van de gezondheid, participatie en veiligheid, met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van leven wanneer mensen ouder worden*” (World Health Organization, 2007).

Sinds 2004 voert de Brusselse onderzoeksgroep, ‘Belgian Ageing Studies’ onderzoek uit in Vlaanderen naar de leefsituatie, noden en behoeften van thuiswonende 60-plussers. Dit ouderenbehoefteonderzoek ondersteunt gemeenten bij de ontwikkeling van een lokaal, evidence-based ouderenbeleid door middel van een instrument dat de leefsituatie en levenskwaliteit van thuiswonende 60-plussers in kaart brengt. Het vormde doorheen de jaren vaak een eerste stap in het ontwikkelen van een inclusieve, leeftijdsvriendelijke omgeving (De Donder e.a., 2016; Verté & De Witte, 2015). Sinds 2015 kreeg zowel de VLOR (Vlaamse Ouderenraad) als de VVSG (Vereniging Vlaamse Steden en Gemeenten) erkenning van de Vlaamse Regering als partnerorganisatie binnen het convenant over de stimulering van een inclusief Vlaams ouderenbeleid en de beleidsparticipatie van ouderen. Zij hebben de opdracht om lokale besturen te ondersteunen bij de ontwikkeling van leeftijds-vriendelijke gemeenten.

In Nederland streeft de overheid ook naar de ontwikkeling van leeftijds- en dementievriendelijke gemeenten. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) (s.d.) doet onderzoek naar het sociaal en cultureel welzijn van de inwoners in Nederland, waarbij expliciete aandacht wordt besteed aan de 55-plussers. De voorbije jaren heeft het SCP tal van rapporten omtrent thuis- en in instellingen wonende kwetsbare ouderen uitgebracht. Door middel van deze rapporten kan het Planbureau beleidskeuzes monitoren en beïnvloeden (SCP, s.d.).

Buurtgerichte zorg en de zorgzame buurt

In het voorjaar van 2015 kwamen een aantal mensen uit het zorg en welzijnsland-schap samen om na te denken over een aantal huidige maatschappelijke uitdagingen. Het begrip buurtgerichte zorg werd naar voor geschoven als mogelijke oplossingsstrategie. Buurtgerichte zorg is een toekomstmodel voor de organisatie van

het ondersteunings-, hulp- en zorgaanbod in Vlaanderen, om zo de hulp en zorg voor iedereen bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar te houden. Dit model biedt kansen om de kwaliteit van leven te verhogen en de kosten van de hulp- en zorgverlening te doen dalen. Het beoogt een samenhangende én buurtgerichte aanpak van wonen, zorg en welzijn, waarbij de cliënt centraal staat. Het doel van Buurtgerichte Zorg is een structurele, permanente samenwerking uit te bouwen tussen de verschillende partners. Binnen dit model stuurt de buurtzorgregisseur de lokale samenwerking aan tussen alle partners, hij is de spilfiguur in het lokale netwerk (Bekaert e.a., 2016).

Buurtgerichte zorg als organisatie-model heeft tot op heden echter nog geen regelgevend kader. De inspiratienota 'Zorgzame Buurten' wil wel verder aanzet geven tot doordenken over buurgerichte zorg als organisatie-model in nauwe samenwerking met verschillende sectoren en beleidsdomeinen (Vandeurzen, 2018). Opvallend is dat het voorontwerp van decreet over woonzorg en het decreet lokaal sociaal beleid sterk de nadruk leggen op het belang van buurtgerichte initiatieven. Buurtgericht werken wordt gezien als een opdracht voor alle woonvoorzieningen en zal per type voorziening zijn vertaalslag krijgen in verschillende functies. Zo verschuift ook de nadruk van verplichte activiteiten voor lokale dienstencentra sterk naar een buurtgerichte aanpak. De lokale dienstencentra vormen daarbij een kernactor binnen de zorgzame buurt.

Zorgzame buurten geven vorm aan de vermaatschappelijking van de zorg, maar evengoed kan de vermaatschappelijking van de zorg niet zonder buurtgericht werken en denken. De inspiratienota *Zorgzame Buurten* (Vandeurzen, 2018, p. 6) stelt: *"De zorgzame buurt beoogt een samenhangende én buurgerichte aanpak van wonen, zorg en welzijn opdat de persoon met een ondersteuningsnood zo lang mogelijk thuis of in de vertrouwde omgeving kan blijven wonen"*. Ook in Nederland focust het zorgbeleid steeds meer op integraal wijk- en buurgericht werken waarbij een zorgzame en ondersteunende omgeving rond de zelf ook empowerde persoon en diens mantelzorgers centraal komt te staan. De WMO ondersteunt deze visie waarbij gemeenten steeds meer ondersteunend focussen op buurtgerichte en informele zorg. Binnen het voorgestane model van de wijkverpleging kan de wijkverpleegkundige optreden als 'dispatcher' en de verbinding maken tussen het zorgdomein en het sociale domein om zo tot een proactieve ondersteuning te komen van de oudere zorgvrager, met vooropstelling van de eigen regie.

D-SCOPE betreft ook de ruime, concrete leefsituatie van ouderen mee. Door (de leefomgeving van) ouderen te ondersteunen, kunnen we hun levenskwaliteit mede verhogen. D-SCOPE legt hiermee de basis voor de empowerde zorgvrager die zoveel mogelijk in regie moet blijven. Daarbij betrekken we volop de lokale (net)werking en de buurt. Sterke buurten, waar een hoge mate van betrokkenheid en cohesie is, kunnen kwetsbare ouderen sterker maken. Ouderen hebben dus nood aan lokale en persoonsgebonden ondersteuning. Dit betekent dat wat noodzakelijk is voor een bepaalde buurt in Gent niet meteen toepasbaar is in een buurt in Tienen en dat iedere leefsituatie én levensloop van ouderen een specifieke aanpak vereist.

D-SCOPE onderstreept ook het belang van de ondersteuning van informele zorg (mantelzorgers en vrijwilligers) en het belang van de samenwerking tussen deze informele zorgverstrekkers en de formele zorgverstrekkers binnen de lokaliteit. Het betrekken van niet-evidente sleutelfiguren (bijvoorbeeld de postbode, de kapper of de cafébaas) bij de detectie van kwetsbare ouderen kan tegemoetkomen aan een zorgzame buurt.

Tot slot toont het onderzoek ook aan dat de D-SCOPE methodiek het best gedijt in een buurt waar een samenwerking is tussen de verschillende welzijns- en zorgactoren. Er was steeds een "trekkende" organisatie (vb. het OCMW of de mutualiteit), maar een breed draagvlak, en samenwerking met andere organisaties bleek een belangrijke randvoorwaarde.

Hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen

Achtergrond

Wanneer bij thuiswonende ouderen zorgnoden complexer worden, wordt de eerstelijnszorg ingeschakeld. Aangezien de oudere populatie stijgt en zorgnoden toenemen, is het van belang om op een kwaliteitsvolle eerste lijn te kunnen rekenen. De Vlaamse overheid vond het belangrijk om dit te erkennen en de structuren hierop af te stemmen. Hierbij wil het Vlaams beleid werk maken van een vereenvoudiging, integratie en meer efficiëntie van organisaties en structuren. Dit moet een antwoord bieden op verschillende ontwikkelingen zoals de vergrijzing, toename van chronische aandoeningen, stijging van multimorbiditeit (waarbij zorgtrajecten met focus op één aandoening niet volstaan), de toename van kwetsbare mensen, kritische burgers, de wijzigende maatschappelijke context, de sociale gezondheidskloof en nog tal van andere uitdagingen (Agentschap zorg en gezondheid, 2017).

De verscheidenheid en hoeveelheid van vragen waar ouderen mee kampen, overstijgt soms de mogelijkheden van de huidige aanpak en organisatie van thuiszorgdiensten. De kwetsbaarheid en complexiteit zit dan niet zozeer in de persoon of de situatie (alhoewel soms), maar meestal in de oplossing: door de versnippering van de zorgorganisatie(s) en door de non-flexibiliteit in hun werking ontstaan soms schrijnende situaties (De Donder e.a., 2017). Hierdoor weet de persoon met een zorgvraag niet altijd hoe zijn of haar zorg te organiseren en kan de weg kwijt raken.

Het Vlaams zorglandschap is eigenlijk te onoverzichtelijk en gefragmenteerd geworden om met de recente ontwikkelingen om te gaan (Agentschap zorg en gezondheid, 2017). Er is ook de dag van vandaag nood aan een verschuiving van een ziektegeoriënteerde zorg, naar een zorg die focust op de doelen en keuzes van de patiënt (Boeckxstaens, 2014). Zulke persoonsgeoriënteerde zorg zou vrij moeten zijn van fragmentatie (De Lepeleire, 2016). Dit betekent voor de eerstelijnszorg (herorganisatie) een belangrijke rol in het vermijden van versnippering van de zorg. Daarnaast worden zowel de zesde staatshervorming als de hervorming van

het ziekenhuislandschap aangehaald als opportuniteiten om de hervorming van de eerste lijn door te voeren (Agentschap zorg en gezondheid, 2017).

Geïntegreerd Breed Onthaal

Binnen de hervorming van de eerste lijn is er de invoering van een **Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO)**. De lokale besturen krijgen de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid van de hulp te verhogen door intersectoraal de krachten te bundelen, zodat iedereen, en in het bijzonder de meest kwetsbaren (zoals ouderen, zieken, personen met een handicap, personen in armoede), snel en binnen een aanvaardbare afstand, de weg vinden naar hulp via een GBO. Dit onthaal bestaat uit het OCMW, CAW en de erkende diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Een toegankelijk onthaal is neutraal ten aanzien van het eigen of ander hulp- en dienstverleningsaanbod, bekend en bijgevolg snel herkenbaar, zichtbaar en proactief voor de burger. Een GBO doet aan rechten verkennen, rechten realiseren, hulpvragen verhelderen en doorverwijzen, en krijgt onder meer de opdracht om outreachend te handelen naar kwetsbare groepen (Vlaams Parlement, 2017).

D-SCOPE ontwikkelde een methodiek om lokale organisaties te ondersteunen om vroegtijdig, outreachend aan detectie te doen. Deze methodiek dient als basis voor het helder krijgen van de mogelijkheden en capaciteiten van de oudere zelf, dienst behoeften en de inzet van de gepaste hulp en ondersteuning. De methodiek werd reeds getest door OCMW's en diensten maatschappelijk werk van een ziekenfonds. Mogelijks biedt dit ook een mogelijkheid voor de GBO-werking.

Zorgcoördinatie-casemanagement

Binnen de hervormingen van de eerste lijn is er ook een belangrijke functie weggelegd voor de zorgcoördinatie en case-management.

De **interdisciplinaire samenwerking** en de rol van zorgcoördinator wordt als volgt beschreven binnen de visietekst zorgcoördinatie en functie casemanager omtrent de hervormingen van de eerstelijnszorg: *“De persoon beluisteren en proberen in woorden te gieten wat dat leven voor hem of haar betekent. De zorg staat in het teken van de persoon, niet in het teken van zijn ziekte en zijn beperkingen. Het **maximaliseren van de gewenste levenskwaliteit** moet voorop staan. Het is aan de zorgaanbieders om samen met de persoon met een zorgnood op weg te gaan en te zoeken naar een gepast antwoord. Het is belangrijk om in een integrale zorgbenadering **uit te gaan van de levensdoelen** die een persoon zich stelt. Deze levensdoelen geven weer wat die persoon belangrijk vindt om te realiseren in zijn leven.” (Vlaamse Overheid, 2017)*

De visie vanuit D-SCOPE sluit hier volledig bij aan en tracht daarom het welbevinden van ouderen in kaart te brengen. Het onderzoek toont aan dat levenstevredenheid, zingeving en gevoel van controle over het eigen leven, belangrijke componenten binnen welbevinden zijn. Langer thuis kunnen blijven wonen met ondersteuning van zorg geeft geen garantie op het bewaren van onafhankelijkheid en maatschappelijke inclusie, terwijl dit net de zaken zijn die belangrijk zijn voor 'ageing well in the right place'.

Vervolgens is het **coördineren van de zorg** geen nieuwe discipline maar een rol die bij voorkeur door de persoon met een zorgnood wordt opgenomen. Indien dit niet mogelijk is, kunnen zijn mantelzorger of een professionele zorgaanbieder van het zorgteam deze rol opnemen. Het uitgangspunt hierbij is de vrije keuze van de patiënt.

Het streefdoel is dat het zorgteam te allen tijde de verantwoordelijkheid behoudt over het zorgproces. De **casemanagementfunctie** vormt een tijdelijke ondersteuning voor het zorgteam door een professional. Deze bijkomende ondersteuning is strikt voorbehouden voor personen met een zeer grote en complexe zorgnood. De casemanagementfunctie kan alleen op vraag van het zorgteam tijdelijk ondersteuning bieden en behoort zelf niet tot het zorgteam. Volgens de Casemanagement Society of America is casemanagement *“een collaboratief proces van evaluatie, planning, zorgcoördinatie, evaluatie en belangenbehartiging, opdat de opties en diensten aan de globale gezondheidsbehoeften (en wensen) van de persoon en zijn omgeving beantwoorden, via communicatie en beschikbare hulpmiddelen, om kwaliteitsvolle en kost-effectieve resultaten te bevorderen.”* (Katholieke Universiteit Leuven, Universiteit Antwerpen, & Université Catholique de Louvain, 2017, p. 116). Concrete voorwaarden omtrent deze casemanagementfunctie binnen de eerste lijn zijn in volle bespreking met de sector (Vlaamse overheid, 2017).

In Nederland is de discussie omtrent de casemanagementfunctie tot op heden aan de gang voor thuiswonende ouderen met dementie. In de reguliere ouderenzorg wordt deze functie toebedeeld aan de wijkverpleegkundige, die samen met de huisarts het kernteam vormt van de eerstelijnsgezondheidszorg. De wijkverpleegkundige legt ook de verbinding met het sociale domein. De professionele eerstelijnszorg en ook de professionele zorg vanuit het sociale domein komen steeds sterker in beeld als de informele zorg dreigt vast te lopen en ondersteuning behoeft. Daarbij kunnen het kernteam van de eerstelijnszorg en ook de professionals van het sociale domein ondersteund worden door consultatieve ondersteuning en advisering door professionals uit de tweede lijn (medisch specialisten die ambulantly in de eerstelijnszorg opereren) en derde lijn (professionals vanuit verpleeghuizen) die de eerstelijnszorg eveneens kunnen ondersteunen.

Binnen de D-SCOPE methodiek spreken we van een **dispatcher-functie**. Deze persoon organiseert de pro-actieve detectie van kwetsbaarheid bij ouderen, en zorgt in samenspraak met de persoon met een zorgnood en zijn of haar omgeving voor een warme doorverwijzing en toeleiding naar de juiste hulpverlening. Deze functie is dus aan het werk voor we spreken van een zorgcoördinator en casemanager. We kunnen dus stellen dat er bijzondere verschillen zijn tussen deze rollen en functies (zorgcoördinator - casemanagement - dispatcher) en dat zij elkaar kunnen aanvullen.

BelRAI als inschaling versus kwetsbaarheidsbalans-instrument als screening

Doorheen de jaren kregen we regelmatig de vraag waarin het instrument dat we gebruiken binnen D-SCOPE-huisbezoeken anders is dan de BelRAI (Belgian Resident Assessment Instrument) en de bijhorende BelRAI-screener. Daarom een kort overzicht.

BelRAI

Vlaanderen werkt, conform het regeerakkoord, samen met de federale overheid aan een gestandaardiseerde en gestructureerde schaal voor het meten van zorgbehoefendheid. Wie als burger vandaag wil genieten van tegemoetkomingen of van de juiste zorg, moet zich nu vaak richten tot verschillende instanties die elk afzonderlijke inschalingsinstrumenten gebruiken. De BelRAI moet ervoor zorgen dat een persoon met een zorgnood slechts één inschaling moet ondergaan. Ook het samenbrengen van de verschillende financieringen voor zorg in één systeem van Vlaamse Sociale Bescherming, gaat gepaard met een betere beoordeling van de zorgnood. Bedoeling van dit inschalingsinstrument is om de burger eenvoudiger van zijn recht op een tegemoetkoming of zorg te laten genieten. Het doel van de BelRAI is het bepalen van benodigde interventies omtrent zorgondersteuning. Bijhorend wordt de BelRAI screener ontwikkeld. Dit is een kort screeningsinstrument dat toelaat om op vijftien minuten tijd te bepalen welke personen een volledige BelRAI-beoordeling nodig hebben.

Een pilootproject in Dendermonde moet uittesten of alle voorwaarden vervuld zijn om de BelRAI in te voeren in de zorgverzekering, de thuiszorg en de woonzorgcentra. Na evaluatie van het pilootproject wordt beslist vanaf wanneer het systeem voor Vlaanderen kan worden veralgemeend en onder welke voorwaarden. De bedoeling is dat dit BelRAI instrument op termijn heel wat voordelen zal opleveren zoals het beter garanderen van de continuïteit en kwaliteit van zorg, automatische rechtentoekenning, slechts één inschaling etc.

CFAI- plus

Het D-SCOPE screeningsinstrument vertrekt vanuit de CFAI-plus (Comprehensive Frailty Assessment Instrument - plus) en heeft als doel vroegdetectie om thuiswonende personen met een (beginnende) kwetsbaarheid te ondersteunen binnen een interdisciplinaire benadering. Niet enkel wordt de fysieke kwetsbaarheid belicht, maar ook psychische, cognitieve, sociale en omgevingskwetsbaarheid worden in kaart gebracht. Vergelijkbare instrumenten in Nederland zijn de GFI (Groningen Frailty Indicator) en de TFI (Tilburg Frailty Indicator). De CFAI-plus onderscheidt zich van deze instrumenten doordat zij als enige een gelijke 'zwaarte' toekent aan de verschillende vormen van kwetsbaarheid. Ook al zijn er verschillende 'multidimensionale' schalen, deze vertrekken meestal van een groot aandeel vragen die peilen naar fysieke kwetsbaarheid, aangevuld met slechts enkele items die psychische, cognitieve, sociale en omgevingskwetsbaarheid in kaart brengen. De CFAI-plus behandelt elke vorm van kwetsbaarheid als gelijkwaardig.

Kwetsbaarheidsbalans-instrument

D-SCOPE ontwikkelde ook een kwetsbaarheidsbalans-instrument. Dit is een meet-instrument waarbij niet enkel de kwetsbaarheden van ouderen (gemeten via de CFAI-plus), maar ook hun sterktes en competenties in kaart worden gebracht, als ook de sterktes en competenties van hun omgeving. Een oudere kan namelijk ondanks de aanwezigheid van kwetsbaarheid (op fysiek, psychisch, cognitief, sociaal en/of omgevingsvlak) toch een goede levenskwaliteit, gevoel van zingeving en autonomie hebben, en een goede uitkomst op 'ageing well in the right place'. De kwetsbaarheidsbalans kan positief zijn wanneer de balancerende factoren sterker zijn dan de kwetsbaarheid, maar kan ook negatief zijn wanneer de balancerende factoren niet voldoende zijn om succesvol om te gaan met kwetsbaarheid. Deze balancerende factoren kunnen individueel zijn of gelinkt aan de omgeving.

De BelRAI is een inschalingsinstrument.

Het kwetsbaarheidsbalans-instrument wordt gebruikt als selectie-instrument: wie zou er baat kunnen hebben bij een preventief huisbezoek?

Referenties

- Agentschap zorg en gezondheid. (2017). *Conceptnota: Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnszorg.pdf>
- Bekaert, A., Denys, B., De Muynck, J., De Vriendt, T., Foriers, L., Moons, S., e.a. (2016). *Buurtgerichte Zorg. De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel*. Brussel: VVDC & Kenniscentrum Woonzorg Brussel.
- Boekholdt, M. (2011). Ouderenzorg en gemeenschapsvorming. In C. Smits, M. Hettinga & A. Mulder (Eds.), *Communities van en voor ouderen: een wereld van kansen* (pp. 8-20). Den Haag: Boom Uitgevers.
- Boeckxstaens, P. (2014). *Multimorbidity: A quantitative and qualitative exploration in primary care*. Gent: Universiteit Gent, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg.
- De Donder, L., Verté, D., & De Witte, N. (2016). Belgian Ageing Studies: participatief actie-onderzoek naar en met ouderen. *Sociologos, 1*, 20-33.
- De Donder, L., Smetcoren, A.-S., Dury, S., Van Regenmortel, S., Lambotte, D., Duppen, D., e.a. (2017). *Zorginnovatie in Vlaamse proeftuinen: Onderzoek naar Actief Zorgzame Buurten in Brussel en Antwerpen*. Brussel: Belgian Ageing Studies.
- De Lepeleire, J. (2016). Person-Centered Health Care without Fragmentation. In V. Achten, G. Bouckaert & E. Schokkaert (Eds.). *A truly golden handbook: The scholarly quest for Utopia* (pp. 144-154). Leuven: Leuven University Press.
- De Ridder, A., & Van Moerkerke, B. (2014, 6 juni). Ouderenzorg en de staatsvorming. *Lokaal, 36*.
- Kabinet van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2016). *Conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/vlaams-welzijns-en-zorgbeleid-voor-ouderen-dichtbij-en-integraal-visie-en-veranderagenda-conceptnota>
- Kabinet van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2017a). *Conceptnota. Residentiële ouderenzorg, een echte thuis voor kwetsbare personen. Een stevige uitdaging voor de samenleving én zorgaanbieders*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/residentiële-ouderenzorg-een-echte-thuis-voor-kwetsbare-personen-conceptnota>

- Kabinet van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2017b). *Nabije zorg in een warm Vlaanderen. Vlaams Mantelzorgplan 2016 -2020*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/nabij-zorg-in-een-warm-vlaanderen-vlaams-mantelzorgplan-2016-2020>
- Katholieke Universiteit Leuven, Universiteit Antwerpen, & Université Catholique de Louvain. (2017). *Aanbevelingen in verband met de verderzetting van interventies op basis van de evaluatie van projecten in Protocol 3*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/wetenschappelijk_rapport_protocol3_01.pdf
- Koops, H., & Kwekkeboom, M.H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg*. Den Haag: Sociaal en cultureel planbureau.
- Kwekkeboom, R. (2004). *De waarde van vermaatschappelijking*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <https://www.kennisplein.be/Documents/Pages/De-waarde-van-vermaatschappelijking/RickKwekkeboom-1.pdf>
- Linders, L. (2007). *Niet de sterkste schouders. Sociale interventie*, 16 (2), 13-24.
- Löfqvist, C., Granbom, M., Himmelsbach, I., Iwarsson, S., Oswald, F., & Haak, M. (2013). Voices on relocation and ageing in place in very old age – A complex and ambivalent matter. *The Gerontologist*, 53 (6), 919-927.
- Rijksoverheid (2018, 30 augustus). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
- Smetcoren, A.S. (2016). *'I'm not leaving!?' Critical perspectives on 'ageing in place'*. Zelzate: University Press.
- Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). (s.d.). *Rapportage ouderen*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op https://www.scp.nl/Publicaties/Terugkerende_monitors_en_reeksen/Rapportage_ouderen
- Solinge, H. (2015). Het merendeel van de ouderen woont zelfstandig tot op hoge leeftijd. *Geron*, 17 (2), 30.
- Van den Heuvel, B. (2014). Over de kwetsbaarheid van 'vermaatschappelijking van de zorg'. *De gids op maatschappelijk gebied*, 105 (1), 11-16.
- Vandeurzen, J. (2018). *Zorgzame buurten. Inspiratienota*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/inspiratienota%20Zorgzame%20Buurt.pdf>
- Verté, D., & De Witte, N. (2015). *Belgian Ageing Studies : 10 jaar onderzoek voor en door ouderen*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- Vlaams Parlement. (2017). *Ontwerp van decreet betreffende het lokaal sociaal beleid*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1348978>
- Vlaamse overheid. (2017). *Conferentie eerstelijnszorg. Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnszorg.pdf>
- World Health Organization. (2004). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older adults*. Published by WHO Centre for Health Development. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf
- World Health Organization. (2007). *Globe age-friendly cities: A guide*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547307_eng.pdf
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026*. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op http://africahealthforum.afro.who.int/IMG/pdf/the_global_strategy_for_integrated_people_centred_health_services.pdf

Deel 2

Kostenraming

Inleiding: internationale literatuur

Gezien de stijgende kosten in de gezondheidszorg wordt er gezocht naar nieuwe financieringssystemen die kostenbesparend werken. Hoewel de relatie tussen een vergrijzende bevolking en de groei in gezondheidszorguitgaven eerder complex van aard is (Anderson & Hussey, 2000; Rechel e.a., 2013), kunnen preventieve methoden toch soelaas bieden. Preventie biedt voordelen op lange termijn zoals het voorkomen of verlaten van de nood aan gespecialiseerde en vaak duurere zorg (Chatterji e.a., 2015; Jacobzone, 2000; Markle-Reid & Browne, 2003; Rechel e.a., 2013; Tinker, 2002). Echter komt dit niet altijd in onderzoek naar voren. Kosteneffectiviteitsstudies met betrekking tot de preventie van kwetsbaarheid meten vaak effecten en kosten op korte termijn, bv. zes maanden, één jaar of twee jaar (Fairhall e.a., 2015; Jutkowitz e.a., 2012; Looman e.a., 2016; Melis e.a., 2008; Metzselthin e.a., 2015; Ruikes e.a., 2018), waardoor er geen verschil met de gewone zorgverlening of zelfs een hogere kost gemeten wordt (Richardson, 2012; Weatherly e.a., 2009). Op korte termijn betekent dit immers dat men meer mensen zal bereiken en meer mensen hulp gaat geven. Uit de studie van Counsell e.a. (2009) bleek dat hun interventie gericht op kwetsbare ouderen de eerste twee jaar geen significant verschil vertoonde qua zorgkosten in vergelijking met de controle-groep. Pas in het derde jaar werden kostenbesparingen opgemerkt, door een verminderd aantal spoedopnames en hospitalisaties bij de interventiegroep, hoewel er toch een verhoogd gebruik van chronische en preventieve zorg vastgesteld werd. Evidentie over de preventie van kwetsbaarheid is met andere woorden schaars en er kunnen ook geen eenduidige conclusies getrokken worden (Blom e.a., 2018; Ruikes e.a., 2018).

Het vroegtijdig detecteren van kwetsbaarheid verhoogt echter wel de kans op het behoud van een goede fysieke en mentale gezondheid, op tijdige toeleiding naar de juiste ondersteuning en zorg en op de mogelijkheid om langer thuis te kunnen wonen (Frost e.a., 2018; Vellas, 2013). De voortgang naar een zwaar kwetsbaar profiel kan worden uitgesteld of zelfs gestopt, zodat specialistische hulp, een verhuis naar een woonzorgcentrum of een zware hulpbehoefte veroorzaakt door bv. een valincident vermeden kan worden (Xue, 2011). Ouderen weten vaak niet wanneer het gelegitimeerd is om hulp te vragen (Nicholson e.a., 2013). Het is dus belangrijk om ouderen te informeren over de mogelijkheden die er zijn om langer thuis te wonen (Rechel e.a., 2013). Het idee om iemand aan te stellen voor het verlenen van uitleg en advies over de verschillende mogelijkheden, werd daarom geopperd door zowel zorgverleners als ouderen in het onderzoek van Frost e.a. (2018). Browne e.a. (2009) geven ook aan dat zorg die niet voldoet of niet tegemoet komt aan de noden van een cliënt, zeer duur is. Ook Kehusmaa e.a. (2012) wijzen erop dat het ontvangen van de juiste ondersteuning en sociale dienstverlening de nood aan gezondheidszorg kan verminderen. Het ontbreken van de nodige ADL-ondersteuning bij thuiswonende ouderen gaat bv. gepaard met een verhoogd gebruik van acute zorgverlening en ook een verhoogde kans op hospitalisatie (Wang e.a., 2016).

Voor de detectie van kwetsbaarheid werd in het D-SCOPE project het Comprehensive Frailty Assessment Instrument-plus (CFAI-plus) gebruikt, welke fysieke, psychische, cognitieve, sociale en omgevingsfactoren in kaart brengt. Dit betekent dat de aangeboden ondersteuning, op verschillende domeinen betrekking kan hebben. De methode van D-SCOPE voldoet zo aan de drie kenmerken van succesvolle strategieën volgens Browne e.a. (2009):

- Coöperatief en intersectoraal, waarbij fysieke aspecten gekoppeld worden aan sociale interventies, geestelijke gezondheid en andere diensten.
- Comprehensief en holistisch, waarbij de persoon in zijn/haar volledige context wordt bekeken, net zoals zijn/haar familie.
- Proactief, waarbij men naar de mensen zelf gaat om hen de mogelijkheden die er bestaan toe te lichten.

Gezien de methode van D-SCOPE meer gedetailleerd wordt toegelicht in cahier 2 (draaiboek), zal er hier niet dieper op ingegaan worden. Het doel van deze tekst is om een beeld te geven van het kostenplaatje. Hoeveel kost het gebruik van de D-SCOPE methodiek nu?

Methodologie

Om het kostenplaatje te berekenen werd informatie uit zowel kwalitatieve als kwantitatieve databronnen gehaald. Enerzijds werden er focusgroepen, documentanalyses en korte bevestigingen (vb. met vrijwilligers, dispatchers, huisbezoekprofessionals) gebruikt om de activiteiten van de verschillende actoren in kaart te brengen. Anderzijds werden de gegevens uit de afgenomen vragenlijsten met ouderen geanalyseerd om de tijdsbesteding van de verschillende actoren in kaart te brengen.

Om de kosten te bepalen werd er gebruik gemaakt van **Time Driven Activity Based Costing** (TDABC). Hierbij wordt enerzijds de praktische capaciteit van de ingezette middelen berekend en anderzijds de kost van de ingezette capaciteit. De loonkost per functieprofiel (ook voor vrijwilligers) wordt berekend en daarna wordt de tijd die er per actor besteed wordt aan het project, in kaart gebracht (Kaplan & Anderson, 2007).

Om het kostenplaatje te bepalen wordt dus de techniek van Kaplan en Anderson (2007) gevolgd. Deze bestaat uit verschillende fases om de benodigde componenten in kaart te brengen.



Fase 1 > Bepalen van de middelengroepen en hun activiteiten

Dit kan teruggebracht worden tot het stappenplan van het D-SCOPE project. Het D-SCOPE project bestaat uit zes stappen, welke uitgevoerd worden door drie functies: de huisbezoekvrijwilliger (Knokke-Heist en Tienen) of verzorgende (Gent), de maatschappelijk werker (die de huisbezoeken II doet) en de dispatcher. De betrokken activiteiten zijn:

1. Voorbereidende fase en gerichte casefinding
2. Preventief huisbezoek I
3. Huisbezoek II: vraagverheldering
4. Warme doorverwijzing
5. Interventie
6. Follow-up

De dispatcher doorloopt alle stappen mee, terwijl de vrijwilliger/verzorgende enkel ingezet wordt voor het preventief huisbezoek I en de maatschappelijk werker enkel voor huisbezoek II en de warme doorverwijzing.

Fase 2 > Bepalen van de kosten van de middelengroepen

Per functie wordt de loonkost bepaald.

De loonkost per uur voor een vrijwilliger werd berekend op basis van het gemiddelde brutoloon in België (3561,17€ in juli 2018) (Stabel, 2017). Hiervan wordt 35% genomen als loonkost voor een vrijwilliger.

Gezien er in de gezondheidszorg gewerkt wordt met baremaschalen dient er ook gekeken te worden naar de anciënniteit van medewerkers. Voor de verzorgende werd er een beroep gedaan op de studie van ING-PROBIS (2017), waarbij de baremieke anciënniteit van verpleegkundigen, verzorgenden en paramedisch personeel in een woonzorgcentrum werd bepaald. Deze lag gemiddeld op 12 jaar voor zowel verzorgend als paramedisch personeel. Voor de bepaling van de anciënniteit van de maatschappelijk werker en de dispatcher wordt er rekening gehouden met de resultaten uit deze studie, maar ook met de baremaschaal (1.55-1.61-1.77 + 2)) die 25 jaar anciënniteit in rekening brengt. 12 jaar is ongeveer de helft en als we uitgaan van een gemixte populatie (zowel jongere als oudere werknemers), geeft dit model de meest accurate voorstelling.

Er werd bij het berekenen van de loonkost geen rekening gehouden met extra toeslagen vanwege nacht- of weekendwerk, gezien de huisbezoeken tijdens de normale werkuren en door de week plaatsvonden. De transportkosten zullen miniem zijn vanwege de korte afstanden die worden afgelegd. Daarnaast gaven ook veel professionals aan dat ze geen gebruik maakten van deze vergoedingen. Om die reden worden deze vergoedingen niet extra bij de loonkost gerekend. De loonkost omvat wel reeds de vergoeding voor woon-werkverkeer.

Functieprofiel	Anciënniteit	Loonkost
Verzorgende	12 jaar	52 165,03
Maatschappelijk werker	12 jaar	60 631,27
Dispatcher	12 jaar	60 631,27

Fase 3 > Bepalen van de capaciteit per middelengroep

Voor het bepalen van de capaciteit van het ingezette personeel wordt 80% productieve tijd gerekend. Dit om te corrigeren voor koffie- en lunchpauzes, vakantiedagen en opleidingsdagen. Dit betekent dat in een 38-uren week iemand slechts 30,40 uren als productief wordt beschouwd, of te wel 6,08 uren per dag.

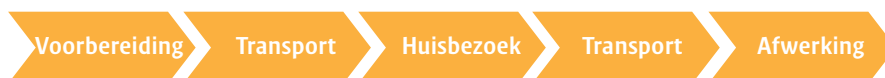
Fase 4 > Berekenen van de kost per tijdseenheid

Wanneer we de kost per functieprofiel en de praktische capaciteit kennen, dan kunnen we de kost per tijdseenheid berekenen. Hierbij houden we rekening met 225 werkdagen op één jaar.

Functieprofiel	Loonkost	Kost/dag	Kost/uur	Kost/minuut
Vrijwilliger			7,45	0,12
Verzorgende	52 165,03	231,84	38,13	0,64
Maatschappelijk werker	60 631,27	269,47	44,32	0,74
Dispatcher	60 631,27	269,47	44,32	0,74

Fase 5 > Bepalen van de benodigde capaciteit per tijdseenheid

De huisbezoeken bestaan uit vijf opeenvolgende fasen. Deze wikkelen zich op de volgende manier af (zie schematische voorstelling):



Er kunnen ook meerdere huisbezoeken na elkaar plaatsvinden bij het preventieve huisbezoek I. Bv. men neemt één straat of wijk in de voormiddag en handelt deze systematisch af om pas daarna terug te keren naar bureau en deze huisbezoeken af te werken.

Voor de dispatchers verloopt het proces zoals uitgelegd bij de D-SCOPE methodiek. Zij zijn gedurende het hele project betrokken bij alle verschillende stappen.

Resultaten

Kosten preventief huisbezoek I

Preventief huisbezoek I werd in het project zowel door vrijwilligers (Knokke-Heist en Tienen), door verzorgenden (Gent) als door de onderzoekers (alle gemeenten) van het project uitgevoerd. Echter niet elke oudere laat een huisbezoek toe, dus het gaat hier om het aantal effectieve huisbezoeken op één dag. Dit betekent het aantal huisbezoeken waarbij de oudere de vrijwilliger of verzorgende binnen laat en de vragenlijst volledig invult.

Belangrijk hierbij op te merken is dat er een beoogd aantal huisbezoeken vastgelegd werd vanaf het begin van het project. Indien het project wordt uitgerold binnen andere gemeenten, zal het beoogde aantal en de tijdscomponent waarbinnen dit behaald dient te worden, minder strak zijn.

Bij 823 huisbezoeken werd geregistreerd hoelang het preventief huisbezoek I duurde. Over het algemeen duurde een huisbezoek gemiddeld 67,5 minuten. Echter is de gemiddelde duur van een huisbezoek bij de vrijwilligers hoger ten opzichte van de verzorgenden. De verzorgenden doen er gemiddeld bijna 15 minuten minder lang over. Dit is een significant verschil⁽¹⁾. Belangrijk hierbij op te merken is dat de verzorgenden deze huisbezoeken extra bij hun takenpakket namen, waardoor de verzorgende deze waarschijnlijk ook sneller moesten afhandelen dan de vrijwilligers. Daarnaast namen de vrijwilligers ook vaak de tijd voor het uitvoeren van de huisbezoeken door er één in de voormiddag en één in de namiddag te plannen. Dit kan ervoor zorgen dat vrijwilligers ook meer ruimte lieten voor uitweidingen.

“Dat was [naam] waar ik zeker drie uur binnen zat en ik wist dat dan [...] op voorhand dat ik daar geen ander moest bijzetten in de namiddag. Maar dan eh, dat ik daar mijnen tijd voor uittrok, [...] Die begon dan over familie en, die had daar behoefte aan: moet je gene koffie? Of blijf nog maar een beetje, want ik ben hier ook maar alleen en zo. [...] Ja, zo. Twee per dag. Eén in de voormiddag, één in de namiddag.” (Vrouw, vrijwilliger, Tienen)

Om die reden zal er gewerkt worden met de gemiddelde duurtijd per functieprofiel, wanneer we de kosten berekenen.

	Totaal	Vrijwilliger	Verzorgende	Onderzoeker
Aantal	823,0	115,0	119,0	588,00
Gemiddelde duur (minuten)	67,5	69,2	55,1	69,67
Standaardafwijking	28,6	22,8	23,2	29,99
Minimum (minuten)	20,0	20,0	20,0	20,00
Maximum (minuten)	360,0	150,0	131,0	360,00

De kost van het preventief huisbezoek I is afhankelijk van het aantal huisbezoeken dat er per dag worden gedaan. Dit werd tijdens de focusgroepen gevraagd aan de betrokkenen. Gemiddeld konden de verzorgenden zo een 1,71 huisbezoeken per dag afleggen en de vrijwilligers 1,44.

Resultaten uit de focusgroep		Aantal	Gemiddelde	Standaardafwijking	Minimum	Maximum
Algemeen	Huisbezoeken per dag	15,00	1,57	0,82	1,00	6,00
Verzorgende	Huisbezoeken per dag	7,00	1,71	1,11	1,00	6,00
Vrijwilliger	Huisbezoeken per dag	8,00	1,44	0,50	1,00	2,00

⁽¹⁾ Met een gemiddelde rangordscore van 140,10 voor vrijwilligers en 95,66 voor verzorgende (Z = -5,077; p = 0,000).

Om de totale kosten in kaart te brengen, hielden we niet alleen rekening met de duurtijd voor een huisbezoek, maar ook met de voorbereiding, het transport heen en terug, en de afwerking:

- Voorbereiding - 15 minuten: *"Ik ben dus met de eerste lichtung begonnen met overal de brieven gaan in de bus te steken. Ik heb er daar wel specifiek voor gezorgd dat ik met kleurstift goed die datum nog eens, eh, onderlijnd had en dus voorop de omslag had ik ook nog eens specifiek de datum opnieuw gezet. En dus, ja, zo ben ik gemakkelijk binnengeraakt bij de eerste personen. Dus ja, dat was wel positief."* (Vrouw, vrijwilliger, Tienen)
"Ik belde de mensen. Ik ging niet aan de deur. Ik zocht het nummer op en ik belde. Het was anders te tijdrovend voor mijn taak als verzorgende dan." (Vrouw, Gent, verzorgende)
- Transport - 15 tot 30 minuten⁽²⁾
- Huisbezoek - 55,09 of 69,15 minuten
(> het gemiddelde voor de verzorgende, en voor de vrijwilliger)
- Tussentijds transport - max 10 minuten
(> vaak werden huisbezoeken in dezelfde wijk gepland)
- Transport - 15 tot 30 minuten
- Afwerking - 10 minuten: Dit omvatte bijvoorbeeld de vragenlijst afgeven aan de dispatcher, of mondeling extra informatie geven. Zo vertelde een vrijwilliger *"Dan waren er toch dingen die, waar je de mensen zelf niet wilt mee kwetsen, ... Hoe moet ik het zeggen, als hun leeftoestand niet oké is of zo. Ja, dan had ik zo wel iets, ik meld dat aan de dispatcher, want dan moesten de professionelen iets doen hè."* (Vrouw, vrijwilliger, Tienen)

Totale kosten met transporttijd van 15 minuten:

	Personeels- kost/min.	Voor- bereiding	Transport (heen)	Huis- bezoek	Transport (terug)	Afwerking	Totaal
Vrijwilliger	0,12	1,86	1,86	8,59	1,86	1,24	15,42
Verzorgende	0,64	9,53	9,53	35,01	9,53	6,36	69,97
Maatschappelijk werker	0,74	11,08	11,08	40,69	11,08	7,39	81,32

Totale kosten met transporttijd van 30 minuten:

	Personeels- kost/min.	Voor- bereiding	Transport (heen)	Huis- bezoek	Transport (terug)	Afwerking	Totaal
Vrijwilliger	0,12	1,86	3,73	8,59	3,73	1,24	19,14
Verzorgende	0,64	9,53	19,07	35,01	19,07	6,36	89,03
Maatschappelijk werker	0,74	11,08	22,16	40,69	22,16	7,39	103,48

⁽²⁾Voor alle gemeenten liggen de wijken vaak op niet meer dan 20 minuten afstand. Rekening houdend met de mogelijkheid dat dit in meer rurale gebieden wel het geval kan zijn wordt er hier rekening gehouden met een range van 15 tot 30 minuten.

Kosten huisbezoek II: vraagverheldering

De professionals beschouwden de huisbezoeken II als passend bij hun takenpakket: *“Als beroepskracht allez, is dat perfect wat we nu doen eigenlijk, binnen onze taken van ouderenzorg eh, ja.”* (Vrouw, Tienen, professional)

Daarnaast blijkt ook uit de focusgroepen dat het project redelijk goed te integreren was binnen het takenpakket van de professionals. Het was soms wel schipperen met de tijd, want de huisbezoeken werden zeker als tijdsintensief ervaren. Soms was er voldoende tijd om deze huisbezoeken af te leggen, soms niet.

“Het is natuurlijk een beetje afhankelijk en tijdsgebonden ook [...] En er zijn periodes geweest dat ik een keer gevloekt heb op die huisbezoeken dat ik dacht van oh nu komt dat er ook nog bij. Er zijn ook andere periodes geweest dat ik dacht van die huisbezoeken zijn nu echt wel welkom. Ik heb nu geen andere of ik heb nu weinig ander werk te doen.” (Vrouw, professional, Knokke-Heist)

“Het paste binnen mijn tijd. Ja, in een lokaal dienstencentrum, voor alles wat er op uw bureau belandt, heb je eigenlijk nooit tijd...Dat klinkt zo negatief, maar ik bedoel, wij zijn altijd wel met iets bezig [...] Maar is er een gepaste tijd voor een lokaal dienstencentrum? Nee, waarschijnlijk niet. Dus in die zin stoort dat ook niet dat er wat bijgekomen is.” (Man, professional, Gent)

Om de kost voor de maatschappelijk werker te berekenen, werden de gegevens uit de focusgroepen gebruikt. Voor Gent was het moeilijk om dat mee te nemen, gezien in Gent de huisbezoeken verdeeld waren over tien lokale dienstencentra. Dit betekent dat de vier ondervraagde professionals elk ‘slechts’ één tot vier huisbezoeken hebben afgelegd. In Tienen en Knokke-Heist werden de meeste huisbezoeken door dezelfde maatschappelijk werkers afgelegd. Uit hun gegevens blijkt dat er gemiddeld 2,33 huisbezoeken op één dag werden afgelegd, met een gemiddelde duur van 45 minuten.

		Aantal respondenten	Gemiddelde	Standaardafwijking	Minimum	Maximum
Maatschappelijk werker	Huisbezoek per dag	3,00	2,33	0,58	1,00	4,00
	Tijdsduur	3,00	45,00	21,21	20,00	90,00

Om de totale kosten in kaart te brengen, hielden we niet alleen rekening met de duurtijd voor een huisbezoek, maar ook met de voorbereiding, het transport heen en terug, en de afwerking:

- Voorbereiding - 15 minuten: *“Op het bureaude enquête bekijken en op de fiche enkele dingen noteren en dan op huisbezoek gaan.”* (Man, professional, Gent)
- Transport - 15 tot 30 minuten

- Huisbezoek - 45 minuten: "Ja, dat was ook zo een halfuur tot een uur, anderhalf. Als ik wat meer informatie wou, zit ik automatisch aan een uur, dus dat schat ik altijd in als ik ergens ga dat ik eigenlijk een uur nodig heb. Een half uur is eigenlijk kort, als je enkel maar informatie geeft, en als er niet iets verder is waar je dieper op ingaat zo, of dat er meer vragen komen... Maar dus eigenlijk een half uur tot een uur, à anderhalf uur." (Vrouw, professional, Tienen)
- Transport - 15 tot 30 minuten
- Registratie - 30 minuten: "Wij gaven altijd feedback rond het huisbezoek aan de dispatcher over wat er gebeurd is. En als er inderdaad iets was opgestart zeiden we meestal wel dat er bijvoorbeeld gezinszorg is gecontacteerd of het een of het ander. Maar het is niet zo dat, stel dat er dan na twee weken bijvoorbeeld nog een keer contact zou zijn van gezinszorg of dat allez, als er nog iets is veranderd in de situatie dat ik daar dan nog feedback zou geven aan [dispatcher] omdat dat dat eigenlijk een dossier is dat ik opvolg als maatschappelijk werker." (Vrouw, professional, Knokke-Heist)

Kosten van huisbezoek II met transporttijd van 15 minuten:

	Personeels- kost/min.	Voor- bereiding	Transport (heen)	Huis- bezoek	Transport (terug)	Afwerking	Totaal
Maatschappelijk werker	0,74	11,08	11,08	33,24	11,08	22,16	88,64

Kosten van huisbezoek II met transporttijd van 30 minuten:

	Personeels- kost/min.	Voor- bereiding	Transport (heen)	Huis- bezoek	Transport (terug)	Afwerking	Totaal
Maatschappelijk werker	0,74	11,08	22,16	33,24	22,16	22,16	110,80

Totale kosten huisbezoek I en huisbezoek II

De vraag die zich nu stelt is of het systeem van de combinatie van een preventief huisbezoek I door een vrijwilliger/verzorgende en een huisbezoek II door een maatschappelijk werker goedkoper of duurder is dan een systeem waar er geen preventief huisbezoek I is en de maatschappelijk direct op huisbezoek II gaat. Het laatste model impliceert dan 1) een langer huisbezoek II (voor de berekening wordt er gekozen om het minimumduur van een huisbezoek door verzorgende bij huisbezoek II te tellen: (55,09 minuten + 26,67 minuten); en 2) of er meer huisbezoeken II plaatsvinden, omdat er nog geen triage gebeurd is door de vrijwilliger.

Kosten van huisbezoek I en II gecombineerd, met transporttijd van 15 minuten:

	Personeels- kost/min.	Voor- bereiding	Transport (heen)	Huis- bezoek	Transport (terug)	Afwerking	Totaal
Maatschappelijk werker	0,74	11,08	11,08	60,39	11,08	22,16	115,80

Kosten van huisbezoek I en II gecombineerd, met transporttijd van 30 minuten:

	Personeelskost/min.	Voorbereiding	Transport (heen)	Huisbezoek	Transport (terug)	Afwerking	Totaal
Maatschappelijk werker	0,74	11,08	22,16	60,39	22,16	22,16	137,96

Transport	Afname HB I	Afname HB II	Kost HB I	Kost HB II	Totaal
15	Vrijwilliger	Maatschappelijk werker	15,42	88,64	104,06
	Verzorgende	Maatschappelijk werker	69,97	88,64	158,61
	Maatschappelijk werker		115,80		115,80
30	Vrijwilliger	Maatschappelijk werker	19,14	110,80	129,94
	Verzorgende	Maatschappelijk werker	89,03	110,80	199,84
	Maatschappelijk werker		137,96		137,96

Follow-up telefoons

Een derde vorm van contact werd geleverd via telefonische follow-up contacten. De tijd hiervoor nodig omvat het: 1) voorbereiden van het gesprek door de specifieke situatie die op de oudere van toepassing is te overlopen (terugkoppelen welke beroepskracht langs is geweest bij huisbezoek II en naar welke instantie er is doorverwezen; dit zorgt ook voor een inkorting van het gesprek); 2) telefonisch contact; en 3) de verwerking nadien.

- Voorbereiding - 10 minuten: *"Dan had ge dat effekes voorbereid, [...] dat maakt het wel gemakkelijker en sommige personen zijn ook gekend. Ja, die hebben zo'n specifieke situatie [...] mensen die het minste problemen hadden, die zaten het minst goed in uw geheugen dus moest je altijd gaan zien: hebben we daar iets voor gedaan ofzo."* (Dispatcher)
- Telefoongesprek - 7,50 minuten
- Afwerking- 15 minuten: *"Wat ik ook altijd deed, was daar zo een klein verslagske voor mijn eigen van schrijven. Zodanig dat ik ze de volgende keer belde dat ik weet van daar hebben we het de laatste keer over gehad."* (Dispatcher)

Aan de 3 dispatchers werd gevraagd hoeveel telefoons zij deden op een halve dag en hoe lang deze duurden:

		Gemiddelde	Standaardafwijking	Minimum	Maximum
Dispatcher	Aantal per dag	3,33	0,58	1	7
	Duur (minuten)	7,50	2,50	2	60,00

Kosten van 1 follow-up telefonisch contact:

	Kost/minuut	Voorbereiding	Gesprek	Afwerking	Totaal
Dispatcher	0,74	7,39	5,54	11,08	24,01

Dispatcher

De andere taken van een dispatcher kunnen opgedeeld worden naar de verschillende fasen van het project en bestaan uit volgende subonderdelen:

- De voorbereidende fase en gerichte casefinding: aanvragen van de risicoprofielen (goedkeuring schepencollege en afhandeling medewerker van het loket bevolking), verwerken van de aangeleverde data en de juiste info hieruit halen, voorbereiden stuurgroep, communicatie met professioneel zorgnetwerk, rekruteren van vrijwilligers en administratieve zaken met betrekking tot vrijwilligers afhandelen.
- Coördinatie en management preventief huisbezoek I : uitvoeren van de huisbezoeken en aansturen van vrijwilligers of verzorgenden.
- Coördinatie en management huisbezoek II : aansturen van de beroepskrachten en doorgeven adressen voor huisbezoek II.
- Warme doorverwijzing: mogelijke opties tot zorg en ondersteuning voor de oudere na huisbezoek II aangeven en eventuele hulp bij een zorgvraag tijdens het telefonisch contact.

Een dergelijke omkadering voor een bezoek aan 100 ouderen wordt geschat op 1 dag per week, gedurende 6 maanden, wat overeenkomt met 6063 euro.

Deze kost zal iets lager liggen wanneer gewerkt wordt met verzorgenden die de huisbezoeken doen. Hier heb je immers geen rekrutering van vrijwilligers nodig.



Conclusie: wat zou dit nu kosten in uw gemeente?

Model 1: Volgens D-SCOPE methodiek

Op basis van de resultaten van de testgemeenten kunnen we een inschatting maken voor 100 ouderen. We vertrekken vanuit de idee dat vrijwilligers de vragenlijsten verzamelen bij 100 ouderen door middel van huisbezoek I. Op basis van ons 'triage' model kunnen we inschatten bij hoeveel ouderen er dan een telefonisch contact of een huisbezoek II nodig is. Bij 100 ouderen, geselecteerd via de risico-profielen (combinatie gender, leeftijd, burgerlijke staat, verhuisd status), zullen er

- 28 ouderen géén huisbezoek, noch telefonisch contact krijgen.
- 36 een huisbezoek (met follow-up) krijgen.
- 36 worden doorverwezen voor een telefonisch contact. Daaruit kan dan eventueel toch nog een huisbezoek komen. Op basis van de praktijk schatten we dat er hier 1 huisbezoek per 3 telefonische contacten uitkomt, m.a.w. 12 extra huisbezoeken.

In totaal zullen er dus 48 huisbezoeken worden afgelegd. We gaan uit van 3x een telefonisch follow-up contact. Indien we nu de verschillende activiteiten en hun kosten optellen, dan bekomen we het totale kostenplaatje voor het project. Daarbij zijn er twee mogelijkheden. Ofwel houden we rekening met de maatschappelijke kost voor de vrijwilliger, ofwel houden we enkel rekening met wat het voor de gemeente kost.

Inclusief maatschappelijke kost voor de vrijwilliger:

Transport	Afname HBI	Aantal HB 1	€/HB 1	Aantal HB 2	€/HB 2	Aantal follow-up	€/Follow-up	Totaal
15 minuten	Vrijwilliger	100	15,42	48	88,64	144	24,01	9.254,16
	Verzorgende	100	69,97	48	88,64	144	24,01	14.709,16
30 minuten	Vrijwilliger	100	19,14	48	110,8	144	24,01	10.689,84
	Verzorgende	100	89,03	48	110,8	144	24,01	17.678,84

Wanneer de gemeente de vrijwilliger niet vergoedt:

Transport	Afname HBI	Aantal HB 1	€/HB 1	Aantal HB 2	€/HB 2	Aantal follow-up	€/Follow-up	Totaal
15 minuten	Vrijwilliger	100	0	48	88,64	144	24,01	7.712,16
	Verzorgende	100	69,97	48	88,64	144	24,01	14.709,16
30 minuten	Vrijwilliger	100	0	48	110,8	144	24,01	8.775,84
	Verzorgende	100	89,03	48	110,8	144	24,01	17.678,84

Daarboven komt steeds 6063 euro omkadering.

Model 2: Zonder preventief huisbezoek I

Ten tweede bekijken we de mogelijkheid om geen preventief huisbezoek I door de vrijwilliger te laten uitvoeren, maar één huisbezoek door de maatschappelijk werker.

Hieruit blijkt dat deze optie duurder uitvalt dan de vorige optie met vrijwilligers. Wanneer echter gewerkt werd met een verzorgende bij preventieve huisbezoeken I, valt dit laatste duurder uit. Belangrijkste reden is dat de loonkost van een verzorgende nauw aansluit aan de loonkost van een maatschappelijk werker.

	Transport	Aantal	€/HB	Aantal follow-up	€/Follow-up	Totaal
Zonder HB I	15 minuten	100	115,8	144	24,01	15.037,44
	30 minuten	100	137,96	144	24,01	17.253,44

Daarboven komt steeds 6063 euro omkadering.

Reflecties

Of het opzetten van het project financieel interessant is voor een gemeente, zal afhankelijk zijn van verschillende factoren. Echter hoeven preventieve methoden niet per se kostenbesparend zijn, maar eerder kosteneffectief. Indien het opzetten van een preventieve interventie duurder is dan niets doen, hoeft dit niet per se een reden te zijn om de preventieve methoden niet te implementeren. Deze interventies zijn immers vaak een investering in het welzijn van huidige en toekomstige generaties en kunnen dus een invloed hebben op de bevolking in zijn geheel. Preventieve interventies kunnen dus niet kostenbesparend zijn maar wel efficiënt en daarom de moeite waard om te implementeren (Cohen e.a., 2008; McGinnis e.a., 2002; Goetzal, 2009; Richardson, 2012). Zo kan het opzetten van een project als D-SCOPE het sociale weefsel in een gemeente verstrekken en de vrijwilligerswerking laten opleven. Ook naar de detectie van eenzaamheid kan dit project een belangrijke stap zijn. Bovendien geldt de redenering dat een interventie kostenbesparend dient te zijn enkel voor preventieve methoden en bijvoorbeeld niet voor de behandeling van een bepaalde aandoening. Echter kan preventie wel een goede investering zijn vanwege de voordelen op de niet-medische aspecten van het kostenplaatje (Goetzal, 2009; McGinnis e.a., 2002; Richardson, 2012).

Dit cahier wou alvast een eerste inzicht bieden in de kosteneffectiviteit, maar uiteraard kon hier nog meer en dieper onderzoek rond gebeuren. Omdat beleidsmakers zich op dit soort studies baseren om te beslissen over de eventuele implementatie van een interventie (Husereau e.a., 2013) is het belangrijk om de kwaliteit van gezondheidseconomische evaluaties te verhogen. Recent werden daarom de richtlijnen voor kosteneffectiviteitsstudies geüpdatet in de CHEC-list (Evers, Goossens, de Vet, van Tulder, & Amen, 2005) en de CHEERS-checklist (Husereau e.a., 2013). In de BMJ-richtlijnen en de CHEC-list wordt er gewezen op het belang van een incrementele analyse (Incremental Cost-Effectiveness Ratio). Behalve het berekenen en vergelijken van de kosten tussen twee verschillende interventies of tussen de interventie en de normale behandeling, dient er ook bijvoorbeeld een

ICER gerapporteerd te worden (Cleemput e.a., 2012; Drummond & Jefferson, 1996; Evers e.a., 2005). Deze redenering wordt deels door het task force van de CHEERS-checklist gevolgd (Husereau e.a., 2013). In een deel van de gevonden literatuur met betrekking tot de preventie en detectie van kwetsbaarheid ontbraken deze incrementele analyses echter (Bouman e.a., 2008; Kono, Kanaya, Tsumura, & Rubenstein, 2013; Markle-Reid e.a., 2006; Markle-Reid e.a., 2008; Trentini, Semeraro, & Motta, 2001).

Daarnaast dient men voor economische evaluaties een breed perspectief te nemen zodat alle voordelen in kaart gebracht worden. Kostenbesparingen kunnen niet alleen betrekking hebben op de gezondheidszorg maar ook op andere sectoren. Voorbeelden hiervan zijn verhoogde belastinginkomsten vanwege een hogere tewerkstellingsgraad of extra inkomsten voor de sociale sector (Browne e.a., 2009; Weatherly e.a., 2009). Bij ouderen zal zich dit eerder uiten in een maatschappelijke return, namelijk de mogelijkheid om kleinkinderen op te vangen of vrijwilligerswerk te doen of ook door langer actief te blijven op de arbeidsmarkt (Harper, 2014; Rechel e.a., 2013). Wanneer de fysieke en mentale gezondheidstoestand verbetert, daalt het aantal jaren dat men met zware beperkingen leeft. Op die manier creëert men een actievere levensstijl en bespaart men kosten op de nood aan zorg (Goetzel, 2009; Richardson, 2012). In landen met hoge lonen daalt ook het aantal jaren dat men leeft met zware beperkingen, maar het aantal jaren dat men leeft met minder zware beperkingen stagneert of stijgt net (Anderson & Hussey, 2000; Chatterji e.a., 2015; Christensen e.a., 2009; Jacobzone, 2000; Rechel e.a., 2013).



Referenties

- Anderson, G.F., & Hussey, P.S. (2000). Population aging: A comparison among industrialized countries. *Health Affairs*, 19(3), 191-203.
- Blom, J.W., Van den Hout, W.B., Den Elzen, W.P.J., Drewes, Y.M., Bleijenberg, N., Fabbricotti, I.N., e.a. (2018). Effectiveness and cost-effectiveness of proactive and multidisciplinary integrated care for older people with complex problems in general practice: An individual participant data meta-analysis. *Age and Ageing*, 47(5), 705-714.
- Bouman, A., van Rossum, E., Evers, S., Ambergen, T., Kempen, G., & Knipschild, P. (2008). Effects on health care use and associated cost of a home visiting program for older people with poor health status: A randomized clinical trial in the Netherlands. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(3), 291-297.

- Browne, G., Roberts, J., Byrne, C., Gafni, A., Weir, R., & Majumdar, B. (2009). The costs and effects of addressing the needs of vulnerable populations: Results of 10 years of research. *The Canadian journal of nursing research*, 41(1), 193-203.
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning and disability in older adults: Current status and future implications. *The Lancet*, 385(9967), 563-575.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J.W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *The Lancet*, 374(9696), 1196-1208.
- Cleemput, I., Neyt, M., Van de Sande, S., & Thiry, N. (2012). *Belgische richtlijnen voor economische evaluaties en budget impact analyses: Tweede editie*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <https://kce.fgov.be/nl/belgische-richtlijnen-voor-economische-evaluaties-en-budget-impact-analyses-tweede-editie>
- Cohen, J.T., Neumann, P.J., & Weinstein, M.C. (2008). Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. *The New England Journal of Medicine*, 358(7), 661-663.
- Counsell, S.R., Callahan, C.M., Tu, W., Stump, T.E., & Arling, G.W. (2009). Cost analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders care management intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1420-1426.
- Drummond, M.F., & Jefferson, T.O. (1996). The BMJ economic evaluation working party: Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *BMJ*, 313(7052), 275-283.
- Evers, S., Goossens, M., de Vet, H., van Tulder, M., & Ament, A. (2005). Criteria list for assessment of methodological quality of economic evaluations: Consensus on Health Economic Criteria. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(2), 240-245.
- Fairhall, N., Sherrington, C., Kurrle, S.E., Lord, S.R., Lockwood, K., Howard, K., e.a. (2015). Economic evaluation of a multifactorial, interdisciplinary intervention versus usual care to reduce frailty in frail older people. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(1), 41-48.
- Frost, R., Kharicha, K., Jovicic, A., Liljas, A.E.M., Iliffe, S., Manthorpe, J., e.a. (2018). Identifying acceptable components for home-based health promotion services for older people with mild frailty: A qualitative study. *Health and Social Care in the Community*, 26(3), 393-403.
- Goetzl, R.Z. (2009). Do prevention or treatment services save money? *The wrong debate. Health Affairs*, 28(1), 37-41.
- Harper, S. (2014). Economic and social implications of aging societies. *Science*, 346(6209), 587-591.
- Husereau, D., Drummond, M., Petrou, S., Carswell, C., Moher, D., Greenberg, D., e.a. (2013). Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) - Explanation and elaboration: A report of the ISPOR Health Economic Evaluation Publication Guidelines Good Reporting Practices Task Force. *Value in Health*, 16(2), 231-250.
- ING-PROBIS. (2017). *De sector van woonzorgcentra in beeld: Trends, uitdagingen en indicatoren*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018, op <https://www.ing.be/nl/retail/my-news/economy/care-centers>
- Jacobzone, S. (2000). Coping with aging: International challenges. *Health Affairs*, 19(3), 213-225.
- Jutkowitz, E., Gitlin, L.N., Pizzi, L.T., Lee, E., & Dennis, M.P. (2012). Cost effectiveness of a home-based intervention that helps functionally vulnerable older adults age in place at home. *Journal of Aging Research*. doi: 10.1155/2012/680265.
- Kaplan, R.S., & Anderson, S.R. (2007). *Time-driven activity-based costing: A simpler and more powerful path to higher profits*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I., Helenius, H., Hinkka, K., Valaste, M., & Rissanen, P. (2012). Factors associated with the utilization and costs of health and social services in frail elderly patients. *BMC Health Services Research*, 12, 204.

- Kono, A., Kanaya, Y., Tsumura, C., & Rubenstein, L.Z. (2013). Effects of preventive home visits on health care costs for ambulatory frail elders: A randomized controlled trial. *Aging Clinical and Experimental Research*, 25(5), 575-581.
- Looman, W.M., Huijsman, R., Bouwmans-Frijters, C.A.M., Stolk, E.A., & Fabbriotti, I.N. (2016). Cost-effectiveness of the "Walcheren Integrated Care Model" intervention for community-dwelling frail elderly. *Family Practice*, 33(2), 154-160.
- Markle-Reid, M., & Browne, G. (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 58-68.
- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., & Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 381-395.
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., & Henderson, S. (2008). Seniors at risk: The association between the six-month use of publicly funded home support services and quality of life and use of health services for older people. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 27(2), 207-224.
- McGinnis, J.M., Williams-Russo, P., & Knickman, J.R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78-93.
- Melis, R.J.F., Adang, E., Teerenstra, S., van Eijken, M.I.J., Wimo, A., van Achterberg, T., e.a. (2008). Cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(3), 275-282.
- Metzelthin, S.F., van Rossum, E., Hendriks, M.R.C., De Witte, L.P., Hobma, S.O., Sipers, W., e.a. (2015). Reducing disability in community-dwelling frail older people: Cost-effectiveness study alongside a cluster randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 44(3), 390-396.
- Nicholson, C., Meyer, J., Flatley, M., & Holman, C. (2013). The experience of living at home with frailty in old age: A psychosocial qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1172-1179.
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J.-M., Cylus, J., Mackenbach, J.P., Knai, C., e.a. (2013). Ageing in the European Union. *The Lancet*, 381(9874), 1312-1322.
- Richardson, A.K. (2012). Investing in public health: barriers and possible solutions. *Journal of Public Health*, 34(3), 322-327.
- Ruikes, F.G.H., Adang, E.M., Assendelft, W.J.J., Schers, H.J., Koopmans, R.T.C.M., & Zuidema, S.U., (2018). Cost-effectiveness of a multicomponent primary care program targeting frail elderly people. *BMC Family Practice*, 19, 62.
- Statbel, (2017). Gemiddelde bruto maandlonen. [online]. Beschikbaar op: <https://statbel.fgov.be/nl/themes/werk-opleiding/lonen-en-arbeidskosten/gemiddelde-bruto-maandlonen#figures> [Geraadpleegd in augustus 2018]
- Tinker, A. (2002). The social implications of an ageing population. *Mechanisms of Ageing and Development*, 123(7), 729-735.
- Trentini, M., Semeraro, S., & Motta, M. (2001). Effectiveness of geriatric evaluation and care: One-year results of a multicenter randomized clinical trial. *Aging Clinical and Experimental Research*, 13(5), 395-405.
- Vellas, B. (2013). Fragilité des personnes âgées et révention de la dépendance. *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*, 197(4-5), 1009-1019.
- Wang, H.-H., Shyu, Y.-I.L., Chang, H.-Y., Bai, Y.-B., Stanaway, F., Lin, J.-D., e.a. (2016). Prevalence, characteristics, and acute care utilization of disabled older adults with an absence of help for activities of daily living: Findings from a nationally representative survey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 28-33.
- Weatherly, H., Drummond, M., Claxton, K., Cookson, R., Ferguson, B., Godfrey, C., e.a. (2009). Methods for assessing the cost-effectiveness of public health interventions: key challenges and recommendations. *Health Policy*, 93(2-3), 85-92.
- Xue, Q.-L. (2011). The frailty syndrome: definition and natural history. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(1), 1-15.

Colofon



Onderzoekspartners fase 2



Onderzoekspartners fase 3



D-SCOPE consortium

Prof. dr. De Deyn Peter Paul
Prof. dr. De Donder Liesbeth
Prof. dr. De Lepeleire Jan
dr. De Roeck Ellen
Prof. dr. De Witte Nico
Prof. dr. Dierckx Eva
drs. Duppen Daan
Prof. dr. Engelborghs Sebastiaan
drs. Fret Bram
dra. Hoens Sylvia
dra. Hoeyberghs Lieve

Prof. dr. Kardol Tinie
Prof. dr. (G.I.J.M.) Kempen Ruud
dra. Lambotte Deborah
Prof. dr. (G.A.R.) Rixt Zijlstra
Prof. dr. (J.M.G.A.) Schols Jos
Prof. dr. Schoenmakers Birgitte
dr. Smetcoren An-Sofie
dra. Switsers Lise
drs. Van der Elst Michaël
dra. van der Vorst Anne
Prof. dr. Verté Dominique

Auteurs economische kosteninschatting

Prof. dr. Gemmel Paul
dra. Pattyn Eva
Prof. dr. Trybou Jeroen

Copyright

D-SCOPE consortium

Cahier 5 - D-SCOPE en beleid: Linken met recente beleidsevoluties en kostenschatting

© 2018, D-SCOPE consortium

Uitgegeven in eigen beheer

info@d-scope.be

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

D-SCOPE wordt gefinancierd met de steun van het agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie [IWT-140027 SBO]



agentschap voor Innovatie
door Wetenschap en Technologie

5