



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Programma

Langer Thuis



Programma

Langer Thuis

Inhoud

Hoofdstuk 1	Programma in vogelvlucht	4
	1.1 Inleiding	5
	1.2 Doel en actielijnen	6
	1.3 Nadere uitwerking en betrokkenheid andere partijen	8
	1.4 Samenhang met andere programma's	9
Hoofdstuk 2	Analyse	10
	2.1 Thuiswonende ouderen hebben persoonsgerichte aanpak nodig	11
	2.2 Feiten en cijfers	13
Hoofdstuk 3	Actielijn 1 Goede ondersteuning en zorg thuis	16
	3.1 Integrale ondersteuning en zorg rond ouderen thuis	17
	3.1.1 Probleemanalyse	17
	3.1.2 Waar willen we naartoe?	17
	3.1.3 Wat gaan we doen?	21
	3.2 Tijdelijk niet thuis	24
	3.2.1 Probleemanalyse	24
	3.2.2 Waar willen we naartoe?	25
	3.2.3. Wat gaan we doen?	27
	3.3 Indicatoren	28
	Box: aandacht voor dementie	29
Hoofdstuk 4	Actielijn 2 Mantelzorg en vrijwilligers in zorg & welzijn	30
	4.1 Probleemanalyse	31
	4.2 Waar willen we naartoe?	33
	4.3 Wat gaan we doen?	34
	4.4 Indicatoren	37
Hoofdstuk 5	Actielijn 3 Wonen	38
	5.1 Probleemanalyse	39
	5.2 Waar willen we naartoe?	40
	5.3 Wat gaan we doen?	41
	5.4 Indicatoren	46
Hoofdstuk 6	Organisatie	48
	6.1 Organisatie programmabreed	49
	6.2 Organisatie actielijnen	50
	6.2.1 Ondersteuning en zorg thuis: overleg gemeenten en verzekeraars	50
	6.2.2 Wonen: overleg gemeenten en corporaties	51
Hoofdstuk 7	Monitoring, onderzoek en evaluatie	52
	7.1 Monitoring	52
	7.2 Onderzoek toekomst zorg voor thuiswonende ouderen	53
	7.3 Evaluatie	53
Hoofdstuk 8	Financiën	54
	8.1 Wat geven we uit aan ondersteuning en zorg voor thuiswonende ouderen?	54
	8.2 Wat geven we uit binnen het programma Langer Thuis	55

Hoofdstuk 1

Programma in vogelvlucht

1.1 Inleiding

De Nederlandse bevolking is geleidelijk aan het vergrijzen. Dit betekent dat het aantal ouderen in de totale bevolking toeneemt. Nu nog zijn er 1,3 miljoen mensen ouder dan 75, in 2030 zullen dat er 2,1 miljoen zijn en in 2040 maar liefst 2,5 miljoen. Van de huidige 75-plussers woont 92% procent zelfstandig, en zelfs twee derde van de 90-plussers woont nog zelfstandig.¹ Van de thuiswonende 75-plussers maakt bijna een kwart gebruik van hulp en zorg uit meerdere domeinen. De vraag naar zorg zal toenemen: weliswaar zijn de meeste ouderen boven de 75 nog vitaal, maar volgens het SCP is zo'n 38 procent van deze groep kwetsbaar. Als gevolg hiervan zullen er in 2030 1 miljoen ouderen kwetsbaar zijn. Daarentegen neemt in de toekomst het aantal beschikbare mantelzorgers af. Waar nu een 85-plusser een beroep kan doen op vijftien relatief 'jonge' ouderen (50-75 jaar), zullen dat er in 2040 zijn nog maar zes zijn. Bovendien zal door de toenemende vergrijzing de vraag van ouderen naar een geschikte woning toenemen. We staan door al deze ontwikkelingen met zijn allen voor een enorme opgave.

Het kabinet, de gemeenten en een reeks maatschappelijke partijen hebben in het Pact voor de Ouderenzorg de handen ineen geslagen om de zorg en de woonsituatie voor ouderen merkbaar te verbeteren. Dit programma richt zich specifiek op de grote en groeiende groep ouderen die zelfstandig thuis woont. Uitgangspunt hierbij is de wens van ouderen om zo lang mogelijk op een goede manier zelfstandig te kunnen blijven wonen, met ondersteuning, zorg en in een woning die aansluit bij hun persoonlijke behoeften. Thuis zo lang het kan.

De inhoudelijke doelen van dit programma sluiten vanzelfsprekend zoveel mogelijk aan bij wat ouderen zelf belangrijk vinden. Daarbij geldt dat een groot deel van de huidige generatie ouderen sterk de behoefte heeft om zelf regie te houden en daar ook de (financiële) middelen voor heeft. Met het stimuleren en ondersteunen van de zelfredzaamheid en kracht van de samenleving dragen we er dan ook aan bij om te voorkomen dat we behoeften van ouderen te snel medicaliseren. Toch ligt de grootste opgave in het helpen van de meest kwetsbaren in onze samenleving die dreigen tussen wal en schip te vallen en moeite hebben om toegang tot de juiste zorg en ondersteuning te krijgen. Daar richten de meeste maatregelen van het programma zich dan ook op.

Voor een zeer belangrijk deel ligt deze opgave op lokaal en regionaal niveau: zorgverleners, zorgaanbieders, sociale wijkteams, welzijnswerkers, gemeenten, woningcorporaties en verzekeraars zijn hierbij aan zet. Zij zijn verantwoordelijk en voelen zich dat ook om ervoor te zorgen dat op het niveau van de wijk en regio waar ouderen wonen de ondersteuning en zorg beschikbaar is, en dat woningen en de leefomgeving geschikt zijn. Dit programma geeft kaders en richting mee aan de ontwikkelingen in het land. Het Rijk wil met dit programma gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere partijen verbinden, stimuleren en ondersteunen. Het Rijk wil energie en motivatie geven aan de beweging die al gaande is, en vooral lokaal en regionaal plaatsvindt. Door het probleem landelijk te agenderen, bieden we ook de ruimte en mogelijkheden om gezamenlijk knelpunten en problemen te bespreken en aan te pakken. We willen samen met gemeenten en partijen verder mee aan de slag gaan, met ruimte voor lokale en regionale inkleuring.

¹ CBS, 2018. (Het cijfer voor de 90-plussers is van 2015)

1.2 Doel en actielijnen

Het doel van het programma Langer Thuis is dat *ouderen in hun eigen vertrouwde omgeving zelfstandig oud kunnen worden met een goede kwaliteit van leven.*

Om te zien of we voortgang op dit doel bereiken volgen we de ontwikkeling van de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende 75-plussers met een chronische ziekte of beperking.

Het programma draait om het verbeteren van drie belangrijke randvoorwaarden die bijdragen aan de kwaliteit van leven: goede ondersteuning en zorg thuis, ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers, en een geschikte woonsituatie. Bij elke randvoorwaarde hoort een actielijn.

Actielijn 1 Goede ondersteuning en zorg thuis

Ouderen kunnen er prima zelf voor zorgen dat ze betrokken en vitaal blijven. Maar een steuntje in de rug kan heel welkom zijn, vanuit hun eigen omgeving, het sociaal werk of beide. Als mensen vervolgens toch aangewezen raken op professionele ondersteuning en zorg, zien we vaak dat zorgverleners niet goed samenwerken, of dat niet altijd duidelijk is wie de regie heeft. Ook is het soms lastig om een plek te vinden als het thuis even niet meer gaat. Het doel van actielijn 1 is een samenhangend ondersteunings- en zorgaanbod bieden, dat beter is afgestemd op de individuele behoeften en wensen van ouderen.

We willen bereiken dat:

- De zelfredzaamheid van ouderen en van hun sociale omgeving wordt versterkt;
- Professionals als een team werken rond kwetsbare ouderen;
- Ouderen met een complexe zorgvraag een persoonlijk ondersteunings- en zorgplan krijgen;
- Geriatrie expertise op het juiste moment, op de juiste plek beschikbaar is;
- Doorstroom van en naar tijdelijk verblijf soepeler verloopt.

Om dit te bereiken gaan we:

- Gaan gemeenten met hun partners door met het versterken van de sociale basis;
- Het netwerk 'Vitaler ouder worden' ondersteunen;
- Gaan zorgverzekeraars en gemeenten het overleg in de regio bevorderen;
- Lerende netwerken integrale ouderenzorg opzetten;
- Een nieuwe stimuleringsregeling e-Health thuis en een regeling voor gegevensuitwisseling (VIP Care) uitvoeren;
- Meer specialisten ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg en de acute zorg inzetten;
- De regionale coördinatiepunten tijdelijk verblijf verbreden;
- De regie door het ROAZ in keten acute zorg versterken.

We volgen de effecten door te kijken naar:

- Het percentage 75-plussers dat eigen regie ervaart over zijn/haar leven;
- De door thuiswonende 75-plussers ervaren aansluiting van de zorg;
- Het percentage 75-plussers dat ondersteuning en zorg naar eigen zeggen goed geregeld krijgt.

Actielijn 2 Mantelzorg en vrijwilligers in zorg & welzijn

Mantelzorgers spelen een onmisbare rol bij de ondersteuning en zorg voor hun naasten. Zo'n 10 procent van de mantelzorgers is echter overbelast. Hetzelfde geldt, zij het in mindere mate, ook voor vrijwilligers die zich inzetten in de zorg voor ouderen.² Mantelzorgers en vrijwilligers moeten weten dat ze er niet alleen voor staan. Hebben ze ondersteuning of respijtzorg nodig, dan willen we dat eenvoudig en snel kunnen bieden.

We willen bereiken dat:

- Mantelzorgers en vrijwilligers zich bewust zijn van ondersteuning;
- Er een ondersteuningsaanbod en respijtzorg op maat is;
- Zorgprofessionals en informele zorgverleners goed samenwerken.

Om dit te bereiken gaan we:

- Bewustwordingscampagnes inzetten;
- Een landelijke adviseur respijtzorg instellen, met specifieke aandacht voor krimpgebieden;
- Risico's op overbelasting beter signaleren;
- Overbelaste mantelzorgers en aandachtsgroepen meer aandacht geven;
- Experimenten sociale benadering dementie uitvoeren;
- Pilots logeerszorg opzetten;
- Het aanvragen van mantelzorgondersteuning, respijtzorg of beide, eenvoudiger maken;
- De inzet van e-health stimuleren;
- Een programma voor samenwerking tussen formele en informele zorg stimuleren;
- De positie van vrijwilligerswerk in de gemeenten versterken;
- Kennis rondom burgerinitiatieven uitwisselen;
- Het gemeentelijk vrijwilligersbeleid in beeld brengen.

We volgen de effecten door te kijken naar:

- Het percentage overbelaste mantelzorgers en vrijwilligers;
- Het percentage mantelzorgers en vrijwilligers dat aangeeft goed geïnformeerd te zijn over het ondersteuningsaanbod;
- Het percentage mantelzorgers en vrijwilligers dat goede afstemming met de formele zorg ervaart.

² SCP/PBL, Voor elkaar?, 2018

Actielijn 3 Wonen

Ouderen kunnen, ook als zij hulpbehoevend raken, nog zelfstandig blijven wonen, op voorwaarde dat hun woning en de omgeving dit toelaten. Soms vraagt dit om tijdige aanpassingen in huis, in andere gevallen om een verhuizing. Dit is alleen mogelijk als er voldoende mogelijkheden zijn om de eigen woning aan te passen of er voldoende aanbod is van geschikte woningen en nieuwe, eventueel geclusterde woonzorgvormen voor ouderen.

We willen bereiken dat:

- Gemeenten de lokale woonopgave voor ouderen in beeld brengen;
- Er meer nieuwe (geclusterde) woonzorgvormen voor ouderen komen;
- Minder mensen in een ongeschikte woning wonen.

Om dit te bereiken gaan we:

- Via een ondersteuningsteam een impuls geven aan het in beeld brengen van de lokale woonopgave voor ouderen, door gemeenten met hun lokale partners, en de totstandkoming van lokale afspraken over voldoende woningaanbod voor ouderen;
- Ons samen met partijen ervoor inzetten dat er jaarlijks tien nieuwe wooninitiatieven tot stand komen;
- De planvorming omtrent nieuwe woonzorgarrangementen stimuleren met een innovatieregeling;
- Een 'community of practice' oprichten als vervolg op de prijsvraag 'Who Cares' van de Rijksbouwmeester;
- Ouderen helpen geschikt te wonen door kennis over succesvolle lokale werkwijzen te verspreiden;
- Gemeenten en woningcorporaties in staat stellen kennis op te doen over een aanpak van het ongeschikt wonen, over het in kaart brengen van vraag en aanbod, en over vernieuwende woonvormen voor ouderen;
- De toegankelijkheid van gebouwen verbeteren met het Actieplan Toegankelijkheid voor de Bouw;
- Onnodige belemmeringen in hypotheekverstrekking aan ouderen wegnemen.

We volgen de effecten door te kijken naar:

- Het percentage 75-plussers dat aangeeft dat hun huidige woning geschikt is.

1.3 Nadere uitwerking en betrokkenheid andere partijen

Het programma Langer Thuis is tot stand gekomen door allereerst goed te kijken naar wat er de afgelopen jaren al is gedaan op het gebied van verbetering van de zorg voor thuiswonende ouderen. Op veel plaatsen zijn programma's en pilots gestart, bijvoorbeeld in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg, het Deltaplan Dementie en tal van proeftuinen. Daarnaast hebben verzekeraars en gemeenten de handen ineengeslagen met diverse lokale initiatieven gericht op ketenzorg voor ouderen. De kennis en ervaring die hiermee is opgedaan, vormt een mooi uitgangspunt van waaruit we de komende jaren aan de slag kunnen gaan. Kortom, er is al heel veel!

Tijdens enkele meedenksessies hebben we gesproken met deskundigen uit wetenschap, beleid en praktijk. Bij deze sessies waren ook ervaringsdeskundigen (ouderen, mantelzorgers, wijkverpleegkundigen en wijkteamwerkers) aanwezig. Hun bijdragen waren zeer waardevol en zijn meegenomen bij de ontwikkeling van het programma.

Het schrijven van het programma is een eerste, agenderende, stap. Nu begint de uitwerking, in aansluiting op wat er al gaande is: de vertaling naar acties en projecten die de kwaliteit van leven voor thuiswonende ouderen daadwerkelijk gaan verbeteren. We willen dit samen doen met gemeenten, verzekeraars, corporaties, zorgaanbieders, thuiszorgaanbieders, sociale wijkteams, het bedrijfsleven, zorgprofessionals – zoals wijkverpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde – en mantelzorgers. Natuurlijk zijn ook de ouderen zelf van belang. Al deze partijen zullen we betrekken bij de verdere uitwerking en uitvoering van het programma.

De ambities uit de verschillende actielijnen komen terug op reguliere bestuurlijke overlegtafels. Het kabinet maakt over een aantal programmaonderdelen bestuurlijke afspraken met de relevante partijen, over de inspanningen en resultaten waarvoor we samen verantwoordelijk zijn. Voor de uitvoering van die afspraken biedt het kabinet niet alleen kennis en expertise, maar ook projectmatige ondersteuning. Om goede praktijken tot stand te laten komen, die vervolgens landelijk verspreid kunnen worden, versterken we het lerend vermogen. Dit wordt per programmaonderdeel uitgewerkt. Zie ook hoofdstuk 6 voor de governance.

Aan de uitwerking van het programma zitten ook grenzen. Zo kiest het kabinet ervoor om deze kabinetsperiode verbeteringen binnen de huidige stelsels te realiseren.³ Als er knelpunten zijn die voortkomen uit de systeemwereld, worden deze zo veel mogelijk opgelost in de regio, en waar nodig besproken in de bestuurlijke overleggen. De randvoorwaarden om de ambities te verwezenlijken worden bepaald door de budgettaire kaders uit het Regeerakkoord en door de afspraken die zijn of nog zullen worden gemaakt in de Hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg.

1.4 Samenhang met andere programma's

Het programma Langer Thuis is een van de drie onderdelen van het Pact voor de Ouderenzorg. Daarmee draagt het bij aan het overkoepelende doel van het Pact, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van leven van ouderen. Andere onderdelen van het Pact zijn het programma 'Eén tegen Eenzaamheid' en het programma 'Thuis in het verpleeghuis'. Verder hangt het programma samen met het Preventieakkoord, waarin onder andere aandacht is voor de gezondheid en leefstijl van ouderen en met het Actieplan Werken in de Zorg, dat het tekort aan arbeidskrachten in de zorg aanpakt. Het eindrapport van de Taskforce De Juiste Zorg op de Juiste Plek vormt eveneens een belangrijke onderlegger voor dit programma. In dit rapport wordt onder meer veel aandacht besteed aan de noodzaak tot en mogelijkheden voor verschuiving van zorg naar de wijk en thuis. Dit gedachtegoed is verder verankerd in de hoofdlijnenakkoorden voor de Medisch Specialistische Zorg en de Wijkverpleging en is ook onderdeel van de nog lopende besprekingen over de hoofdlijnenakkoorden voor de GGZ en de Huisartsenzorg. Deze hoofdlijnenakkoorden hebben daarmee eveneens een belangrijke relatie met het voorliggende programma. Tot slot zijn er raakvlakken met het Nationaal Programma Palliatieve zorg, aangezien betere palliatieve zorg ertoe bijdraagt dat mensen langer thuis kunnen blijven en daar ook kunnen overlijden.

³ Ter uitvoering van motie-Bergkamp (Kamerstukken II, 2017/18, 34 775, nr. 86) stelt het kabinet een commissie in die advies zal uitbrengen over wat er nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden, rekening houdend met de demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Zie hiervoor verder in hoofdstuk 7.

Hoofdstuk 2

Analyse

2.1 Thuiswonende ouderen hebben een persoonsgerichte aanpak nodig

Wat vinden ouderen belangrijk?

Als we ouderen vragen wat zij belangrijk vinden, noemen zij gezondheid, goede contacten met familie en vrienden en mee blijven doen. Mensen willen graag zo lang mogelijk alles op eigen kracht doen en proberen daarom hun leven te leiden met zo min mogelijk hulp. Ouderen vertellen dat zij liever niet afhankelijk willen zijn van de steun van hulpverleners of van hun familie.⁴ Hun kwaliteit van leven vermindert doordat hun eigen gezondheid achteruit gaat, dierbaren om hen heen overlijden en ze angst ontwikkelen voor verlies. Ouderen hebben behoefte aan zorg die uitgaat van kwaliteit van leven.⁵ Zij willen zelf kunnen kiezen waarbij en in welke mate ze ondersteuning krijgen. Idealiter ondersteunen professionals de zelfregie, door zich te verdiepen in de wensen en behoeften van ouderen en hen zo te helpen bij het maken van die keuzes.

De ene oudere is de andere niet: van vitaal en zelfredzaam tot kwetsbaar en afhankelijk

De meeste ouderen zijn vitaal: ze worden ouder en blijven langer gezond.⁶ Veel van de huidige en de toekomstige 75-plussers zijn zelfredzaam. Het is voor hen geen probleem om de nodige aanpassingen in hun ondersteuning, zorg of woning te regelen, zelfs als zij een ziekte of beperking krijgen.⁷ Een kwart van de ouderen heeft echter het gevoel geen grip op het leven te hebben.⁸ Met de leeftijd neemt echter voor zowel vitale als kwetsbare ouderen de kans toe om afhankelijk te worden van ondersteuning en zorg. Het aantal kwetsbare ouderen stijgt van 700.000 personen tot 1 miljoen in 2030. Van de zelfstandig wonende 75-plussers is ruim een derde kwetsbaar en van de 80-plussers is dit zelfs de helft, een aandeel dat verder zal oplopen.⁹ Binnen de groep kwetsbare ouderen zijn vrouwen, alleenstaanden met een beperkt sociaal netwerk, mensen met een lagere opleiding en inkomen, en geen of slecht Nederlandssprekenden oververtegenwoordigd. Deze ouderen beschikken over minder gezondheidsvaardigheden en kunnen vaak minder goed met de computer overweg. Zij hebben daarom meer professionele ondersteuning nodig dan de vitale, zelfredzame ouderen. Met de toekomstige veranderingen in de maatschappij, zal de diversiteit onder ouderen verder toenemen.

4 SCP, Kwetsbare ouderen, 2011

5 Vilans.nl

6 Het aantal jaren waarin we ons gezond voelen stijgt ongeveer even snel als de levensverwachting én we krijgen er iets meer jaren zonder beperkingen bij (CBS, Projecties van de gezonde levensverwachting tot 2030, 2018)

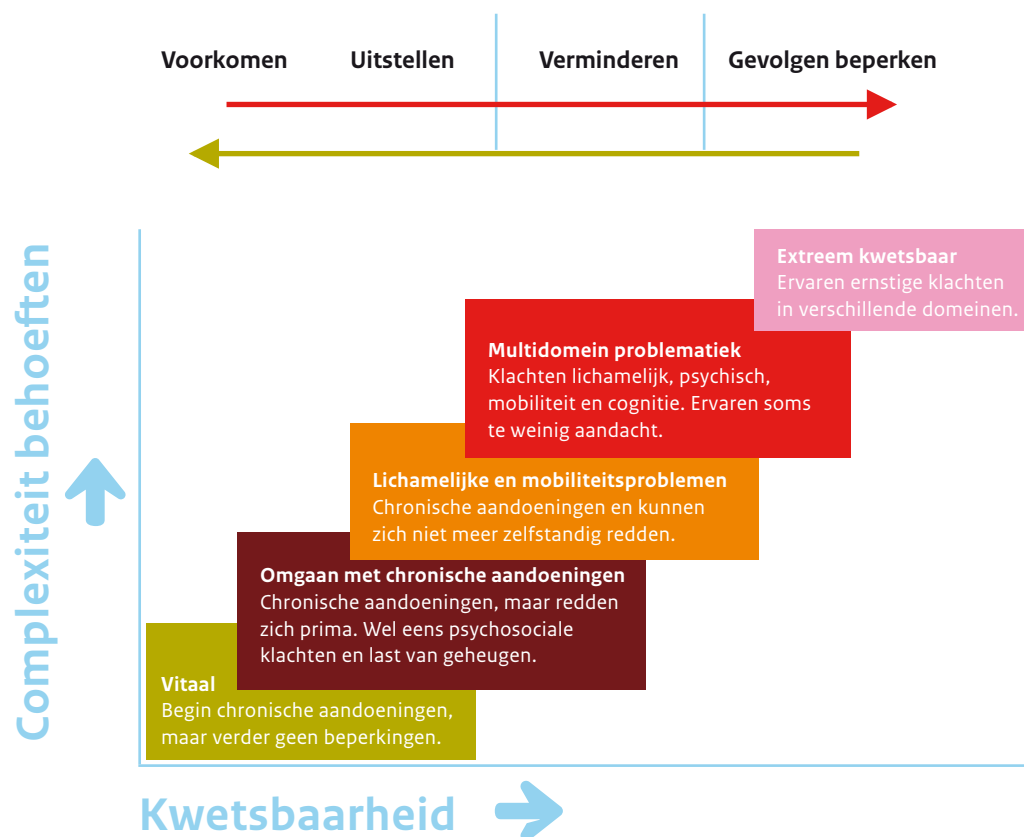
7 SCP, Kwetsbare ouderen, 2011

8 Ouderen van de toekomst, Nivel 2014

9 SCP, Kwetsbare Ouderen 2011; het gehanteerde meetinstrument voor kwetsbaarheid is de Tilburg Frailty Indicator (TFI). Zie het rapport voor nadere uitleg. Overigens behoort driekwart van de populatie van instellingen ook tot de groep kwetsbare ouderen.

Vitaliteit versterken, kwetsbaarheid verminderen

Om kwetsbare ouderen goed te helpen, is het belangrijk om aan te sluiten bij hun behoeften en wensen, en bij wat iemand zelf kan. Volgens veel experts en professionals draait goede zorg aan zelfstandig thuiswonende ouderen om het bieden van persoonsgerichte, proactieve en multidisciplinaire zorg en ondersteuning.¹⁰ Een integrale aanpak vraagt dus om een levensbrede en persoonsgerichte benadering. Op die manier versterken we de condities om ouderen in hun specifieke situatie langer vitaal te laten blijven en hun kwetsbaarheid uit te stellen. Afhankelijk van de mate van vitaliteit kan achteruitgang worden *voorkomen*, worden *uitgesteld*, of worden *verminderd*; of kan alleen nog worden ingezet op het *beperken van de gevolgen* (zoals het optreden van steeds meer functiebeperkingen en zorggebruik).¹¹ Deze inzichten geven richting bij het ontwikkelen van een lokale aanpak voor integraal ouderenbeleid.¹²



¹⁰ Zie o.a. Plan van Aanpak Kwetsbare ouderen – InEen, KNGF, KNMP, Laego, LHV, NHG, Patiëntenfederatie, V&VN, Verenso, VWS, ZN (2017)

¹¹ Gobbens et al. (2010). Een andere benadering is om juist in te zetten op 'optimalisering van leefplezier' in deze fase (J.Slaets).

¹² Zie ook het toetsingskader 'Wat vinden ouderen belangrijk bij wonen, welzijn en zorg?' van het consortium Beter Oud.

2.2 Feiten en cijfers

Ouderen wonen langer en vaker zelfstandig...

Tegenwoordig blijven steeds meer ouderen in Nederland zelfstandig wonen en neemt het percentage 75-plussers dat in een verpleeghuis woont verder af. Van 1995 tot heden daalde dit van 16 procent naar 8 procent, en in de nabije toekomst stabiliseert dit zich tot 5 à 6 procent. Maar liefst 92 procent van de huidige 75-plussers woont dus zelfstandig.¹³ Van de 90-plussers woonde in 2015 slechts 32 procent in een instelling, en volgens het CBS zal dit in 2035 tot onder de 20 procent gedaald zijn. Deze cijfers weerspiegelen de ontwikkeling dat ouderen meer en meer de eigen regie over hun leven willen houden. Deze trend wordt ondersteund doordat het gebruikelijker wordt om woningen aan te passen aan de levensloop (zoals het vervangen van het bad door een kuip of door het installeren van trapliften), door nieuwe en betaalbare technologie (zoals sensoren of domotica) en door meer en beter betaalbare persoonlijke diensten (zoals bezorgen van boodschappen of huishoudelijke diensten). De overheid heeft de trend gestimuleerd en ook mogelijk gemaakt dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen, onder meer door ervoor te zorgen dat zij in hun eigen buurt terecht kunnen voor hulp.

...en gebruiken meer complexe zorg thuis

Door de extramuralisering maken meer ouderen gebruik van ondersteuning en zorg aan huis. Ouderen hebben te maken met meerdere aandoeningen: 80 procent van de 75-plussers heeft twee of meer chronische ziekten¹⁴. De levensverwachting van ouderen neemt toe, wat ook een stijging met zich meebrengt in het aantal ouderen met een geriatrische aandoening: vallen, geheugenproblemen en dementie, gezichts- en gehoorstoornissen, beperkingen in het dagelijks functioneren, incontinentie, depressie, eenzaamheid en polyfarmacie (het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd). Dit alles leidt tot een complexere zorgbehoefte. Uit cijfers over het zorggebruik blijkt dan ook dat ongeveer een kwart van de 75-plussers zorg uit meerdere domeinen gebruikt.¹⁵ Vanaf 2012 zien we dat meer ouderen een beroep doen op de wijkverpleging in combinatie met medisch-specialistische en eerstelijnszorg. Deze ouderen met een complexe zorgbehoefte komen ook regelmatig in aanraking met vormen van tijdelijk verblijf, zoals eerstelijnsverblijf, of maken een crisisopname mee.

...maar het regelen van ondersteuning en zorg is ingewikkeld

Sinds de hervormingen is de zorg en ondersteuning voor ouderen en professionals er niet altijd eenvoudiger op geworden. Veel ouderen en hun naasten ervaren knelpunten in de keten van zorg. Hetzelfde geldt voor professionals. Ze geven bijvoorbeeld aan dat er geen passende hulp of zorg beschikbaar is, zorgverleners onderling slecht afstemmen en verblijf in het ziekenhuis vaak onnodig lang duurt door gebrek aan een andere plek. Ook verloopt de overdracht in de zorg niet goed. Daarnaast blijkt het in de praktijk lastig om de benodigde zorg of ondersteuning geregeld te krijgen: ze worden telkens naar een andere instantie doorgestuurd.

¹³ CBS, 2018

¹⁴ RIVM, VTV 2018

¹⁵ NZA, Monitor Ouderenzorg 2018

...en de druk op mantelzorgers en vrijwilligers neemt toe

Met de stijging van het aantal thuiswonende ouderen en de toenemende complexiteit van hun problematiek wordt een fors beroep gedaan op mantelzorgers en vrijwilligers. Met name mensen die iemand helpen met dementie, een psychische aandoening of een terminale ziekte hebben beschikken lang niet altijd over genoeg kennis, vaardigheden en ondersteuning. Zij komen steeds meer onder druk te staan, wat uiteindelijk kan leiden tot overbelasting. Zo'n 10 procent is overbelast. Daarbij neemt in de toekomst het aantal mantelzorgers gestaag af. Kwetsbare ouderen met een hulpvraag krijgen vaak hulp van naasten: waar er nog vijftien potentiële mantelzorgers van 50-75 jaar klaarstaan voor elke 85-plusser, zullen dit er in 2040 nog maar zes zijn.¹⁶ Dit kan leiden tot extra beroep op professionele zorg, terwijl ook bij daar grote tekorten te verwachten zijn.

...plus dat niet alle ouderen in een geschikte woning leven

Ruim 40.000 ouderenhuishoudens woont in een huis dat niet bij hun persoonlijke situatie past.¹⁷ Het gaat hierbij om huishoudens waarvan minimaal één lid een lichamelijke beperking heeft en waarvan de woning niet toe- en doorgankelijk is zonder traplopen. Daarbij is het onmogelijk om te woning tegen acceptabele kosten aan te passen. Deze situaties zien we voornamelijk in gedateerde grootstedelijke huurappartementen en gelden vooral voor lagere-inkomensgroepen. De problematiek verschilt sterk tussen grote steden, middelgrote steden en plattelandsgemeenten.

...en verhuizen op oudere leeftijd niet makkelijk is.

Ouderen verhuizen niet graag.¹⁸ Het huis en de directe omgeving voelen vertrouwd, de kinderen zijn er geboren en getogen, ze hebben goede contacten in de buurt en kennen de weg op hun duimpje. Verhuizen op oudere leeftijd is dan ook vaak een relatief grote opgave, zowel in materiële als in emotionele zin.¹⁹ Daarnaast denken mensen soms niet op tijd aan een verhuizing. Een relatief groot deel van de ouderen verhuist daardoor pas op het moment dat ze gezondheidsproblemen krijgen en hun woonsituatie ongeschikt blijkt te zijn.

¹⁶ SCP/PBL, Voor elkaar?, 2018

¹⁷ RIGO, Rapport Monitor Investeren in de Toekomst – Ouderen en langer zelfstandig wonen, 2017;

¹⁸ Woononderzoek 2015, Ministerie van BZK

¹⁹ Planbureau voor de Leefomgeving, Vergrijzing en Woningmarkt, 2013

Hoofdstuk 3

Actielijn 1 Goede ondersteuning en zorg thuis

“Zonder deze ondersteuning zou ik niet meer zelfstandig kunnen wonen.”

De heer Bos is nagenoeg blind en hardhorend. Met de hulp van vrijwilligers Gelske en Rijk van Beek woont hij zelfstandig en bezoekt hij regelmatig zijn vrouw in het verzorgingshuis. Iedere ochtend komt er iemand van de apotheek de heer Bos helpen met zijn medicatie.



3.1 Integrale ondersteuning en zorg rond ouderen thuis

3.1.1 Probleemanalyse

Veel ouderen redden zich goed als ze kunnen terugvallen op een mantelzorger en hun sociale netwerk, hulp hebben in het huishouden en af en toe naar de huisarts gaan. Tegelijkertijd zijn er ouderen die het moeilijk vinden om zelf de regie te houden over hun gezondheid, om sociale contacten te onderhouden en mee te blijven doen. Sommige ouderen hebben behoefte om met iemand te kunnen praten over levensvragen. Niet in elke wijk zijn er buurtnetwerken of verenigingen voorhanden waar ouderen een beroep op kunnen doen. Als ouderen kwetsbaarder worden en sociale, lichamelijke en/of geestelijke problemen krijgen, komen ze meer en meer in aanraking met verschillende professionals, zoals de huisarts, de wijkverpleegkundige, een medewerker van het sociaal team of een welzijnswerker.

Voor ouderen is het belangrijk dat de ondersteuning en zorg niet alleen goed op elkaar aansluiten, maar ook passen bij hun behoefte van dat moment. Dit vraagt om nauwkeurige afstemming en regie, iets wat helaas nog geen standaardpraktijk is. Professionals hebben al een volle dagtaak, waardoor ze moeilijk tijd kunnen vinden voor afstemming. Ook zijn er vaak nog geen afspraken tussen de betrokken professionals over welke interventie in welke situatie nodig is en wie daarvoor verantwoordelijk is. Zo werken op verschillende plaatsen in het land teams van verschillende zorgverleners uit verschillende domeinen rond een kwetsbare oudere, maar zonder eenduidige aanpak.

3.1.2 Waar willen we naartoe?

De verschillende stelsels op basis waarvan ondersteuning en zorg georganiseerd zijn, zijn ingewikkeld. Grote stelselwijzigingen gaan ons echter niet verder brengen. We moeten het juist kleinschalig en lokaal aanpakken: zorgen dat het werkt op elke vierkante kilometer, op het niveau van de wijk en de buurt. We zetten in op een aanpak waar ouderen geen last van ondervinden. Een aanpak die zorgverleners in staat stelt om makkelijker de samenwerking op wijkniveau te organiseren en de ondersteuning en zorg (voor kwetsbare ouderen) persoonsgericht en integraal te benaderen.

De Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek' schetst een toekomstbeeld van integrale ouderenzorg aan huis, waarin gezondheid centraal staat.²⁰ Onnodige zorg en behandeling worden voorkomen, ouderen krijgen ondersteuning en zorg in hun eigen omgeving en andere vormen van zorg, zoals e-health, worden steeds belangrijker. We beseffen heel goed dat het in de praktijk voor de betrokken organisaties flink zoeken en puzzelen is om alle verschillende onderdelen van de ondersteuning en zorg naadloos op elkaar te laten aansluiten. Maar we hoeven niet bij nul te beginnen. Uit studies²¹ en praktijkvoorbeelden rondom integrale ouderenzorg en ondersteuning thuis komt een aantal werkzame elementen naar voren:

²⁰ Taskforce De juiste zorg op de juiste plek (2018) 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?'

²¹ Zie bijvoorbeeld het rapport van ARGO (2016) 'Inventarisatie en analyse van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen.'

A. We gaan uit van de eigen kracht van ouderen en van de samenleving...

Ouderen zijn zich ervan bewust dat zij in eerste instantie zelf verantwoordelijkheid zijn voor een vitale en actieve levensstijl. Ze blijven zo lang mogelijk meedoen in de samenleving, bijvoorbeeld door lid te worden van een vereniging, vrijwilligerswerk te doen en voldoende te bewegen. Een sterk netwerk van buurtgenoten, verenigingen, kerken en welzijnswerkers ondersteunt ouderen hierbij. Op het moment dat een er wel behoefte aan ondersteuning of zorg ontstaat, is er voldoende informatie beschikbaar zodat ouderen zelf de regie blijven houden. Denk aan een sociale kaart met daarin de organisaties die actief zijn in de wijk of een onafhankelijke cliëntondersteuner of ouderenadviseur die zij om raad kunnen vragen. Ook e-health toepassingen, zoals monitoring, een ziekenhuisconsult op afstand (bij chronisch zieke ouderen) of valsensoren, ondersteunen ouderen bij het langer zelfstandig blijven.

B. ...en als de kwetsbaarheid toeneemt is er een team voor ouderen in de wijk...

Professionals in de wijk organiseren zich als een team, met name als het gaat om de meest kwetsbare groep ouderen die dreigen de regie over hun eigen leven te verliezen. In de samenwerking zitten bijvoorbeeld de huisarts of POH, de wijkverpleegkundige, de apotheker, een medewerker uit het sociaal team en steeds vaker een specialist ouderengeneeskunde. Ze werken samen rondom een oudere en stemmen de zorg onderling af en vormen zo een 'kernteam ouderen'.²² Deze komen al op veel plaatsen voor, waarbij de naamgeving lokaal kan verschillen, de samenstelling dynamisch is en afhankelijk van de lokale situatie. De teams zetten in op vroegsignalering: ouderen die mogelijk kwetsbaar zijn, komen met behulp van casefinding of risicoprofielen eerder in beeld. Zij houden hun ogen en oren open en letten samen op dreigende eenzaamheid, tekenen van ondervoeding²³, beginnende dementie of zorgmijding. Door deze brede blik kan team niet alleen de juiste diagnose stellen (brede triage), maar ook alle levensgebieden betrekken bij het beoordelen van de ondersteuningsvraag. Op die manier kunnen ouderen passende ondersteuning en zorg krijgen, die voorkomt dat hun kwetsbaarheid toeneemt, en hen zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven teruggeeft en hun zelfredzaamheid vergroot.

In Groningen en Drenthe is de afgelopen jaren ervaring opgedaan met het zorgmodel **SamenOud**. Daarbij heeft elke huisarts een eigen Ouderenzorg Team. Alle 75-plussers in de praktijk van de huisarts worden uitgenodigd deel te nemen. Deelnemende ouderen ontvangen jaarlijks een vragenlijst om hun risicoprofiel vast te stellen. Het Ouderenzorg Team biedt vervolgens preventieve, passende zorg en ondersteuning. Het team bestaat, naast de huisarts, uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een sociaal werker. Vanwege de positieve ervaringen en onderzoeksresultaten, ook op lange termijn, worden kenmerken en onderdelen van SamenOud geborgd in de dagelijkse werkwijze. www.samenoud.nl

22 Deze term wordt gebruikt in het 'Plan van aanpak zorg voor kwetsbare ouderen' InEen, KNGF, KNMP, Laego, LHV, NHG, Patiëntenfederatie, V&VN, Verenso, VWS, ZN (2017)

23 In het project 'Goed gevoed ouder worden' is de afgelopen jaren een scholingsmodule ontwikkeld voor diëtisten. De diëtisten worden opgeleid om professionals in de wijk te scholen zodat zij ondervoeding bij ouderen kunnen signaleren en hier de juiste ondersteuning bij aan kunnen bieden.

Een professional uit het team benadert voor de organisatie van ondersteuning en zorg andere professionals met wie ouderen te maken hebben. Zo schakelen zij de tandarts in wanneer een oudere problemen heeft met zijn of haar gebit. Een ouderenadviseur kan bijvoorbeeld hulp bieden bij het versterken van sociale contacten, het vinden van passende dagbesteding, of het omgaan met zingevingsvragen of verlies van dierbaren. Waar nodig kan hiervoor ook een geestelijke verzorger worden ingeschakeld. Voor samenwerking maakt het team gebruik van digitale communicatieplatforms zodat zij makkelijk gegevens uit kunnen wisselen. Door samen duidelijke afspraken te maken over de gewenste aanpak en ieders taken en verantwoordelijkheden, weten alle partijen precies bij wie ze waarvoor moeten zijn. Een richtlijn waarin aanpak, taken en verantwoordelijkheden beschreven staan, kan hierbij behulpzaam zijn. Zo hebben professionals voldoende tijd om samen te werken, af te stemmen en regie te voeren.

Project 'De mond niet vergeten!'

In het programma mondzorg voor kwetsbare ouderen werken partijen samen om de komende 18 maanden de mondgezondheid van 100.000 thuiswonende kwetsbare ouderen te verbeteren. Via het project 'De mond niet vergeten!' worden landelijke opgestelde acties vertaald naar de praktijk.

Het doel is onder andere dat zorgprofessionals (thuiszorg, huisarts enz.) en mondzorgprofessionals (mondhygenisten, tandartsen(geriatrie) in de regio's om tafel gaan om de mondgezondheid en mondzorg van kwetsbare ouderen te bespreken en dat ouderen, hun naasten en zorgprofessionals het belang kennen van een goede mondgezondheid en weten hoe ze daarvoor kunnen zorgen. Het programma loopt tot eind 2019.

Betrokken professionals uit het team zijn alert op medicatieveiligheid en het juiste gebruik van geneesmiddelen.²⁴ De specialist ouderengeneeskunde speelt hierin een belangrijke rol. Een aangewezen professional uit het team gaat tijdig met ouderen in gesprek over levensvragen: wat vinden ouderen belangrijk op het moment dat hun gezondheid achteruit gaat?²⁵ Hierbij bespreken ze praktische zaken, zoals dat het veilig en verantwoord moet zijn voor de oudere om thuis te blijven wonen²⁶, maar worden ook afspraken rond het levenseinde gemaakt, als onderdeel van *advance care planning*. Het team overlegt onderling wanneer een Wlz-indicatie aan de orde is en bepaalt wie de regie neemt over het voorbereiden en informeren van de oudere. Ook de inzet van palliatieve zorg wordt daarbij betrokken.

Mocht opname in een verpleeghuis in zicht komen, dan wordt tot die tijd overbruggingszorg geleverd, die zoveel mogelijk aansluit bij de zorg en ondersteuning die de cliënt kreeg voorafgaand aan de Wlz-indicatie.²⁷

24 De Taskforce De juiste zorg op de juiste plek besteedt aandacht aan de doelstelling dat in 2018 de koepels van voorschrijvers, terhandstellers en toedieneren onder regie van VWS een zorgbreed actieplan opstellen met als doel om in 2021 is het aantal vermijdbare geneesmiddelgerelateerde opnames met 50 procent terug te brengen ten opzichte van 2017. Zie voor meer informatie Taskforce De juiste zorg op de juiste plek (2018) 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?' p.80.

25 <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/levensvraag/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Kwaliteitsstandaard%20Levensvragen.pdf>

26 Met de beroepsgroep worden de mogelijkheden van een handreiking verkend, zodat professionals meer handvatten hebben om een onveilige situatie te voorkomen en tijdig het gesprek aan te gaan.

27 Zie de brief van 16 mei 2018 met kenmerk, 1328692-175554-Z

Experiment domeinoverstijgend werken

In de gemeenten Ede en Dongen werken zorgverzekeraars, wlz-uitvoerders, gemeenten en zorgaanbieder(s) onder de noemer “experiment domeinoverstijgend werken’ samen om ervoor te zorgen dat kwetsbare ouderen (en hun naasten) langer op een kwalitatief goede wijze het leven kunnen blijven leven zoals ze dat willen in hun eigen vertrouwde omgeving. Eén professional is als ‘arrangeur’ verantwoordelijk voor het organiseren van alle ondersteuning- en zorg van de oudere. Om dat te kunnen doen verlenen de gemeente en de zorgverzekeraar mandaat aan de arrangeur om zowel voor de Zvw (wijkverpleging) als de Wmo te kunnen optreden. De arrangeur (ook wel leefcoach) trekt nauw op met de oudere, vertaalt diens wensen in een concreet aanbod, treedt preventief op, kijkt waar ondersteuning en zorg uit de Zvw en Wmo kunnen worden gecombineerd en maakt gebruik van informele ondersteuning. De arrangeur denkt met de kwetsbare oudere en diens naasten mee en maakt het minder lastig om samenhang in de ondersteuning en zorg te organiseren.

C. ...dat werkt met een persoonlijk ondersteunings- en zorgplan en duidelijke regie.

In het ondersteunings- en zorgplan leggen professionals samen met de oudere en zijn of haar naasten vast wat de behoeften zijn rondom wonen, welzijn en zorg. Verder treedt een lid uit het kernteam op als casemanager, die de oudere ondersteunt bij het voeren van regie. Alle betrokken professionals kennen dit plan, handelen ernaar en zorgen ervoor, in overleg met de oudere, dat het actueel blijft. Ze stemmen de ondersteuning en zorg met elkaar en met de oudere af, bijvoorbeeld via een multidisciplinair overleg en door gebruik van een digitaal communicatieplatform. Met toestemming van de oudere wordt het ondersteunings- en zorgplan onderdeel van zijn of haar persoonlijke gezondheidsomgeving. Professionals wisselen het plan en andere sociale en medische gegevens digitaal uit, waarbij ook het medicijngebruik van de oudere wordt betrokken.

3.1.3 Wat gaan we doen?

We bouwen voort op een bestaande beweging. In veel wijken zijn professionals al hard bezig om integrale ouderenzorg thuis te organiseren en ervoor te zorgen dat de wensen en behoeftes van ouderen en hun naasten daarbij voorop komen te staan. Vanuit het Bestuurlijk Overleg eerste lijn 2014 – 2017 is het ‘Plan van aanpak zorg voor kwetsbare ouderen’ gestart, gericht op de belangrijkste zaken die nodig zijn om goede ondersteuning en zorg voor deze groep ouderen te organiseren.²⁸ Ook zien we dat op veel plekken in Nederland gemeenten en zorgverzekeraars samenwerken om thuiswonende ouderen betere hulp te kunnen bieden.²⁹

Zorg in de Wijk

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis is in een aantal regio’s gestart met **Zorg in de Wijk**. Doel is om (met name) ouderen te ondersteunen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen door het verbeteren van zelfregie, kwaliteit en betaalbaarheid van de wijkverpleging. Er wordt samen gewerkt met een beperkt aantal aanbieders om versnippering te voorkomen. Per wijk maken wijkverpleegkundigen, samen met de huisarts(en) en de sociale (gemeentelijke) buurtteams jaarlijks een wijkplan. Dit wijkplan bevat o.a. concrete afspraken voor vroegsignalering bij kwetsbare ouderen zoals screening door huisartsen met aansluitend een bezoek van een wijkverpleegkundige. Regionaal worden gelijke afspraken gemaakt met onder andere ziekenhuizen, GGZ en verpleeghuizen. Zorg in de Wijk heeft een minimale doorlooptijd van drie jaar.

Zorginstituut Nederland werkt aan een voorstel voor een gezamenlijke agenda met partijen, die ertoe moet leiden dat de samenhang in ondersteuning en zorg voor kwetsbare ouderen thuis verbetert.³⁰ Daarin staan elementen als het beschrijven van de doelgroep en de relevante kenmerken, het in kaart brengen van taken en verantwoordelijkheden van een ‘kernteam ouderen’ – waaronder het werken met een persoonlijk ondersteunings- en zorgplan – en de afspraken die gemaakt moeten worden om tot integrale zorg voor ouderen thuis te komen, inclusief het sociaal domein. Deze agenda heeft tot doel om landelijk overeenstemming te bereiken over de juiste zorg voor de oudere, op de juiste plek en door de juiste zorgverlener of ondersteuner. Bovendien geeft het meer ruimte om de zorg regionaal te organiseren en zo rekening te houden met hoe partijen de zorg onderling hebben georganiseerd. Op die manier weet straks iedere oudere, ongeacht woonplaats of verzekeraar, op welke zorg hij of zij mag rekenen. Het Zorginstituut wil deze agenda op korte termijn gereed hebben.

28 InEen, KNGF, KNMP, Laego, LHV, NHG, Patiëntenfederatie, V&VN, Verenso, VWS, ZN (2017) ‘Plan van aanpak zorg voor kwetsbare ouderen’

29 AEF (2017) ‘Samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten. De huidige samenwerking in kaart met behulp van ‘samenwerkingskaarten’.

30 <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/ouderenzorg/kwetsbare-ouderen-thuis>

In aanvulling hierop zetten wij in op:

- **Versterken van de eigen kracht van ouderen en van de samenleving**

Gezond en vitaal oud worden moeten ouderen in de eerste plaats zelf doen, maar ook gemeenten hebben hierin op grond van de Wmo 2015 en de Wet Publieke Gezondheid een taak. In aanvulling daarop investeren gemeenten, Rijk en lokale partners binnen het programma Sociaal Domein in de versterking van de sociale basis. Het gaat dan bijvoorbeeld om het bevorderen van contacten tussen buurtbewoners, het verenigingsleven en maatschappelijke initiatieven. We ondersteunen de opzet en de ontwikkeling van het netwerk 'Vitaler ouder worden', dat moet gaan bestaan uit een groot aantal maatschappelijke organisaties. Het netwerk wil ouderen langer actief laten blijven en daardoor hun gezondheid bevorderen.

De activiteiten die daarvoor nodig zijn, zullen met name op lokaal niveau moeten plaatsvinden waardoor er een belangrijke rol is weggelegd voor lokale netwerken. Verder investeert het kabinet de komende periode samen met gemeenten en zorgkantoren in de beschikbaarheid van cliëntondersteuning bij de toegang, de bekendheid van cliëntondersteuning bij ouderen zelf, en de deskundigheid van cliëntondersteuners om ouderen met een complexe ondersteuningsvraag te begeleiden. Het kabinet investeert de komende periode eveneens in de beschikbaarheid van geestelijke verzorging / levensbegeleiders, juist ook voor mensen in de thuissituatie.

- **Meer samenhang in ondersteuning en zorg voor ouderen thuis**

Diverse partijen houden zich bezig met de integrale zorg en ondersteuning voor thuiswonende, kwetsbare ouderen, ieder met een eigen taak en verantwoordelijkheid.³¹

Zorgaanbieders en zorgverleners in de wijk (huisartsen, wijkverpleging, thuiszorg, ouderenadviseurs, apothekers, specialisten ouderengeneeskunde, enzovoorts) zijn uitgelezen partijen om op lokaal niveau persoonsgerichte en integrale ouderenzorg te realiseren. Op hun agenda staan de (door)ontwikkeling van een ondersteunings- en zorgplan en regie, de 'kernteams ouderen' en de samenwerking en verantwoordelijkheden, zowel in de wijk als daarbuiten.

Om de verbinding tussen het sociaal en medisch domein te waarborgen heeft zorgverzekeraar Menzis een aparte **inkoopmodule 'sociale infrastructuur'** ontwikkeld. Via deze module kan de tijd die wijkverpleegkundigen nodig hebben voor coördinatie en regietaken gefinancierd worden.

Inkopers (zorgverzekeraars en gemeenten) faciliteren en stimuleren de aanpak van zorgaanbieders, en borgen de verbetering van de uitvoeringspraktijk via de contractering. En mocht de samenwerking tussen zorgaanbieders niet tot stand komen, dan nemen zij samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties het initiatief om te zorgen dat dit alsnog gebeurt. Het is het streven dat inkopende partijen verspreid over het hele land strategisch overleg voeren, met ruimte voor regionale en lokale diversiteit. Zij kunnen dan de regionale opgave omtrent ouderen in beeld brengen en een gezamenlijke visie en werkwijze ontwikkelen omtrent het gewenste lokale en regionale ondersteunings- en zorglandschap.

Op landelijk niveau maken het ministerie van VWS, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland nadere afspraken over manieren om de samenwerking tussen de inkopende partijen onderling en met andere partijen in de regio te versterken. Inspirerende voorbeelden, knelpunten en regionale vraagstukken kunnen worden opgeschaald en besproken (zie ook hoofdstuk 6 over de governance).

³¹ Zie onder meer het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022 (brief van 6 juni 2018 met kenmerk 1359351-177624-CZ)

- **Versterking beschikbaarheid specialist ouderengeneeskunde**

De beschikbaarheid van de expertise van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn krijgt een impuls. Omdat deze maatregel eveneens van belang is voor de acute keten, wordt deze in paragraaf 3.2 verder uitgewerkt.

- **Stimuleren 'e-health toepassingen' en 'ontsluiten van medische gegevens'**

Er komen twee subsidieregelingen om (digitale) innovatie in de langdurige zorg te ondersteunen. De eerste regeling maakt het mogelijk om initiatieven omtrent e-health in de integrale ouderenzorg thuis op te schalen en te verduurzamen; de Stimuleringsregeling E-health Thuis. Denk aan digitale communicatieplatforms, zorgconcepten die gebruik maken van beeldzorg, medicatie-aanreiking en valpreventie. De tweede regeling richt zich op de gegevensuitwisseling tussen professionals en ouderen en hun persoonlijke gezondheidsomgeving (VIP Care). Om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen, dient ook de juiste informatie op het juiste moment bij de betrokken professionals, mensen en hun netwerk aanwezig zijn. Zo kan de zorg beter rondom de oudere georganiseerd worden. Als ouderen dat willen, hebben zij te allen tijde toegang tot hun medische gegevens, ongeacht bij wie zij de ondersteuning of zorg afnemen. Dat geeft rust, ouderen hoeven maar één keer hun verhaal te vertellen, en het faciliteert het samen beslissen. Ook reduceert het de administratieve lasten in de zorg. De maatregel sluit aan bij de vier doelen van het Informatieberaad.³²

- **Leernetwerken**

Om het proces van samenwerking in de regio's te versnellen zetten zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, VWS en een afvaardiging van cliëntvertegenwoordigers een lerend netwerk op, met als doel het zoeken naar antwoorden op heikle kwesties en het bevorderen van innovatie en opschaling.

Daarnaast wordt binnen het ZonMw programma 'Langdurige Zorg en ondersteuning' ingezet op het helpen van professionals in de wijk bij het doorontwikkelen, implementeren en zich eigen maken van werkwijzen die bewezen bijdragen aan goede integrale ouderenzorg thuis. Voor de komende kabinetsperiode zijn voor dit leren in de praktijk aanvullende middelen gereserveerd. Het programma bevordert de kennis- en informatieuitwisseling in regionale leernetwerken, en ook tussen deze netwerken, waarbij gebruik wordt gemaakt van bestaande platforms, zoals het consortium BeterOud.³³

De Stuurgroep Ondervoeding voert momenteel het project 'het persoonlijke voedingspaspoort' uit. In dit project wordt in drie pilots ervaring opgedaan met een persoonlijk voedingspaspoort. Dit project levert een blauwdruk op voor een persoonlijk voedingspaspoort van kwetsbare ouderen, die de cliënt meeneemt tijdens de transitie in de 1e, 2e of 3e lijns zorg evenals een onderliggende toolkit met een systematische werkwijze voor continuïteit van (voedings)zorg, interprofessionele samenwerking en overdracht bij transitie. De uitkomsten van het project (voorzien in april 2019) worden met belangstelling tegemoet gezien.

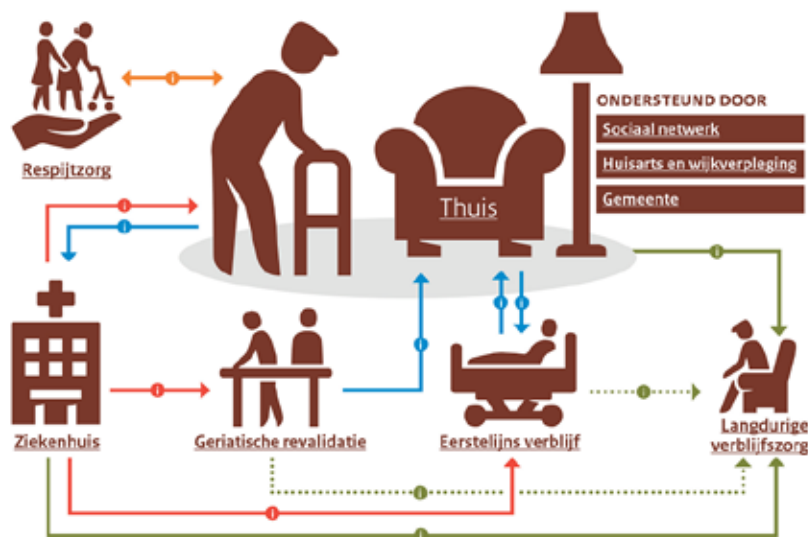
³² <https://www.informatieberaadzorg.nl/outcomedoelen/publicaties/publicaties/2017/3/24/generieke-outcome-doelen-informatieberaad>

³³ <http://www.beteroud.nl/ouderen>

3.2 Tijdelijk niet thuis

3.2.1 Probleemanalyse

Naast de meer algemene aspecten van goede ondersteuning en zorg voor kwetsbare ouderen thuis, zoals genoemd in de voorgaande paragraaf, vraagt de situatie waarin ouderen tijdelijk niet thuis kunnen zijn specifiek aandacht. De ontwikkeling dat ouderen langer thuis wonen, ook wanneer zij kwetsbaarder worden, brengt met zich mee dat zij – vaker dan voorheen – tijdelijk niet zelfstandig thuis kunnen wonen. Tal van factoren kunnen daarbij een rol spelen. Zo kan een mantelzorgers onvoorziene uitval of een medische aandoening of psychische gesteldheid verslechteren. Maar iemand kan ook vallen, onterecht raken, of zijn of haar medicijnen verkeerd gebruiken. Daarnaast hebben ouderen een tijdelijk verblijfplek nodig als de medische specialistische behandeling in het ziekenhuis is afgerond, maar zij nog onvoldoende hersteld zijn om naar huis terug te keren, of als zij gaan verhuizen naar een verpleeghuis, maar daar nog niet terecht kunnen.



Figuur 1 Keten van mogelijke tijdelijk verblijfsvormen of spoedopname van de oudere

Voor kwetsbare ouderen met een complexe hulpvraag zijn er verschillende mogelijkheden voor ondersteuning en zorg bij tijdelijk verblijf (zie figuur 1). Een deel daarvan is gericht op spoedzorg, zoals Wmo-spoedzorg, eerstelijnsverblijf, Wlz-crisisbedden; en ander deel is meer planbaar of volgt op spoedzorg, zoals respijtzorg, geriatrische revalidatiezorg, logeeropvang in de langdurige zorg en deels eerstelijnsverblijf. Daarnaast zien we dat de drukte toeneemt bij de acute zorg op de huisartsenposten (HAP) en de spoedeisende-hulpafdeling (SEH). Deels ligt de oorzaak daarvan bij het toenemend aantal ouderen dat op de HAP en SEH terecht komt, al spelen er meer factoren mee. Omdat voor de patiënt nu niet overal de juiste voorziening op het juiste moment beschikbaar is, moet noodgedwongen van een andere, en soms duurdere voorziening gebruik gemaakt worden. Daarbij is het lang niet altijd meteen duidelijk welke plek het beste bij iemand past, bijvoorbeeld wanneer diagnostiek nog niet is afgerond. Maar ook het zoeken naar een passende voorziening blijkt tijdrovend, met als gevolg dat ouderen lang in het een ziekenhuis verblijven. Dit maakt de zorg niet alleen onnodig duur, het laat ouderen ook onnodig lang wachten voordat ze met een herstelbehandeling kunnen beginnen of in een instelling voor langdurige zorg terecht kunnen. We constateren dat er sprake is van onvoldoende kennis over vervolgzorg en dat er onvoldoende inzicht bestaat in de beschikbare capaciteit voor tijdelijk verblijf.

3.2.2 Waar willen we naartoe?

A. Geriatrische expertise op de juiste plek op het juiste moment en...

Omdat de populatie in de eerste lijn verandert, is het belangrijk dat de zorg ook meebeweegt door daar meer geriatrische expertise beschikbaar te maken. Deze expertise, die voorheen vooral in de langdurige zorg aanwezig was, dient ook structureel aanwezig te zijn in de eerste lijn. Bij complexe zorgvragen en in crisissituaties thuis wil een huisarts direct de specifieke expertise in kunnen schakelen van de specialist ouderengeneeskunde en het multidisciplinaire team waarvan deze specialist onderdeel uitmaakt.³⁴ De inzet van zulke specialisten ontlast huisartsen, kan onnodige ziekenhuisopnames voorkomen en laat cliënt, mantelzorger en hulpverleners beter anticiperen op acute situaties.

De specialist ouderengeneeskunde heeft een brede blik en kan het kernteam ondersteunen om vroegtijdig de juiste ondersteuning en zorg in te zetten, en als het gaat om opnames van oudere patiënten, de verbinding te leggen met de spoedzorg en de geriater in het ziekenhuis. Daarbij kijkt de specialist ouderengeneeskunde bijvoorbeeld naar mogelijkheden om medicatiegebruik af te bouwen of om het valrisico te verminderen.

Als ouderen met een medisch-specialistische zorgvraag op de SEH terechtkomen, is het belangrijk dat daar de juiste geriatrische expertise beschikbaar is. Alleen dan kunnen deze ouderen zo snel mogelijk de juiste zorg krijgen. Snelle beschikbaarheid van de juiste zorg kan verder bijdragen aan een sneller en beter herstel van oudere patiënten.

De wijkkliniek in Amsterdam

Het AMC is in samenwerking met Cordaan en Zilveren Kruis een wijkkliniek voor ouderen gestart. Daarmee wordt medisch-specialistische ouderenzorg van het ziekenhuis naar de wijk gebracht. Het is een mini-ziekenhuis waar zowel acute medische zorg als goede ondersteuning en begeleiding geboden wordt om verdere achteruitgang bij patiënten te voorkomen. Uitgangspunt is de vraag “wat heeft iemand nodig om straks thuis weer goed te kunnen functioneren?”. Het doel is om mensen zo fit mogelijk weer naar huis te laten gaan.

B. ...soepele doorstroom van en naar tijdelijk verblijf.

Willen we als maatschappij ouderen ondersteunen om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen, dan moeten we de andere kant van dezelfde medaille – het tijdelijk verblijf – ook goed organiseren. De overgang tussen thuis en tijdelijk niet thuis (en indien het echt nodig is, de verhuizing naar een wlz-instelling) moet voor mensen zo soepel mogelijk verlopen en moet aansluiten bij de zorgvraag die zij op dat moment hebben.

³⁴ Samen met een ergotherapeut, psycholoog, systeemtherapeut, verpleegkundig specialist ouderenzorg.

Allereerst dienen er voldoende tijdelijke plekken beschikbaar zijn³⁵, maar zorgprofessionals moeten deze tijdelijke plekken ook gemakkelijk kunnen vinden. Daarom willen we dat in de nabije toekomst zorgverleners bij de regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf terecht kunnen voor inzicht in de beschikbaarheid van alle vormen van tijdelijk verblijf. Voorts moeten zorgprofessionals goed samenwerken om de overgang tussen thuis of het ziekenhuis, de tijdelijke plek en (een nieuw) thuis soepel te laten verlopen.

We zien tegenwoordig ook dat mensen op een tijdelijke plek worden opgenomen, zelfs als nog niet bij voorbaat duidelijk is of dit wel de juiste plek is. Vervolgens wordt bijvoorbeeld twee weken de tijd genomen om uit te zoeken wat precies de beste plek voor iemand is. Bij deze initiatieven worden de tijdelijke plekken op basis van de Wmo, de Zvw en de Wlz bijeengebracht en wordt achteraf bepaald voor welk domein de rekening is. Kortom, flexibiliteit en een ‘welkomme voorkant’: de voordeur staat open, en verwijzers en cliënten hebben geen last van hoe het aan de achterkant geregeld is.

Ook willen we ervoor zorgen dat partijen elkaar op regionaal niveau structureel opzoeken, om de doorstroom met elkaar te bespreken en af te stemmen. Hoe snel iemand vanuit thuis of ziekenhuis naar een tijdelijk verblijf naar (een nieuw) thuis doorstroomt, is vooral belangrijk voor ouderen met een complexe problematiek. Zij kampen vaak met een combinatie van somatische en psychische kwetsbaarheid en soms met eenzaamheid. Deze mensen blijven nu soms te lang in het ziekenhuis, omdat zij niet terug naar huis kunnen en er geen passende plek voor ze kan worden gevonden. We zien hier een rol voor het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), dat in het kader van de beschikbaarheid van de acute zorg onder meer tot taak heeft om de uitstroom uit de acute zorg richting vervolgzorg soepel te laten verlopen. Als gemeenten en zorgverzekeraars samen een duidelijk beeld hebben over de (toekomstige) zorgvraag van de inwoners van een bepaalde regio, kan dit een sterke basis vormen voor het overleg in ROAZ-verband, evenals breder inzicht geven in de beschikbare plekken voor tijdelijk verblijf via de regionale coördinatiepunten.

Het is daarvoor van belang dat de aansluiting en afstemming tussen het ROAZ enerzijds en het overleg in de regio tussen gemeenten en zorgverzekeraars anderzijds groeit. Wanneer er sprake is van een terugkeer naar huis, speelt ook de gemeente een belangrijke rol: naast goede zorg is het belangrijk dat ook aandacht besteed wordt aan voldoende sociale en materiële steun die nodig kan zijn als ouderen; dagbesteding, financiële administratie, maaltijdvoorziening, woningaanpassingen, bij thuiskomst voldoende huishoudelijke hulp geregeld en dat het netwerk van de oudere goed op de hoogte is. Een voorbeeld van een goede aanpak om de overgang van ziekenhuis naar huis beter te laten verlopen is de zogenaamde Transmurale Zorgbrug.

Om ervoor te zorgen dat er voldoende personeel is om ondersteuning en zorg te verlenen in het tijdelijk verblijf zetten we de acties in vanuit het actieprogramma ‘Werken in de Zorg’.³⁶

35 In het hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging (brief van 6 juni 2018 met kenmerk 1359351-177624-CZ) is afgesproken dat voor het eerstelijnsverblijf (structureel) een jaarlijks bedrag van 20 miljoen (oplopend tot 80 miljoen in 2022) wordt toegevoegd aan het macrokader ELV/GRZ exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstellingen.

36 Brief van 13 maart 2018 met kenmerk 1312382-174438-MEVA

De Transmurale Zorgbrug slaat een brug tussen zorgverleners in het ziekenhuis en de wijkverpleging. Voordat iemand uit het ziekenhuis wordt ontslagen komt de wijkverpleegkundige in het ziekenhuis langs en bezoekt de patiënt en overlegt met het (geriatrische) behandelteam. De wijkverpleegkundige kan daardoor thuis de nodige voorbereidingen treffen zodat de zorg voor de patiënt naadloos van het ziekenhuis naar huis overgaat. Op circa 30 plekken in Nederland wordt ervaring opgedaan met de Transmurale Zorgbrug. De ervaringen en resultaten zijn positief. Uit onderzoek is gebleken dat als oudere patiënten na ontslag uit het ziekenhuis nazorg krijgen door een wijkverpleegkundige, de sterfte met een kwart daalt.

3.2.3 Wat gaan we doen?

- **Versterking beschikbaarheid specialist ouderengeneeskunde**

De komende kabinetsperiode is er extra geld beschikbaar gesteld om de expertise van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn in te kunnen zetten en in de verbinding naar de spoedzorg. De specialist ouderengeneeskunde heeft specifieke expertise die voorheen alleen in verpleeghuizen beschikbaar was. Nu meer ouderen thuis wonen is deze kennis ook in de wijk essentieel. Alleen dan wordt bijtijds duidelijk welke ondersteuning en zorg kwetsbare ouderen nodig hebben, zeker wanneer een opname nodig mocht zijn. Daarnaast werken we aan het onderbrengen van de medische zorg en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde in de Zorgverzekeringswet.

- **Verbreding regionale coördinatiepunten tijdelijk verblijf**

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben per 1 april 2018 regionale coördinatiepunten gerealiseerd, waardoor beschikbare bedden in het eerstelijnsverblijf voor elke huisarts en elk ziekenhuis inzichtelijk zijn. Ook voor andere vormen van tijdelijk verblijf is een dergelijke transparantie omtrent beschikbare plaatsen cruciaal. Om in 2018 deze verbreding voor elkaar te krijgen, is het van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar om tafel gaan, evenals andere financiers en partijen zoals de zorgkantoren en gemeenten. Zorgverzekeraars nemen de regie.

We inventariseren de initiatieven in het land die werken aan een 'welkome voorkant' voor tijdelijk verblijf. Verder gaan we in gesprek met zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten om te kijken hoe we deze nieuwe ontwikkeling kunnen inzetten om een nog soepelere overgang naar tijdelijk verblijf te organiseren.

In het kader van de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek is het noodzakelijk dat er duidelijke afspraken komen tussen ziekenhuizen, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders van wijkverpleging/erstelijnszorg over de zorg en informatie *na opname*. Denk hierbij aan de aanpak volgens de transmurale zorgbrug. Dit betreft ook de eventuele noodzaak voor huishoudelijke hulp, maaltijdvoorziening en woningaanpassingen, en de voorlichting van mantelzorgers en de naaste omgeving van de oudere. We willen er samen voor zorgen dat mensen het thuis weer redden en dat hulp- en zorgverleners kunnen inspelen op de wensen en behoeften van de oudere.

- **Regie door ROAZ in keten acute zorg**

Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is dé plek om concrete afspraken te maken omtrent de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van regionale acute zorg. Dat betreft niet alleen de samenwerking tussen de zorgaanbieders die deze zorg verlenen, maar ook met partijen die betrokken zijn bij de instroom in- en uitstroom uit de acute zorg. Wij werken op dit moment aan nieuwe regelgeving om de rol en positie van de ROAZ-en te versterken.

3.3 Indicatoren

Actielijn 1 Goede ondersteuning en zorg thuis
Het percentage 75-plussers dat eigen regie ervaart over zijn/haar leven
De door thuiswonende 75-plussers ervaren aansluiting van de zorg
Het percentage 75-plussers dat ondersteuning en zorg naar eigen zeggen goed geregeld krijgt

Box: aandacht voor dementie

De drie actielijnen van Langer Thuis komen samen bij de mens met dementie en zijn of haar naasten. Wat een oudere nodig heeft wanneer de gevolgen van het ouder worden zich beginnen af te tekenen, geldt in beginsel ook voor iemand met dementie. Alleen dan n t iets anders. Op dit moment wonen er naar schatting ruim 200.000 mensen met dementie, met en zonder diagnose, nog thuis. In de toekomst zal het aantal ouderen met dementie sterk stijgen: nu zijn dat er zo'n 270.000, maar in 2030 zullen dat er al 400.000 zijn. Volgens het trendscenario van de VTV-2018 zal dementie in 2040 de hoogste ziektelast geven. Juist iemand met dementie is erbij gebaat om in zijn eigen, vertrouwde omgeving te blijven wonen. En om een waardevol en gerespecteerd lid van de samenleving te blijven, ondanks toenemende beperkingen. Dat vraagt om goede zorg en ondersteuning. Niet alleen voor de mens met dementie, maar ook voor zijn of haar mantelzorgers.

Wat is de gewenste situatie?

Dementie heeft ingrijpende gevolgen op iemands leven. Vanaf de diagnose krijgen de mens met dementie  n zijn mantelzorger goede psychische en sociale ondersteuning. Van de voorbereiding op de gevolgen van de ziekte tot het leren omgaan met de veranderingen die het ziekteproces met zich meebrengt. Daarnaast is er praktische hulp, van het regelen van zorg tot een vrijwilliger die een handje helpt. Zodra dat nodig is, ontvangt iemand met dementie thuiszorg van een professional die weet wat dementie inhoudt. Alle zorg en ondersteuning is persoonsgericht. Dit houdt ook in dat er dagbesteding op maat beschikbaar is en dat de mantelzorger desgewenst een beroep kan doen op hulp van vrijwilligers. Zorgen voor een naaste met dementie kan zeer veeleisend zijn. Een mens met dementie heeft behoefte aan een huis dat zowel vertrouwd als veilig is. Dit betekent vaak dat de woning aangepast dient te zijn. Voor activiteiten en sociale interactie is een omgeving nodig waar iemand met dementie met een gerust hart kan rondlopen en waarbij hij zelf de weg terug naar huis kan vinden. Waar hij, indien nodig, hulp krijgt van een buurtgenoot of van een medewerker in, bijvoorbeeld, een winkel.

Wat gaan we doen?

Om mensen met dementie op een verantwoorde manier thuis te laten wonen, zetten wij in op de volgende activiteiten, naast de algemene activiteiten van het programma Langer Thuis. Voor het meer dementievriendelijk maken van zowel de fysieke als de sociale omgeving ondersteunen wij het programma 'Samen Dementievriendelijk' (2016-2020) en de initiatieven van gemeenten en provincie, zoals in Noord-Brabant (www.dementievriendelijk.nl). In 'Samen Dementievriendelijk' (<https://samendementievriendelijk.nl/>) werken Alzheimer Nederland, PGGM en het ministerie van VWS samen om Nederlanders bewuster te maken van de impact van dementie op de samenleving en om ze aan te sporen zelf iets te betekenen voor iemand met dementie of een mantelzorger. Hiertoe worden trainingen voor verschillende doelgroepen gegeven, waaronder beroepsgroepen, ervaringen gedeeld en goede voorbeelden verspreid. Nu zijn er bijna 112.000 dementievrienden, in 2020 moeten dat er 310.000 zijn. Voor betere zorg en ondersteuning vanaf het moment dat de diagnose is gesteld, ondersteunen wij diverse experimenten rond de sociale benadering van dementie voor thuiswonende mensen en hun mantelzorgers. Dit is de uitvoering van de motie Bergkamp (kamerstukken 34 775 XVI nr. 88). Nog dit jaar moeten vier experimenten starten, gevolgd door vier nieuwe experimenten in 2019, elk met een looptijd van vier jaar. Indien de experimenten succesvol zijn, worden deze in 2022 onderdeel van de reguliere dementiezorg in de acht experimentregio's.

Daarnaast ondersteunen wij het programma 'Dementiezorg voor Elkaar', dat loopt tot en met 2020. Dit programma wil de kwaliteit van leven van thuiswonende mensen met dementie verbeteren door de zorg en ondersteuning, nog meer dan nu, af te stemmen op hun persoonlijke leefwereld, over de grenzen van wonen, zorg en welzijn heen. Dit doet het programma door:

- Samenwerkingsverbanden ondersteuning te bieden in de vorm van korte consultaties door een adviseur bij eenvoudige vragen of begeleiding op maat voor langere tijd bij complexe vragen;
- De juiste randvoorwaarden op het gebied van financiering en organisatie te creëren;
- Het opzetten van een kennisnetwerk waarin beschikbare kennis, ervaringen en bruikbare instrumenten makkelijk te vinden zijn;
- Goede voorbeelden uit de praktijk bij elkaar te brengen en breder toegankelijk te maken.

De programma's 'Samen Dementievriendelijk' en 'Dementiezorg voor elkaar' zijn onderdelen van het Deltaplan Dementie.

Hoofdstuk 4

Actielijn 2: Mantelzorg en vrijwilligers in zorg & welzijn

“Tegen iedere mantelzorger zou ik willen zeggen: vraag hulp!”

Debbie, 41 jaar en verzorgt haar moeder Nel van 81 jaar met zeer ernstig COPD.



Foto: Mezzo

4.1 Probleemanalyse

De bereidheid van mensen om voor elkaar te zorgen is groot. In Nederland geven jaarlijks 4,4 miljoen volwassenen mantelzorg aan hun partner, familie, vriend of buur die ondersteuning nodig heeft vanwege lichamelijke, psychische, verstandelijke beperkingen of ouderdom. De zorg die zij verlenen kan hulp bij het huishouden zijn, hulp bij persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding, zoals dagbesteding. Naar schatting verlenen 750.000 mantelzorgers langdurig, dat wil zeggen, langer dan 3 maanden, en intensief, dat wil zeggen meer dan 8 uur per week, mantelzorg aan hun naaste. Het is daarom belangrijk dat mantelzorgers op hun eigen manier voor een ander kunnen zorgen, zodat zij de zorg kunnen combineren met hun werk, opleiding of sociaal leven. De verwachting is echter dat het aantal mantelzorgers dat beschikbaar zal zijn voor een kwetsbare oudere met een hulpvraag langzaam afneemt. De bevolking in Nederland vergrijsd in de komende decennia. Uit onderzoek³⁷ van het PBL/SCP blijkt dat er grote regionale verschillen zijn in het aantal beschikbare mantelzorgers ten opzichte van het aantal 85-plussers. Nu nog staan er 15 potentiële mantelzorgers voor elke 85-plusser klaar, maar in 2040 loopt dit terug naar 6. Vooral in sterk vergrijzende regio's zoals Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen wordt de verhouding ongunstiger.

Met het overgrote deel van de 4,4 miljoen mantelzorgers gaat het goed. Maar ongeveer 10 procent van de mantelzorgers (440.000 mensen) voelt zich overbelast, vaak vanwege een complexere zorgvraag waar zij de kennis en kunde voor missen. Daarbij komt dat veel mantelzorgers zich niet bewust zijn van ondersteuningsmogelijkheden, omdat de zorg voor een partner of een naaste iets is wat je gewoon doet. Ook zijn er mantelzorgers die de zorgtaken moeilijk kunnen combineren met andere taken in het leven, zoals werk of zorg voor kinderen, waardoor overbelasting op de loer ligt. Hoewel mantelzorgers in het algemeen tevreden zijn over de samenwerking met professionals die thuis zorg en ondersteuning geven, zoals wijkverpleegkundigen en thuishulpen, is ongeveer de helft ontevreden over de mogelijkheden om mee te beslissen over de zorg. Ook geeft ruim de helft aan dat deze professionals weinig oog voor hun welbevinden hebben.³⁸

Naast mantelzorgers zijn er ook veel vrijwilligers die een belangrijke rol vervullen in het leven van kwetsbare ouderen. Ze helpen hen om mee te doen in de samenleving, langer thuis te blijven wonen en de eenzaamheid te verminderen. Bij de afbakening van vrijwilligerswerk wordt vaak alleen gekeken naar vrijwilligerswerk dat mensen via een organisatie doen, maar mensen kunnen ook daarbuiten actief zijn door bijvoorbeeld anderen gezelschap te houden, vervoer te verzorgen van een oudere, het huishouden te doen, klusjes te doen of te helpen bij dagactiviteiten. 8,5 procent van de Nederlanders is actief als vrijwilliger in zorg of welzijn. In totaal gaat het om ruim een miljoen mensen, van wie er naar schatting bijna 800.000 structureel vrijwilligerswerk doen, dat is bijna 6 procent van de bevolking.³⁹

³⁷ Planbureau voor de Leefomgeving en het SCP over de toekomst van de mantelzorg, maart 2018.

³⁸ SCP, Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016, dec. 2017.

³⁹ SCP, Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016, dec. 2017.

Ook zijn veel ouderen zelf actief als vrijwilliger. Vrijwilligerswerk in zorg en welzijn staat onder druk. Zorgvrijwilligers krijgen te maken met meer en complexere vragen en met verschuivende grenzen; wat kunnen vrijwilligersorganisaties oppakken en wat moet beroepsmatig georganiseerd worden? Vrijwilligers hielpen in 2016 vaker iemand met dementie dan in 2014: 27 procent van de vrijwilligers tegenover 20 procent. Die zorg kan soms zwaar en ingewikkeld worden zonder voldoende kennis van het ziekteverloop. Een op de vijf ervaart het vrijwilligerswerk als zwaar.⁴⁰ Vrijwilligers kunnen ook het gevoel hebben in een klem te zitten, omdat ze moeilijk met het vrijwilligerswerk kunnen stoppen of denken dat er geen geschikte opvolger is. Dit laatste laat zien hoe belangrijk het is om voldoende vrijwilligers te werven én te behouden.

Een andere vorm waarin mensen iets voor een ander kunnen doen, zijn buurtinitiatieven, bijvoorbeeld in zorg en welzijn. Dit kunnen lokale initiatieven zijn waarbij activiteiten worden georganiseerd op vrijwillige basis om mensen met een participatiebeperking te ondersteunen. Zorgcoöperaties zijn daar ook een voorbeeld van. Buurtinitiatieven vragen bepaalde sociale vaardigheden van burgers, niet te veel belemmerende regels en een goede mix van zowel mensen met een beperking als vitale deelnemers.

40 SCP, Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016, dec. 2017.

4.2 Waar willen we naartoe?

1. Bewustwording over ondersteuning

Mantelzorgers moeten weten welke ondersteuning er voor hen beschikbaar is want met passende ondersteuning kunnen zij het langer volhouden. Dit geldt eveneens voor vrijwilligers. Op die manier ervaren zij een minder hoge belasting om voor iemand te zorgen naast het hebben van een baan of het organiseren van een druk gezinsleven.

2. Passend ondersteuningsaanbod en respijtzorg op maat

De ondersteuning van mantelzorgers respectievelijk van vrijwilligers sluit beter aan bij waar behoefte aan is. Ondersteuning kan bestaan uit informatie, advies en begeleiding, educatie, praktische hulp, respijtzorg, financiële tegemoetkoming en tenslotte materiële hulp. Bij respijtzorg kan het gaan om opvang buitenshuis, zoals dagopvang, verblijf in een logeerhuis, zorgboerderij of respijthuis. Ook kan een kennis, vrijwilliger of beroepskracht de zorg thuis voor kortere of langere tijd overnemen. Met gemeenten zullen we gezamenlijk bekijken welke vormen van respijtzorg wenselijk zijn en waarbij ook intensievere vormen van respijtzorg aandacht krijgen.⁴¹

Ook goede informatievoorziening vanuit gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren draagt bij aan de ondersteuning van mantelzorgers. Door zorgkantoren is al veel geïnvesteerd in informatievoorziening in het afgelopen jaar (klantadviesgesprekken, huisbezoeken, inloopsprekuren). Van belang is om in een zo vroeg mogelijk stadium de juiste informatie bij mantelzorgers of client te brengen. Ook geven mantelzorgers en vrijwilligers aan dat zij baat hebben bij goede voorlichting over het ziekteverloop van degene die zij verzorgen. Ook een goed lotgenotencontact kan bijdragen aan goede ondersteuning.

3. Goede samenwerking tussen zorgprofessionals en informele zorgverleners

Mantelzorgers, vrijwilligers en zorgprofessionals zijn belangrijke bondgenoten van elkaar. Gezamenlijk kunnen zij de zorg verbeteren. Het samenspel tussen professionals en informele zorgverleners kan op veel plekken nog beter. We zullen daarom gezamenlijk in moeten zetten op een effectief samenspel van formele en informele zorg. Een duidelijke positie van lokale vrijwilligersorganisaties in de samenwerking met gemeenten en professionals draagt hier ook aan bij.

⁴¹ Toezegging Algemeen Overleg Ouderenzorg d.d. 15 februari 2018.

4.3 Wat gaan we doen?

Mantelzorgers en de vrijwilligers hoeven er niet alleen voor te staan. Mensen moeten zich gesteund voelen en weten waar ze recht op hebben. Als ondersteuning gewenst wordt, dan moet dat op een eenvoudige en snelle manier geregeld kunnen worden. Daarbij staat maatwerk voorop. Daarom wordt ingezet op de volgende maatregelen:

A Verbeteren van maatschappelijke bewustwording over mantelzorg

- We organiseren dit najaar bijeenkomsten in Utrecht, Groningen, Rotterdam, Den Bosch, Arnhem, Maastricht en Leiden waar mantelzorgers elkaar kunnen ontmoeten en empoweren op persoonlijke titel, dwars door alle sociale lagen en rollen heen. Door lotgenoten te ontmoeten en met elkaar in gesprek te gaan, zullen mantelzorgers beter besef krijgen van wat er op hen afkomt en op welke ondersteuning ze recht hebben. De documentaire 'Moeder aan de lijn', waarin 3 portretten van mantelzorgers en hun moeder centraal staan en die geproduceerd is in opdracht van omroep Human, wordt in september uitgezonden. Deze documentaire vormt de inspiratie voor de persoonlijke gesprekken tijdens de bijeenkomsten in de regio.
- Er komt in 2019 een (landelijke) bewustwordingscampagne over mantelzorg die samen met gemeenten, Mezzo en andere betrokkenen vormgegeven zal worden.
- Onderwijs: voor medewerkers in zorg en welzijn is samenwerken met informele hulpverleners essentieel, maar het krijgt nog niet altijd vanzelfsprekend voldoende aandacht in de agogische of welzijn- en zorgopleidingen van het mbo en hbo. De kennis in de opleidingen die nodig is voor de samenwerking met mantelzorgers moet aansluiten bij de onderwijsinhoud en kwalificatiedossiers. We gaan in gesprek met hbo's en mbo's om het belang van de informele zorg onder de aandacht te brengen en in opleidingscurricula op te nemen. Ook het inzetten van mbo en hbo-stagiaires kan bijdragen aan het vergroten van de kennis van het samenspel met de informele zorg. Handje helpen is hier een goed voorbeeld van. Zij hebben het afgelopen schooljaar ruim driehonderd hbo- en mbo-stagiairs aan een stageplek op maat geholpen.
- Werk: we trekken samen op met het ministerie van SZW in de campagne 'Hoe werkt Nederland' om bij werknemers bewustwording te creëren over mantelzorg. Hoe werkt Nederland zwengelt op social media actief de discussie aan over het combineren van werk en zorgtaken en biedt handelingsperspectief. Stichting Werk en Mantelzorg stimuleert werkgevers om oog te hebben voor hun mantelzorgende medewerkers en biedt handvatten om vorm en inhoud te geven aan mantelzorgvriendelijk werkgeverschap.

B Ondersteuningsaanbod verbeteren en beter toegankelijk maken

Ondersteuningsaanbod algemeen:

- Mantelzorgers ondersteunen kan op veel manieren, van praktische ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp, tot materiële of emotionele ondersteuning. Welke vorm het meest geschikt is, hangt af van de zorgsituatie en de voorkeuren van de mantelzorger én de zorgvrager. Duidelijkheid in de informatie hierover is vanuit alle betrokken partijen van groot belang. Ook de mantelzorglijn van Mezzo kan mantelzorgers daarin bijstaan.
- Er zal een landelijk adviseur respijtzorg aangesteld worden die met gemeenten en zorgkantoren gaat inventariseren welke behoefte er is aan goede respijtzorg, hoe het juiste ondersteuningsaanbod in gemeenten eruit kan zien en wat er nodig is om vraag en aanbod goed op elkaar aan te sluiten. Bij het in kaart brengen van het ondersteuningsaanbod zal specifieke aandacht uitgaan naar zogenaamde krimpgebieden waar in de toekomst het aantal mantelzorgers vanwege een krimpende en vergrijzende bevolking onder druk zal komen te staan. Dat zijn bijvoorbeeld Zeeland, Limburg en Groningen. Op basis van de inventarisatie zal gezamenlijk besproken worden hoe het aanbod in die gebieden verbeterd kan worden.

- Inzicht verkrijgen in risico's op overbelasting is belangrijk voor mantelzorgers. Instrumenten als het 'Bordje vol' van We Helpen of "Petje af" van zorgverzekeraar CZ zijn goede voorbeelden van hoe mantelzorgers zelf grip kunnen krijgen op hun eigen situatie en welk handelingsperspectief nodig is. Deze producten zullen onder de aandacht gebracht worden van mantelzorgers.
- Speciale aandacht geven we aan de 10 procent overbelaste mantelzorgers en mantelzorgers die dat dreigen te worden. Risicogroepen zijn mantelzorgers van 75 jaar en ouder die iemand met dementie verzorgen. Maar ook mantelzorgers uit de lagere inkomensgroepen of met een migratieachtergrond behoren tot de risicogroepen. Bij de inventarisatie door de landelijk adviseur respijtzorg zal samen met gemeenten en verzekeraars naar deze risicogroepen gekeken worden. Ook wordt gekeken hoe voorlichting en bewustwording het beste ingezet kunnen worden. Bijzondere aandachtsgroepen vragen om specifieke informatie- en communicatiekanalen (denk aan patiënten- en belangenorganisaties naast het gebruikelijke mantelzorgsteunpunt vanuit de gemeente).

Zal er in de toekomst voldoende mantelzorg beschikbaar zijn voor ouderen in zogenaamde krimpgebieden?

Het onderzoek van het PBL toont aan dat naar verwachting het aantal mantelzorgers dat beschikbaar zal zijn voor een kwetsbare oudere met een hulpvraag in de toekomst langzaam afneemt. De bevolking in Nederland vergrijsd in de komende decennia. Het aantal 85-plussers in Nederland neemt naar verwachting toe van 344.000 in 2015 naar 854.000 in 2040. Het onderzoek laat zien dat er grote regionale verschillen zijn in het aantal beschikbare mantelzorgers ten opzichte van het aantal 85-plussers. Nu staan er nog 15 potentiële mantelzorgers voor elke 85-plusser klaar, maar in 2040 loopt dit terug naar 6. Vooral in sterk vergrijzende regio's zoals Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen wordt de verhouding ongunstiger.

Voor de doorontwikkeling van respijtzorg zal bekeken worden hoe de regionale spreiding van het aanbod aansluit bij wensen van mantelzorgers. In plattelandsgebieden zal het aanbod van voorzieningen minder fijnmazig zijn dan in de Randstad. Samen met de landelijk adviseur respijtzorg zal met gemeenten, de VNG en zorgkantoren in beeld gebracht worden hoe de regionale spreiding is van het huidige aanbod respijtzorg en of dit aansluit bij toekomstige bevolkingsprognose van het aantal ouderen. Factoren als bevolkingsdichtheid en –samenstelling (bijv. het aandeel 85-plussers) spelen daarbij een belangrijke rol. Op basis van de uitkomsten zal bekeken moeten worden hoe de respijtzorg nog beter geregeld kan worden in Nederland. Pilots in bijvoorbeeld Zeeland, Groningen en Limburg kunnen daar onderdeel van uitmaken.

Ook zullen de coördinatiepunten Eerstelijnsverblijf (waar in de nabije toekomst alle vormen van tijdelijk verblijf te vinden zijn) hierbij betrokken worden.

- Verder is het belangrijk om vooral in de praktijk aan de slag te gaan. Daarom ondersteunen wij experimenten met een sociale benadering van dementie, zoals gevraagd in de motie van het Lid Bergkamp.⁴² Deze benadering is ontwikkeld door prof. Anne-Mei The in het kader van haar onderzoek naar het ‘dagelijks leven met dementie’ en is beschreven in haar gelijknamig boek. In deze experimenten is specifiek aandacht voor de ondersteuning van zowel de mens met dementie als zijn mantelzorger. Maar ook pilots met logeerszorg kunnen uitkomst bieden voor deze risicogroepen. We gaan die samen met gemeenten en zorgaanbieders vormgeven. Mantelzorgers ervaren bij het aanvragen van ondersteuning vaak veel bureaucratie. Met gemeenten, verzekeraars, Mezzo en andere partijen zal bekeken worden hoe regeldruk en bureaucratie rond mantelzorgondersteuning of respijtzorg verminderd kan worden zodat ondersteuning aanvragen makkelijker en sneller kan. Ook zal in dat kader de motie van de leden Ellemeet en Slootweg (kamerstuk 34 775 XVI, nr 74) meegenomen worden die vraagt te onderzoeken of er sprake is van juridische belemmeringen in het ondersteunen van mantelzorgers enerzijds en anderzijds hoe de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren kan worden bevorderd met betrekking tot mantelzorgondersteuning.
- Met de toenemende mogelijkheden van technologie, nemen ook de mogelijkheden van digitale zorg - de zogenaamde e-health - toe. Dat kan mantelzorgers ontlasten in de zorg. Via sensoren in huis kan de mantelzorger op afstand volgen hoe het gaat met de zorgvrager, en heeft de zorgvrager een groter gevoel van zelfstandigheid. Ook een consult met de dokter via een webcam of het uitwisselen van gezondheidsgegevens via een beveiligde website behoren tot de mogelijkheden. Bij de uitwerking van het programma zullen onder andere met gemeenten (inkoop) en zorgverzekeraars (vergoeding) nadere afspraken gemaakt worden over het effectief inzetten van deze mogelijkheden. Ook de innovatieregelingen voor e-health en gegevensuitwisseling dragen hieraan bij (zie hoofdstuk 3).

Respijtzorg:

- Respijtzorg is het tijdelijk of volledig overnemen van de zorg van een mantelzorger zodat deze even wat ‘lucht’ heeft. In de praktijk wordt hier nog te weinig gebruik van gemaakt. Gemeenten zijn vanuit de Wmo verantwoordelijk voor de ondersteuning van mantelzorgers maar bieden niet, of niet altijd het juiste aanbod van ondersteuning en respijtzorg. Ook huisartsen en zorg- en welzijnsorganisaties kunnen mantelzorgers wijzen op de mogelijkheden voor respijtzorg. Samen met gemeenten, Mezzo, zorgaanbieders en de landelijk adviseur zal het aanbod aan respijtzorg doorontwikkeld worden en zichtbaar worden gemaakt. Daarvoor is ook geld vanuit het regeerakkoord gereserveerd. Via het Mezzo mantelzorgpanel kan de vraag naar respijtzorg scherper in beeld gebracht worden.
- Logeerszorg: er is een grote groep mensen die nog te goed is voor een verpleeghuis, maar thuis veel zorg nodig heeft om het te redden. Om te wennen aan de toekomstige situatie van een verpleeghuis, moeten er locaties beschikbaar zijn waar ouderen een aantal dagen per week kunnen verblijven. Daarbij kan het gaan om ouderen met mantelzorgers en ouderen zonder mantelzorgers. Via pilots met gemeenten en zorgaanbieders zal de vorm van logeerszorg nader onderzocht en beproefd worden. Het voorstel van de kamerleden Bergkamp (D66) en Hermans (VVD) zal hiervoor leidend zijn.

42 Kamerstukken 34 775 XVI, nr 88

C Samenwerking formele en informele zorg versterken

- Uit praktijkonderzoek blijkt dat investeren in betekenisvolle relaties tussen de formele en informele zorg veel kan opleveren: naast een grotere tevredenheid van cliënten en hun mantelzorgers, hebben zorgmedewerkers meer plezier in het werk, is er meer tijd en aandacht voor cliënten en hun naasten, met uiteindelijk een toename van kwaliteit van zorg. Vanuit het programma zal samen met partijen in zorg en welzijn, maar ook met mantelzorg- en vrijwilligersorganisaties een In voor mantelzorgprogramma 2.0 gestart worden om te zorgen voor een betere samenwerking tussen mantelzorgers en vrijwilligers enerzijds en professionals anderzijds.
- Landelijke vrijwilligersorganisaties zoals de Zonnebloem, Humanitas en het Rode Kruis spelen lokaal een belangrijke rol in het bevorderen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, onder andere door het bieden van een sociaal netwerk en het organiseren van activiteiten. Vrijwilligersorganisaties hebben lokaal niet altijd een duidelijke positie in de samenwerking met bijvoorbeeld zorgprofessionals en de gemeente. Vrijwilligerskoepel NOV werkt daarom op dit moment met een aantal landelijk werkende vrijwilligersorganisaties in zorg en welzijn aan een programma om de positie van het vrijwilligerswerk te versterken. De uitkomsten hiervan zullen ook betrokken worden bij de uitwerking van het programma Langer Thuis.
- Momenteel zijn in Nederland ongeveer 500 bewonersinitiatieven in zorg en welzijn actief. Soms lopen zij tegen knelpunten aan. Bijvoorbeeld in de lokale samenwerking of bij de financiering van hun initiatieven. Ook kunnen wetten en regels bepaalde activiteiten of voorgenomen activiteiten belemmeren of vertragen. De koepel van burgerinitiatieven in zorg en welzijn, Nederland zorgt voor Elkaar, heeft een actieagenda met knelpunten opgesteld. Het is positief om te constateren dat bewonersinitiatieven een positieve ontwikkeling doormaken. Zij zijn er in verschillende vormen en kennen vaak een eigen ontstaansgeschiedenis. De initiatieven vormen een goede aanvulling op het bestaande zorgaanbod doordat zij dicht bij de mensen worden georganiseerd. De actieagenda biedt input om via experimenten te bekijken hoe het lokale samenspel tussen de verschillende spelers en de maatschappelijke impact goed in kaart kan worden gebracht.
- Goed gemeentelijk beleid is voor lokale vrijwilligersorganisaties van groot belang om hun waardevolle werk te kunnen blijven uitvoeren. Movisie werkt aan een inventariserend onderzoek hoe gemeenten op dit moment invulling geven aan vrijwilligersbeleid. De resultaten van dit onderzoek zullen onder de aandacht van gemeenten worden gebracht.

4.4 Indicatoren

Actielijn 2 Mantelzorg en vrijwilligers in zorg & welzijn
Het percentage overbelaste mantelzorgers en vrijwilligers
Het percentage mantelzorgers en vrijwilligers dat aangeeft goed geïnformeerd te zijn over ondersteuningsaanbod
Het percentage mantelzorgers en vrijwilligers dat goede afstemming met formele zorg ervaart

Hoofdstuk 5

Actielijn 3 **Wonen**

“De Aahof is een prachtig initiatief waar ouderen met elkaar wonen en elkaar ondersteunen. De moderne woonomgeving is gebouwd op het oude hofjes principe.”

Jan de Vries, voorzitter van de Aahof, maakt een praatje met zijn buurvrouw in het hofje. Samen onderhouden ze de gezamenlijke tuin.



5.1 Probleemanalyse

De meeste ouderen blijven het liefst zo lang mogelijk in hun eigen huis en vertrouwde buurt wonen. Maar wanneer zij met toenemende beperkingen te maken krijgen, kunnen sommige ouderen minder makkelijk met de trap naar de bovenverdieping, gaat het bezoeken van vrienden of even naar de winkel gaan steeds moeizamer of kunnen ze niet meer zelf de tuin bijhouden. Vaak zijn deze problemen hanteerbaar te maken door de woning aan te passen of door hulp van mantelzorgers, vrijwilligers of professionals in te schakelen. Maar in bepaalde gevallen kan een verhuizing wenselijk of zelfs noodzakelijk zijn.

Er is een groep ouderen die het geen probleem vindt om te verhuizen naar een woning die meer veiligheid, comfort of gezelligheid geeft. Een plek waar zorg en ondersteuning dichtbij zijn, waar je makkelijk een praatje kunt maken en die makkelijk toegankelijk is. In een buurt met veel bankjes en waar de huisarts en winkels om de hoek zijn. Deze groep vindt het huis te groot, of heeft meer behoefte aan gezelligheid, door het krimpen van hun sociale kring. Sommige ouderen en mantelzorgers hebben het gevoel dat thuis wonen niet langer verantwoord is, maar tegelijkertijd willen veel mensen ook niet naar een verpleeghuis. Door al deze factoren kunnen we een grote toename van de vraag naar nieuwe vormen van woonzorgarrangementen verwachten. Het aanbod tussen thuis en instelling is echter beperkt en er is nog weinig vernieuwend aanbod, met name voor mensen met lage en middeninkomens.

Ouderen zijn niet snel bereid om na te denken over de mogelijkheid om te verhuizen voordat zich ingrijpende beperkingen hebben aangediend, om over daadwerkelijk verhuizen maar te zwijgen. Verhuizen kan ingrijpend zijn, zeker als iemand prettig woont en graag in een bepaalde wijk wil blijven wonen. Bovendien brengt een verhuizing kosten met zich mee. Daarnaast is het voor een deel van de ouderen lastig om inzicht te krijgen in een goed passend woon(zorg)aanbod en alle mogelijkheden omtrent woningaanpassingen. Soms worden ouderen ineens geconfronteerd met beperkingen, bijvoorbeeld na een val. Weinig mensen zijn hierop voorbereid, met als gevolg dat hun woning niet meer aansluit bij hun persoonlijke situatie. Door de toenemende vergrijzing is de kans groot dat het aantal ouderen dat in een ongeschikte woning woont zal stijgen.

Een aantal van de bovengenoemde aspecten, zoals een verminderde mobiliteit, geldt niet alleen voor ouderen. Wij verwachten dat de oplossingen die gemeenten, woningcorporaties en andere partijen aan ouderen bieden, ook voor andere groepen met beperkingen van vergelijkbare aard van belang zullen zijn.

5.2 Waar willen we naartoe?

Wij willen dat iedereen zoveel mogelijk kan wonen op een voor hem of haar passende plek, met of zonder passende ondersteuning. We gaan inzetten op:

A De lokale opgave is in beeld gebracht

Het is noodzakelijk dat gemeenten zich, samen met andere lokale partijen, tijdig voorbereiden op de veranderende woonwensen en de daaruit voortvloeiende woonopgave van ouderen. Nieuwe woonzorgvoorzieningen realiseren vraagt om vele jaren vooruitkijken. Gemeenten hebben zicht op de vraag van wonen, welzijn en zorg van ouderen nodig, willen zij ervoor kunnen zorgen dat ouderen passend wonen, dat er voldoende alternatieven zijn als mensen willen verhuizen en dat de leefbaarheid van wijken aansluit bij een ouder wordende bevolking. Dit is in de eerste plaats een lokale aangelegenheid: een grote stad met Vinex-locaties kent een andere opgave dan een dorp in een krimpgebied. We willen daarom dat alle gemeenten vraag en aanbod in kaart brengen, dat in hun woon- en bouwbeleid opnemen en met woningcorporaties, zorgaanbieders, marktpartijen en burgers gaan samenwerken om een mogelijke mismatch te herstellen. Daarbij moet vooral aandacht uitgaan naar wijken met kwetsbaardere mensen. Gezien deze integrale aanpak zal het in kaart brengen van de lokale opgave zich niet alleen beperken tot ouderen, maar ook andere groepen bevatten, zoals de bredere groep mensen met beperkingen. We verwachten dat wonen en zorg in iedere gemeentelijke woonvisie aan de orde komt en onderdeel is van iedere set prestatieafspraken die gemeenten en woningcorporaties sluiten.

B Een toename van het aanbod van (geclusterde) woonzorgvormen

Veel ouderen lijken een behoefte te hebben aan woonvormen met andere ouderen of huishoudens, waar voorzieningen in de buurt te zijn. De wachtlijsten bij initiatieven zoals de Leyhoeve in Tilburg en de Knarrenhof in Zwolle duiden hier ook op. We willen dat er meer aanbod komt van woonzorgvormen voor ouderen, waaronder woonzorgvormen met een continuüm van care en cure. Als care en cure makkelijk zijn op te schalen, hoeven mensen bij toenemende beperkingen niet meer te verhuizen. De acties zoals beschreven in actielijn 1 sluiten hierbij aan. De verwachting is dat gemeenten, woningcorporaties en marktpartijen meer actie gaan ondernemen naarmate er meer van dit soort initiatieven gerealiseerd zijn en er gebruik gemaakt kan worden van deze voorbeelden.

C Minder mensen die in een ongeschikte woning wonen

Wanneer iemands beperkingen toenemen, kan een woningaanpassing of verhuizen naar een andere woning een oplossing zijn. Wel is het van belang om daar op tijd over na denken, want misschien ligt deze woning wel in een andere wijk of gemeente. Zowel een bestaande woning aanpassen als een passende nieuwe woning vinden kost tijd. We willen dat meer mensen zich ervan bewust zijn dat ze op termijn ongeschikt kunnen komen te wonen en dat hun woonbehoefte kan veranderen als ze ouder zijn. Door tijdig de woning aan te passen, het netwerk in te schakelen en wellicht te verhuizen, kan veel onnodig ongemak en wellicht leed worden voorkomen. Bovendien verkleint het de kans op een noodverhuizing, wanneer het wonen in het huidige huis plotseling écht niet meer gaat. Een digitaal platform waarop (lokale) persoonlijke diensten en aanbod van woningen en woningaanpassingen staan kan mensen hierbij helpen om dit zo nodig zelf te organiseren.

5.3 Wat gaan we doen?

We vragen gemeenten, marktpartijen, burgers en woningcorporaties afspraken te maken over het realiseren van voldoende passend woningaanbod voor ouderen. Daarbij zetten we in op drie onderwerpen: het in beeld brengen van de lokale opgave, het realiseren van vernieuwende woonvormen voor ouderen, en een lokale aanpak om ouderen te helpen geschikt te wonen (bijvoorbeeld een wooncoach). Met deze acties geven we invulling aan de motie Dik-Faber (Tweede Kamer, 2017–2018, 34775 XVIII, nr. 32) die vraagt om een ouderenwoonakkoord.

Ondersteuningsteam

We staan hiermee voor een grote opgave en zijn ons ervan bewust dat onderstaande acties veel zullen vragen van de betrokken partijen. Om hen zo nodig te ondersteunen wordt een team ingesteld. Gemeenten die hieraan behoefte hebben kunnen we hulp bieden om lokaal knelpunten te beslechten, maar ook om knelpunten op te halen die om landelijke oplossingen vragen. We zullen de vorderingen samen met de betrokken partijen volgen en in de zomer de vormgeving en opdrachtformulering met hen bespreken.

A In beeld brengen lokale opgave

Gezien de grote demografische veranderingen en mogelijke veranderingen in de lokale woon- en zorgvraag die daarmee verband houden, is het niet alleen nodig om op lokaal niveau het bestaande woningaanbod voor ouderen in kaart te brengen, maar juist ook de vraag. Per gemeente kan worden bekeken hoe groot de groep is die hoogstwaarschijnlijk met beperkingen te maken zal krijgen en waarbij de woning niet goed aanpasbaar zal zijn. Hierbij is speciale aandacht nodig voor wijken waar meer kwetsbare mensen wonen. Deze analyse kan worden gedaan op basis van data, al dan niet in combinatie van gesprekken met de meest betrokken partijen.

Als volgende stap willen wij dat gemeenten op lokaal niveau afspraken maken met andere lokale partijen, zoals woningcorporaties, marktpartijen, burgerinitiatieven en zorgaanbieders, over ieders inzet om eventuele tekorten aan te pakken. We vragen gemeenten de opgave op te nemen in een paragraaf over wonen met zorg als onderdeel van hun woonvisie, en daarbij expliciet aan te geven wat zij van woningcorporaties verwachten. Op die manier kan het zo concreet mogelijk in de prestatieafspraken tussen, gemeenten, woningcorporaties en huurdersorganisaties worden vastgelegd.

De omvang van deze opgave, in termen van mogelijke woningaanpassingen of verhuizing naar een passendere (nieuwbouw)woning, hangt samen met het beeld dat naar voren komt zodra gemeenten actief bewoners zullen gaan benaderen (zie onder “Ouderen helpen geschikt te wonen”). Vanuit kennis- en netwerkorganisatie Platform 31 loopt het door het Rijk gefinancierde ondersteuningsprogramma Langer Thuis. Vanuit dit programma zullen gemeenteambtenaren worden getraind om deze opgave in beeld te krijgen. Tevens zal Platform31 goede voorbeelden geven voor het inzichtelijk maken van de opgave.

B Meer aanbod vernieuwende woonvormen voor ouderen

- **Jaarlijks tien nieuwe initiatieven:** De komende jaren zullen in tien gemeenten initiatieven opgezet worden voor nieuwe woonzorgvormen gericht op mensen met een laag of middeninkomen (zie voorbeeld in Box). Het Rijk, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Aedes, ActiZ, ouderenbonden en marktpartijen zetten zich in voor de totstandkoming hiervan. Ervaringen worden verzameld en eventueel belemmerende regelgeving opgepakt. Deze initiatieven kunnen nieuwe geclusterde woonzorgvormen zijn, maar ook een herinrichting van de wijk of aanpassing van bestaande bouw, opdat nieuwe mogelijkheden voor ontmoeting, veiligheid van bewoners en diensten in de buurt ontstaan. Partijen betrekken (potentiële) bewoners in een vroeg stadium bij de nieuwe initiatieven. Daarnaast zal met Kennisland, een organisatie die zich bezig houdt met het aanjagen van vernieuwing in maatschappelijke sectoren, een programma worden ontwikkeld om het tot stand komen van nieuwe initiatieven verder te stimuleren.
- **Innovatieregeling:** Om nieuwe woonzorginitiatieven te ontwikkelen kan gebruik gemaakt worden van een nieuwe innovatieregeling, speciaal voor vernieuwende huisvesting. We denken bij de regeling aan het volgende: Initiatiefnemers, zoals een woningcorporatie, projectontwikkelaar, burgerinitiatief en/of zorgaanbieder, kunnen een plan indienen. Ze moeten daarin toelichten hoe met een nieuw woonzorgarrangement aan de opgave in de gemeente kan worden voldaan. Verder dient te worden aangegeven welke grond beschikbaar is voor het woonarrangement en in welke mate de leefomgeving is meegenomen in de planontwikkeling. Per initiatief komt een maximumbedrag beschikbaar, dat mogelijk afhankelijk is van de grootte van het initiatief. Dit kan ingezet worden voor de aanloopkosten, het betrekken van bewoners, doelgroeponderzoek en de ontwikkeling van het exploitatiemodel. Ook activiteiten van partijen ter ondersteuning van nieuwe woonzorgarrangementen, zoals het in beeld brengen van het aanbod van (nieuwe) woonzorgarrangementen, kunnen mogelijk in aanmerking komen. Bij de opzet van de regeling zal ook aandacht zijn voor de problematiek in krimpgebieden. De middelen kunnen niet besteed worden aan 'de stenen' van het vastgoed zelf. In de zomer zullen wij met de betrokken partijen kijken naar de vormgeving van de regeling, om zo een maximaal stimulerend effect te bereiken.
- **Kennisprogramma:** Het Rijk start met bovengenoemde partijen een kennisprogramma. Dit stelt gemeenten en woningcorporaties in staat om kennis op te doen over het in kaart brengen van vraag en aanbod, over vernieuwende woonvormen voor ouderen, en helpen van ouderen om ouderen geschikt te wonen. Dit gaat verder dan alleen de stappen die gezet moeten worden om een nieuw initiatief van de grond te krijgen. Het laat ook zien welke knelpunten kunnen optreden en hoe de exploitatie ervan in zijn werk gaat. Voor het kennisprogramma maken we gebruik van de tien pilots die jaarlijks worden gestart, zodat we direct signalen uit het veld kunnen oppakken. Verder zal de voorzitter van het ondersteuningsteam nauw bij het programma betrokken zijn, wat het team de gelegenheid biedt om gerelateerde producten onder de aandacht brengen.

De Knarrenhof is een initiatief dat is gebaseerd op de hofjes van vroeger. Het afsluitbare hof zet in op ontmoeting en op het gezamenlijk organiseren van activiteiten. Het hof is gestoeld op ouderwets burenfatsoen en 'noaberschap', opdat de inwoners ervan nooit alleen zijn. De gemeenschappelijke tuin en hobbyruimte zorgen voor meer ontmoetingsmogelijkheden. De eerste Knarrenhof is in 2017 in Zwolle opgeleverd.

- **Vervolg Who Cares:** In 2017 heeft de Rijksbouwmeester de ontwerpprijsvraag ‘Who Cares’ uitgezet om tot nieuwe combinaties tussen wonen en zorg te komen. Dit heeft geresulteerd in 150 inzendingen, waarvan er vijftien uitgewerkt zijn. Bij de winnende ontwerpen is gekeken naar de leefomgeving, verhoudingen in de wijk en naar nieuwe vormen van hofjes. De uitvoering ervan heeft hechte banden opgeleverd tussen en binnen deelnemende gemeenten, betrokken zorgorganisaties, multidisciplinaire teams en wijkbewoners. In 2018 en 2019 krijgen gemeenten nieuwe ontwerpen aangeboden en wisselen ze onderling ervaringen en concepten uit. Er wordt gevolgd of de plannen daadwerkelijk uitgevoerd worden, en als dat niet het geval blijkt te zijn, in hoeverre geleerd kan worden van de ervaringen omtrent ongerealiseerde projecten. De Rijksbouwmeester richt een *Community of Practice* op waarin goede voorbeelden worden uitgewisseld en knelpunten worden besproken die mogelijk de uitvoering in de weg staan.
- **Logeertzorg:** Via pilots met gemeenten en zorgaanbieders zal de vorm van logeertzorg nader onderzocht en beproefd worden. Het voorstel van de leden Bergkamp (D66) en Hermans (VVD) zal hiervoor leidend zijn (zie box).

Voorstel leden Bergkamp (D66) en Hermans (VVD): pilots logeertzorg

Iedereen wil zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen, omringd door familie en vrienden. Maar wanneer mensen ouder worden, kunnen beperkingen optreden. Mensen worden minder mobiel of ziek waardoor het zelfstandig thuis wonen steeds moeilijker wordt. Om ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen, is het van belang dat er goede ondersteuning en zorg bij iemand thuis komt, in samenspraak met familie, vrienden en de eventuele mantelzorgers. Mantelzorgers spelen een belangrijke rol om mensen zo lang mogelijk actief mee te laten doen. Maar met progressieve ziektes of steeds verder afnemende mobiliteit neemt de druk op zowel de professionele zorgverleners als de mantelzorgers snel toe. Het is daarom belangrijk dat ook de mantelzorgers worden ondersteund. Dat kan bijvoorbeeld door een tijdelijke vorm van zorg. D66 en VVD pleiten voor een pilot logeertzorg. Met deze logeertzorg kan de cliënt een vast aantal dagen per week (tot een max. van drie dagen in de week), structureel in een zorginstelling logeren en wordt de mantelzorger ontlast.

Logeertzorg is ook bedoeld voor mensen die geen mantelzorg ontvangen. Mensen die met ondersteuning uit de Wmo, zorg van wijkverpleegkundige en een beetje hulp van burens en vrienden, thuis kunnen blijven wonen. Maar die met behulp van logeertzorg ook zelf ontlast worden, omdat ze weten dat ze voor een vast aantal dagen de geborgenheid en veiligheid van logeertzorg kunnen ervaren.

Vanuit het programma Langer Thuis gaan we gezamenlijk verkennen hoe groot de vraag is naar deze vorm van logeertzorg en gaan we pilots starten die deze vorm in de praktijk zullen gaan realiseren. Hiervoor is geld vanuit het regeerakkoord gereserveerd.

C Ouderen helpen geschikt te wonen

- We willen dat gemeenten een lokale aanpak ontwikkelen om ouderen te helpen bij het proces om te bepalen of zij geschikt wonen, en zoniet wat daarvoor nodig is. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de vorm die ze daarvoor kiezen. Ouderen kunnen worden bevroegd omtrent hun woning: voldoet deze nog, is wellicht een woningaanpassing wenselijk of is een verhuizing de beste oplossing. Samen met de ouderen wordt bekeken hoe zij willen wonen. Het is van belang goed met de ouderen mee te denken en concrete oplossingen aan te dragen, waarnaar gehandeld kan worden. In sommige gevallen kan dat een woningaanpassing zijn en kan de gemeente daar mogelijk een rol bij spelen. Voor anderen kan bijvoorbeeld de blijverslening en verzilvering van het Stimuleringsfonds Volkshuisvesting (SVn) een optie zijn. Zo nodig kunnen ouderen daarbij worden gewezen op het bestaande aanbod van woningen en diensten, via websites zoals Woonz en Zorgsaam.⁴³
- Een manier om het bovenstaande vorm te geven is de wooncoach. Hiermee zijn goede ervaringen opgedaan (zie voorbeeld in Box). De wooncoach kan een gemeentefunctionaris zijn, maar hij of zij kan ook werkzaam zijn bij een woningcorporatie, welzijnsorganisatie, of vrijwilliger zijn bij een ouderenbond. Het sociale wijkteam kan de wooncoach helpen met voorkennis over de ouderen die hij of zij het beste kan benaderen.
- Wij vragen aan gemeenten om een aanpak te ontwikkelen (zoals bijvoorbeeld de wooncoach) om allereerst ouderen bewust te maken van hun woonsituatie, dan om samen te bekijken of ze (op termijn) nog goed wonen en vervolgens om mensen met verhuisplannen op weg te helpen. Gemeenten krijgen daarmee gelijk een beter beeld van de vraag van ouderen. Het Rijk zal in kaart brengen hoe deze aanpakken eruit zien en welke instrumenten worden ingezet, en zal deze werkwijzen verspreiden.

Wooncoach ouderen

Senioren uit Lopik die vragen hebben over passend wonen kunnen de hulp inschakelen van de Wooncoach Senioren. Is uw woning te groot geworden, of wordt de trap in huis een last? Staat u voor de keuze om te verhuizen of maatregelen in uw huidige woning te treffen? De Wooncoach Senioren helpt met advies en het zetten van de juiste stappen. Mensen vanaf 65 jaar met een huurwoning of een eigen woning kunnen gebruik maken van de dienstverlening.

De Wooncoach Senioren wordt uitgevoerd door professionals en vrijwilligers met kennis van wonen en zorg. Zij zijn goed bekend met het aanbod aan wonen en zorg in Lopik en omstreken. De wooncoach brengt samen met de oudere zelf de woon- en zorgbehoefte in kaart en gaat op zoek naar oplossingen. De hulp varieert van een oriënterend gesprek tot het begeleiden bij het vinden van een andere woning. Ook kan gekeken worden naar mogelijkheden om voorzieningen aan te brengen in de eigen woning. Alles met het doel dat senioren weer comfortabel kunnen wonen en leven. De dienstverlening is kosteloos en vrijblijvend.

⁴³ Voor het handelingsperspectief van de wooncoach is ook van belang dat er voldoende (divers) aanbod is van woningen in de gemeente of regio. Hiermee is er een verbinding met de bredere agenda van de Nationale woonagenda en met het tot stand komen van nieuwe woonvormen.

- Het is belangrijk om ouderen bij de overgang naar een andere woning niet met een grote huursprong te confronteren. Het gaat bijvoorbeeld om ouderen die van een eengezinswoning verhuizen naar een kleinere, passendere woning. Huurgewenning en eventueel tijdelijke huurkortingen zijn manieren om de overgang betaalbaar te houden. Het Rijk en Aedes verkennen in 2018 gezamenlijk of en hoe dergelijke tegemoetkomingen binnen de bestaande juridische kaders passen, welke ongewenste belemmeringen in wet- en regelgeving er zijn en hoe deze weggenomen kunnen worden.
- Groepen gemeenten, woningcorporaties en zorgaanbieders ervaren de vijf procent vrije ruimte voor corporaties bij het passend toewijzen van woningen⁴⁴ als belemmerend. In het bijzonder doelen zij daarbij op de uitwerking van de maatregel voor ouderen met een laag inkomen en vermogen uit de verkoop van een woning en op ouderen die gebruik maken van de Wet Langdurige Zorg. Zij geven aan dat het voor mensen met uiteenlopende financiële posities mogelijk moet zijn om in woonzorgcomplexen van woningcorporaties te kunnen wonen. Dit geldt in het bijzonder voor dunbevolkte gebieden waar dergelijke complexen schaars zijn en vaak in bezit zijn van een woningcorporatie. Deze regio's bieden ouderen met een betere financiële positie te weinig andere opties.
- Samen met Aedes en de Woonbond onderzoekt het Rijk of er bij het passend toewijzen, met inachtneming van de betaalbaarheid, meer ruimte, flexibiliteit of maatwerk mogelijk is indien de specifieke situatie van de huurder of van de lokale woningmarkt daarom vraagt. Er wordt daarbij onder andere gekeken naar aanpassingsmogelijkheden voor de groepen ouderen met een laag inkomen en een hoog vermogen en voor ouderen die gebruik maken van de Wet Langdurige Zorg. Bij het onderzoek worden de bevindingen meegenomen van de evaluatie van de Woningwet in het najaar van 2018 en het daaropvolgende wetstraject in 2019.

Verhuisregeling ouderen: samenwerking gemeente Haarlem en corporaties

De gemeente Haarlem, Elan Wonen, Pré Wonen en Ymere hebben een nieuwe gezamenlijke regeling: 'Ouder worden & prettig wonen'. Deze regeling biedt voordelen voor Haarlemse huurders van 65 jaar of ouder. Door deze regeling kunnen zij langer en comfortabeler zelfstandig wonen.

Al langer bestaan speciale verhuisregelingen voor senioren, maar wat deze regeling uniek maakt is dat deze vier partijen samen één regeling aanbieden. Dat is een groot voordeel: huurders die gebruikmaken van deze regeling kunnen nu kiezen uit het woningaanbod van zowel Elan Wonen, Pré Wonen als Ymere. Andere voordelen van de regeling zijn onder andere dat zij daarbij voorrang krijgen op reguliere woningzoekenden. Naast een tegemoetkoming in de verhuiskosten van € 1000 nemen huurders bovendien hun huidige netto huurprijs mee als contracthuur voor de nieuwe woning tenzij de vraaghuur van de nieuwe woning lager is.

De vier partijen zien regelmatig bewoners die door (plotselinge) gezondheidsredenen niet meer prettig in hun huidige woning wonen. Denk aan mensen die hun woning alleen met een trap kunnen bereiken. Of dat zij bijvoorbeeld in de woonkamer moeten slapen, omdat ze de trap binnen niet meer op kunnen. Het tuinonderhoud wordt ook vaak genoemd door oudere huurders als een belasting. Door de nieuwe 65-plus-regeling willen de partijen gezamenlijk hun huurders stimuleren al eerder over hun toekomst na te denken en de eerste stap(pen) te nemen. Als mensen dat namelijk tijdig doen dan hebben zij meer keuze. De kans is groter dat ze dan een nieuwe woning vinden die beter aan hun woonwensen voldoet.

⁴⁴ Huishoudens met een inkomen tot de huurtoeslaggrens moeten sinds 1 januari 2016 een woning toegewezen krijgen met een huur onder de zogenaamde aftoppingsgrenzen. Corporaties zijn daartoe verplicht in ten minste 95 procent van de gevallen.

D Overige maatregelen

- **Actieplan Toegankelijkheid voor de bouw:** Het actieplan ‘Toegankelijkheid voor de bouw’, dat is opgesteld in het kader van de implementatie van het VN-Verdrag Handicap, betreft het verbeteren van de toegankelijkheid van gebouwen voor mensen met een beperking. Ook woningen vallen onder dit actieplan.
- **Wegnemen van onnodige belemmeringen in hypotheekverstrekking:** Binnen het Platform hypotheek voert het Rijk overleg met de sector over knelpunten rondom hypotheekverstrekking. Tijdens de bijeenkomsten komen onder meer knelpunten die ouderen ervaren aan bod en zijn oplossingsrichtingen uitgewerkt. Een recente uitkomst is dat het Waarborgfonds Eigen Woningen (WEW) de Voorwaarden en Normen van de Nationale Hypotheek Garantie (NHG) heeft aangepast, zodat ouderen die van hun huidige koopwoning naar een goedkopere koopwoning willen verhuizen een hypotheek met NHG kunnen krijgen. Per 17 juni 2018 kan onder voorwaarden getoetst worden op de werkelijke lasten van de oudere. Wanneer zij een deels aflossingsvrije hypotheek hebben, liggen hun maandlasten lager dan waar de inkomensnormen op basis van annuïtaire aflossing van uitgaan. Indien er getoetst wordt op de werkelijke lasten, kunnen deze ouderen hun situatie verbeteren door te verhuizen naar een woning met lagere maandlasten.
- **Pilots voor nieuwe woonvormen voor ouderen in Groningen:** In het Bestuursakkoord Groningen is afgesproken dat er pilots komen voor het toekomstbestendig maken van zorgpanden, het ontwikkelen van nieuwe woonvormen voor ouderen en het inzetten van technologie zoals e-health en domotica, die de hoeveelheid zorg aan huis verminderen en de kwaliteit van leven verhogen. Daarnaast worden nieuwe sensortechnieken en goede klimaatbeheersing toegepast. Groningen is hiermee een voorbeeld voor een veel groter gebied.

5.4 Indicatoren

Actielijn 3 Wonen

Het percentage 75-plussers dat aangeeft dat hun huidige woning geschikt is.

Hoofdstuk 6

Organisatie

6.1 Organisatie programmabreed

Veel partijen aan zet

De ambities in het Programma Langer Thuis bouwen voort op die van veel partijen in het land, die hier veel energie en intrinsieke motivatie voor hebben. Om te beginnen van ouderen zelf en hun mantelzorgers. Maar ook zorgverleners in de eerstelijns, in de sociale wijkteams, maatschappelijke organisaties en burgerinitiatieven zijn in het hele land bezig om zelfredzaamheid, ondersteuning, zorg en wonen voor (kwetsbare) ouderen te verbeteren. Gemeenten maken dit mogelijk vanuit hun rol als beleidsbepaler en inkoper, zorgverzekeraars als inkopers, gemeenten samen met woningcorporaties werken aan de toekomstige woonopgave. Door middel van het Programma Langer Thuis wil het Rijk deze partijen verbinden en stimuleren om hun verantwoordelijkheid te nemen en hen daarbij ondersteunen. Want het gebeurt nog niet overal, en nog niet overal gebeurt het goed.

Nadere uitwerking programma

Het programma is met de publicatie ervan niet 'af'. Met de actielijnen uit dit programma geven we richting en kaders mee aan de ontwikkelingen in het land en willen we energie en motivatie geven aan de beweging die al gaande is. Het is belangrijk dat deze samen met gemeenten en partijen in het land verder worden uitgewerkt en geconcretiseerd. Er is daarmee ook ruimte voor lokale en regionale verschillen en inkleuring. De context van een grote stad of van een krimpgemeente is immers heel verschillend. Bovendien zijn zorgaanbieders overal anders georganiseerd: soms zijn er heel veel aanbieders actief in één wijk, en soms maar één aanbieder in een hele regio. Dat maakt contractering, afstemming en samenwerking per regio heel verschillend. Ook hangt wat ouderen en mantelzorgers willen en nodig hebben om zelfstandig en thuis oud te worden af van de lokale situatie.

Samenwerking Rijk, gemeenten en betrokken partijen

Samen met de betrokken partijen vormen we een **werkgroep Langer Thuis** die het programma nader uitwerkt, zowel wat betreft proces als inhoud. Uit het programma zullen een aantal vervolgactiviteiten en projecten voortkomen, die op een passende manier moeten worden belegd. De werkgroep (en mogelijke projectteams) kan bestaan uit vertegenwoordigers van de betrokken partijen. Ook zal de werkgroep de monitoring van de programmadoelen nader uitwerken.

Om op landelijk niveau partijen te verbinden rond de programmabrede ambities van Langer Thuis wordt een **klankbordgroep Langer Thuis** ingericht bestaande uit deskundigen vanuit van gemeenten en de verschillende sectoren die een belangrijke rol hebben bij de nadere uitwerking en realisering van de ambities, zoals verzekeraars, corporaties, wijkverpleegkundigen, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, professionals uit het sociaal domein, mantelzorgers, bedrijfsleven en ouderenorganisaties. Deelname aan de klankbordgroep zal op persoonlijke titel zijn, zonder last of ruggespraak.

De klankbordgroep bespreekt de voortgang van de ambities op basis van de jaarlijkse programmamonitor (zie hoofdstuk 7), bevordert afstemming tussen de betrokken partijen en fungeert zo als klankbord om periodiek (in elk geval 2 keer per jaar) te reflecteren vanuit de bedoeling van het programma op de uitvoering in de praktijk. Zo kan de klankbordgroep knelpunten signaleren en deze agenderen op de relevante bestuurlijke tafels (hetzij op regionaal, hetzij op landelijk niveau). De klankbordgroep kan adviseren over wat er gedaan moet worden om de gewenste beweging verder te stimuleren.

6.2 Organisatie actielijnen

Daarnaast sluit het programma aan bij twee bestaande bestuurlijke overleggen. Voor actielijnen 1 en 2 wordt aangesloten bij het bestuurlijk overleg ZN/VNG. Voor actielijn 3 wordt aangesloten bij het bestuurlijk overleg Wonen en Zorg. Hieronder worden deze twee bestuurlijke circuits toegelicht.

6.2.1 Ondersteuning en zorg thuis: overleg gemeenten en verzekeraars

Een gedeelde opgave

De juiste zorg op de juiste plek, zoals verwoord in de rapportage van de gelijknamige Taskforce, is het uitgangspunt waaraan partijen zich hebben verbonden op nationaal niveau. Om dit voor elkaar te krijgen moeten organisaties en professionals binnen het medisch en het sociale domein niet alleen binnen hun eigen domein goed contact hebben, maar elkaar ook daarbuiten weten te vinden. Ze moeten afspraken maken over afstemming en regie en elkaar durven aanspreken als dat nodig is. Dit is in het bijzonder van belang voor ouderen die langer thuis wonen, en vanwege hun kwetsbaarheid zorg en ondersteuning nodig hebben uit verschillende domeinen. De kernopgave is dat uitvoerende partijen er in de praktijk voor zorgen dat ouderen integrale, persoonsgerichte zorg krijgen. Ze kunnen dit bijvoorbeeld doen door samen te werken in wijknetwerken en kernteams. Daarbij moet het niet uitmaken in welke regio, gemeente of wijk een oudere woont, wie de organiserende partijen zijn en hoe de integrale zorg financieel geregeld is.

Overleg in de regio

Met het oog op deze opgave is het wenselijk dat in de regio's tussen gemeenten, zorgverzekeraars en ook aanbieders periodiek overleg plaatsvindt. Daarbij is een belangrijke strategische opgave om gezamenlijk een beeld te maken van de sociale en gezondheidssituatie in de regio, gemeente of wijk, de manier waarop het aanbod van zorg en ondersteuning is georganiseerd en de (toekomstige) opgave die daaruit volgt. Waar dit overleg niet tot stand komt, nemen de inkopende partijen (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten) het initiatief en zullen samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties zorgen dat dit gebeurt. De betrokkenheid van ervaringsdeskundigen en hun organisaties is daarbij van groot belang. Dit is ook vastgelegd in de hoofdlijnenakkoorden medisch specialistische zorg en wijkverpleging voor de jaren 2019-2022.

In de meeste regio's vindt al een vorm van overleg plaats, ook over de zorg voor ouderen. Hierbij zijn naast inkopers (gemeenten en zorgverzekeraars) veelal ook aanbieders betrokken. Het streven is **dat** in alle regio's van het land dergelijk overleg plaatsvindt, waarbij het aan de betrokken partijen in de regio is om te bepalen **hoe**: welk geografisch niveau is het meest passend, wat is organisatorisch het meest praktisch, welke partijen nemen eraan deel en welke vorm krijgt het.

De agenda voor overleg

Strategische vragen die bij het overleg aan de orde kunnen komen zijn:

- Wat weten we van de situatie van langer thuiswonende ouderen? Welke ontwikkelingen zijn relevant om tot een goede organisatie en levering van ondersteuning en zorg te komen?
- Sluit het aanbod aan op de diversiteit van behoeften van ouderen? En is er voldoende ondersteuning en zorg beschikbaar voor mensen die dat nodig hebben?
- Hoe vindt de samenwerking rondom en met ouderen en hun omgeving plaats? Wie voert de regie? Hoe kan dit proces worden verbeterd, afgaand op wat eerder en elders heeft gewerkt?
- Hoe kan ondersteuning en zorg goed worden op- en afgeschaald als de situatie van ouderen verandert? Wanneer worden welke andere partijen betrokken?
- Hoe worden de overgangen tussen thuis, tijdelijk verblijf en de acute keten bij (spoed)opnamen van ouderen georganiseerd en de mogelijkheden inzichtelijk gemaakt?

Partijen vertalen dit in de contractering, waarbij zowel aanbieders als inkopers congruentie nastreven. Ook zullen partijen elkaar aanspreken op elkaars bijdrage om de gedeelde opgave aan te pakken, zowel op het niveau van de organisaties als in concrete uitvoeringspraktijk.

Als knelpunten in de uitvoeringspraktijk niet op uitvoeringsniveau kunnen worden opgelost kunnen ze op een meer strategisch niveau in het overleg in de regio aan de orde worden gesteld. Soms kan escalatie naar landelijk niveau nodig zijn en worden onderwerpen in het bestuurlijk overleg ZN/VNG besproken.

Proces

In het bestuurlijk overleg spreken Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en het ministerie van VWS nader af hoe de goede samenwerking tussen inkopende partijen onderling en met andere partijen in de regio te versterken en een vinger aan de pols te houden bij ontwikkelingen in de regio. Ook worden afspraken gemaakt over hoe het lerend vermogen te vergroten door ervaringen uit te wisselen, handreikingen op te stellen en praktische ondersteuning te bieden als dat nodig en gewenst. VWS is bereid een lerend netwerk (financieel) te ondersteunen. Niet als doel op zich, maar als middel tot meer integrale zorg voor ouderen.

6.2.2 Wonen: overleg gemeenten en corporaties

Het bestuurlijk overleg Wonen en Zorg maakt afspraken over het in beeld brengen van de woonopgave voor ouderen, het realiseren van vernieuwende woonvormen voor ouderen en een lokale aanpak om ouderen te helpen geschikt te wonen. Vervolgens voeren gemeenten en wooncorporaties deze afspraken op lokaal niveau samen uit.

Er wordt een landelijk ondersteuningsteam ingericht dat de uitvoering van deze afspraken kan ondersteunen. Bovendien kan het ondersteuningsteam ook knelpunten ophalen die het behalen van de afspraken in de weg staan. Periodiek rapporteert dit aan het bestuurlijk overleg. Het ondersteuningsteam wordt begeleid door een stuurgroep bestaande uit deelnemers van Rijk, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, en Aedes, die de uitvoering van deze afspraken zal monitoren.

Samen met gemeenten en corporaties start het kabinet een kennisprogramma om kennis te verspreiden over nieuwe woonvormen voor ouderen, ook in relatie tot de leefomgeving.

Hoofdstuk 7

Monitoring, onderzoek en evaluatie

7.1 Monitoring

Het doel van het programma is dat ouderen met een goede kwaliteit van leven zelfstandig oud kunnen worden in hun eigen vertrouwde omgeving. Het kabinet volgt de bijdrage van het programma, om te zien of we op het goede spoor zitten en zo nodig moeten bijsturen. We volgen de voortgang aan de hand van de indicatoren die bij de verschillende actielijnen staan opgenomen. Bij de selectie van indicatoren is er vooral naar gekeken in hoeverre de ervaringen van ouderen konden worden meegenomen - om hen gaat het tenslotte. Zo nodig zal daarbij aanvullend onderzoek worden uitgevoerd om de veranderingen te kunnen duiden. Het kabinet volgt jaarlijks de ontwikkelingen bij actielijnen 1 en 3 en tweejaarlijks bij actielijn 2 en bespreekt deze bij de bestuurlijke overleggen en in een jaarlijks voortgangsgesprek met de klankbordgroep (zie hoofdstuk 6). Deze rapportage wordt vervolgens naar de Tweede Kamer gestuurd.

Het kan meerdere jaren duren voordat het actieplan effect zal hebben. Daarom zal naast deze meer uitkomstgerichte indicatoren ook met belanghebbenden bekeken worden op welke wijze we de processtappen, die naar verwachting bijdragen aan betere resultaten voor de zorg en ondersteuning van ouderen, het beste kunnen monitoren. Bij de monitoring van de actielijnen zal tevens gebruik worden gemaakt van de rapportage van de voortgang van de ondersteuningsteams.

De indicatoren zijn:

Programmabreed
Ervaren kwaliteit van leven door 75-plussers
Actielijn 1 Goede ondersteuning en zorg thuis
Het percentage 75-plussers dat regie ervaart over zijn/haar leven
De door thuiswonende 75-plussers ervaren aansluiting van de zorg
Het percentage ouderen dat ondersteuning en zorg naar eigen zeggen goed geregeld krijgt
Actielijn 2 Mantelzorg en vrijwilligers in zorg & welzijn
Het percentage overbelaste mantelzorgers en vrijwilligers
Het percentage mantelzorgers en vrijwilligers dat aangeeft goed geïnformeerd te zijn over het ondersteuningsaanbod
Het percentage mantelzorgers en vrijwilligers dat goede afstemming met de formele zorg ervaart
Actielijn 3 Wonen
Het percentage 75-plussers dat aangeeft dat hun huidige woning geschikt is

7.2 Onderzoek toekomst zorg voor thuiswonende ouderen

Met dit programma stimuleert het kabinet goede zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen binnen de grenzen van de huidige stelsels. Als we kijken naar de toekomstige trends, zoals vergrijzing, tekorten op de arbeidsmarkt, een toename van het aantal kwetsbare ouderen met meerdere chronische aandoeningen, dan is het denkbaar dat op termijn meer fundamenteel gekeken moet worden hoe we deze trends het hoofd kunnen bieden. Het kabinet wil daarom een commissie instellen die advies uitbrengt over wat er nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden, rekening houdend met de demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Uitgangspunt van de commissie is de motie Bergkamp⁴⁵.

Hierbij zouden de volgende vragen aan de orde kunnen komen:

- Hoe ziet de zorg thuis voor ouderen er nu uit?
- Welke trends en ontwikkelingen hebben gevolgen voor de zorg voor ouderen thuis?
- Wat betekenen deze trends en ontwikkelingen voor de zorg thuis in 2030?
- Wat betekent dit voor de organisatie van de zorg - gegeven deze trends - in 2030?
- Wat betekent dat voor de inrichting van de stelsels?

De commissie zal zich voor haar advies baseren op een kennissynthese over de trends en ontwikkelingen door het SCP. De commissie wordt ook gevraagd aandacht te besteden aan de gevolgen bij de overgangen tussen stelsels, zoals een lange termijn oplossing voor de zorgval.

7.3 Evaluatie

Het is belangrijk om goed te volgen wat het beleid gericht op langer zelfstandig thuiswonende ouderen betekent voor de kwaliteit van leven van ouderen. Daartoe is het nuttig om het integrale zorggebruik over de domeinen en jaren heen te volgen, en de omstandigheden en factoren die hieraan bijdragen. Het ministerie van VWS zal een explorerend onderzoek met grote gekoppelde databestanden, de zogeheten big data, doen om over een langere periode meer inzicht te krijgen in de situatie van langer thuiswonenden ouderen en de factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van leven. Het onderzoek is onderdeel van de pilot “Lerend Evalueren”.

⁴⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, 34 775 XVI, nr. 116

Hoofdstuk 8

Financiën

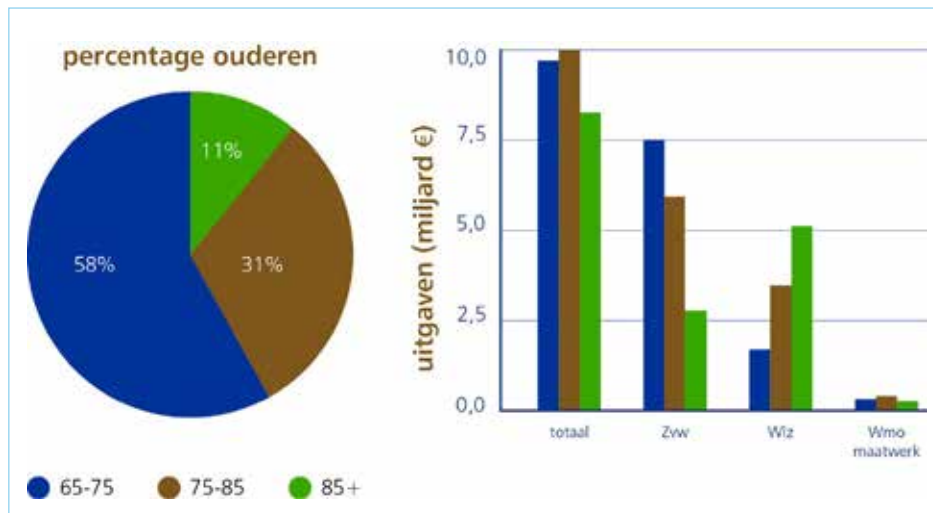
8.1 Wat geven we uit aan ondersteuning en zorg voor thuiswonende ouderen?

Thuiswonende ouderen maken gebruik van zorg en ondersteuning uit de verschillende zorgdomeinen. Uit de NZa Monitor Zorg voor ouderen uit april 2018 blijkt dat er ongeveer 28 miljard euro aan zorg voor 65-plussers wordt uitgegeven. Ongeveer tweederde hiervan (18 miljard euro) gaat naar 75-plussers. Hiervan wordt 9,1 miljard euro gebruikt door thuiswonende 75-plussers die zorg ontvangen uit Zvw en Wmo. Zo'n 9,2 miljard euro wordt gebruikt voor 75-plussers die zorg ontvangen uit de Wlz. Dit betreft naast verpleeghuiszorg ook de kleine groep mensen die Wlz thuis ontvangt. Thuiswonende 75-plussers en 75-plussers die in een instelling verblijven maken dus ongeveer evenveel kosten in de zorg.

De uitgaven aan zorg voor 65-75-jarigen bedragen gemiddeld 5.300 euro per persoon (58 procent van de ouderen). Voor 75-85-jarigen is dit 10.400 euro (31 procent van de ouderen), en voor 85-jarigen 23.000 euro (11 procent van de ouderen).

In vergelijking met de leeftijdsgroep 65-75 gebruiken 75-plussers relatief minder zorg uit de Zvw en meer uit de Wlz. Dit wordt met name veroorzaakt door het grote aandeel 85-plussers die gebruik maakt van de Wlz. Onderstaand figuur is afkomstig uit de Monitor Zorg voor ouderen van de NZa en geeft de verdeling van de zorguitgaven over de verschillende groepen ouderen weer.

Figuur 3.2 Verdeling van aantallen en uitgaven per leeftijdsgroep en domein



Bron: Vektis (2016) en CAK (2016), bewerking NZa

8.2 Wat geven we uit binnen het programma Langer Thuis

Het programma stuurt op een aantal bewegingen, die eraan bijdragen dat ouderen op een prettige en veilige manier thuis kunnen (blijven) wonen. Deze sluiten aan bij de ambities van het Pact voor Ouderenzorg waarvoor middelen beschikbaar zijn gesteld in het Regeerakkoord (enveloppe Waardig Ouder worden). Voor het programma zal gebruik worden gemaakt van middelen die met het Regeerakkoord beschikbaar zijn gesteld onder de titels 'Versteving respijtorg en dagopvang', en 'Crisisorg ouderen'. Hiervoor is in totaal € 70 miljoen beschikbaar voor de periode van 2018 tot en met 2021, waarvan € 35 miljoen voor 'Versteving respijtorg en dagopvang', en € 35 miljoen voor 'Crisisorg ouderen'.

Onderstaande tabel geeft een globale verdeling van de inzet van de beschikbare middelen in het kader van het programma Langer Thuis. De middelen voor actielijn 1 zijn afkomstig uit de post 'Crisisorg ouderen', de middelen voor actielijnen 2 en 3 zijn afkomstig uit de post 'Versteving respijtorg en dagopvang'. De verdeling betreft een raming, de realisatie kan in de uitvoering afwijken.

Voor de 3 nieuwe innovatieregelingen is € 270 miljoen beschikbaar voor de periode 2019-2021. De inzet, doelgroep en verdeling van middelen worden bij de uitwerking van de regelingen nader vastgesteld. De verdeling van middelen voor de innovatieregelingen tussen e-Health Thuis, VIPP-care en woonzorgarrangementen is daarom een raming.

Tabel uitgaven Programma Langer Thuis

	2018	2019	2020	2021	Inzet/besteding/doelen
<i>Actielijn 1</i> Goede ondersteuning en zorg thuis	10	10	10	5	Vitale ouderen, specialist ouderengeneeskunde, verbreding regionale coördinatiepunten, ondersteuning samenwerking verzekeraars en gemeenten, ZonMw-programma (leernetwerken)
Innovatieregelingen		30	30	30	E-health Thuis
		30	30	30	VIPP care
<i>Actielijn 2</i> Mantelzorg en vrijwilligers	9	9	9	4	Campagnes, kwaliteitsverbetering, stimulering respijtzorg, sociale experimenten dementie
<i>Actielijn 3</i> Wonen	1	1	1	1	Ondersteuningsprogramma, vervolg op Who Cares, Pilots logeerszorg, ondersteuningsteam
Innovatieregelingen		30	30	30	Woonzorgarrangementen

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

Telefoon 070 340 79 11

Telefax 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

juni 2018