

Uitkomsten project Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's

# *Effectief Ontschotten: zorg en ondersteuning voor ouderen over wetten heen*



## Dankwoord

*De werkgroep wil de vertegenwoordigers van zorgaanbieders en de professionals die aan dit onderzoek hebben meegewerkt hartelijk bedanken voor hun waardevolle bijdrage. Hun praktijkervaringen bleken een grote steun voor het onderzoek.*

*Daarnaast willen we uiteraard de ouderen en mantelzorgers bedanken die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd. Hun persoonlijke verhalen waren soms bemoedigend, soms aangrijpend en soms verrassend, maar altijd interessant en inspirerend.*

## Werkagenda

*De Werkagenda Menzis, regio's en gemeenten is een samenwerkingsverband waarin partijen samen werken aan vraagstukken in de langdurige zorg. Het doel is een betere gezondheid voor zoveel mogelijk burgers met een effectieve inzet van middelen. In dit verband zijn de gemeenten uit de regio's Achterhoek, Twente, FoodValley, Groningen, Arnhem en Den Haag en zorgverzekeraar Menzis vertegenwoordigd.*

*Het samenwerkingsverband is gestart in 2014 vanwege de toenmalige hervorming van de langdurige zorg, waarbij gemeenten en zorgverzekeraars nieuwe verantwoordelijkheden kregen toebedeeld. Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars bleek cruciaal om deze verantwoordelijkheden samen in te vullen.*

*De gemeenten en Menzis hebben steeds projecten opgezet om specifieke delen van de zorg te verbeteren. Eerdere projecten richtten zich bijvoorbeeld op regionale versterking van de GGZ-zorg en de overgang 18-/18+. Recent lag de nadruk in de Werkagenda op de ouderenzorg, om precies te zijn de zorgverlening over grenzen van zorgwetten heen. Project **Effectief ontschotten** geeft daar invulling aan. Dit rapport presenteert de landelijke uitkomsten ervan.*

### Datum

2 oktober 2018

### Contact

T.vandenBroek@aef.nl

### Referentie

WM13/rapportage

# Inhoud

<b>1 Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
1.1 Doel van het project.....	5
1.2 Aanpak en werkwijze .....	5
1.3 Resultaten .....	5
<b>2 Inleiding</b>	<b>8</b>
2.1 Aanleiding en doel .....	8
2.2 Werkwijze .....	9
2.3 Terminologie.....	10
2.4 Leeswijzer.....	11
<b>3 De ouderenzorg</b>	<b>12</b>
3.1 Wetten en domeinen.....	12
3.2 Samenspel van wetten en belangrijkste actoren .....	15
<b>4 Ouderen en hun zorg &amp; ondersteuning</b>	<b>18</b>
4.1 Ouderen en hun leefwereld .....	18
4.2 Leefwereld versus systeemwereld .....	21
4.3 Deelconclusies leefwereld .....	23
<b>5 Het gebruik van zorg en ondersteuning</b>	<b>25</b>
5.1 Gebruik van voorzieningen en zorgvormen (enkelvoudig) .....	25
5.2 Samenloop van zorg en ondersteuning .....	26
5.3 Kosten voor zorg en ondersteuning .....	30
5.4 Deelconclusies gebruik.....	32
<b>6 Knelpunten in de hulp en zorg aan ouderen</b>	<b>33</b>
6.1 Indeling van knelpunten.....	33
6.2 Toegang, afstemming en regie in de eerste lijn .....	35
6.3 Maaltijdvoorziening .....	36
6.4 Verhouding tussen ELV, GRZ en respijtzorg .....	37
6.5 Hulpmiddelen .....	38
6.6 Overgang naar Wlz .....	39
6.7 Taakinvulling wijkverpleging.....	40
<b>7 Oplossingsrichtingen voor de knelpunten</b>	<b>41</b>
7.1 Selectie.....	41
7.2 Toegang en regie.....	42
7.3 Maaltijdvoorzieningen .....	44
7.4 ELV, GRZ en Respijtzorg .....	47

7.5	Hulpmiddelen .....	48
7.6	Overgang naar WLZ.....	51
7.7	Wijkverpleging: oplossingen binnen Zvw .....	52
<b>8</b>	<b>Conclusies</b>	<b>53</b>
8.1	Zorg en ondersteuning voor ouderen .....	53
8.2	Knelpunten in de ouderenzorg.....	53
8.3	Oplossingen .....	55
	<b>Bijlage A: Betrokkenen</b>	<b>57</b>
	<b>Bijlage B: gespreksleidraden</b>	<b>59</b>
	I. Gespreksleidraad aanbieders .....	59
	II. Gespreksleidraad professionals .....	61
	III. Gespreksleidraad ouderen.....	64
	<b>Bijlage C: volledige lijst knelpunten</b>	<b>66</b>
	I. Knelpunten binnen één wet .....	66
	II. Knelpunten tussen Wmo en Zvw .....	69
	III. Knelpunten tussen Zvw & Wmo en Wlz .....	72
	<b>Bijlage D: kosten voor voorzieningen en zorgvormen</b>	<b>74</b>

# 1 Managementsamenvatting

## 1.1 Doel van het project

Het project Effectief Ontschotten is onderdeel van de Werkagenda Menzis en samenwerkende regio's en gemeenten. Het heeft tot doel om het samenspel van zorg en ondersteuning voor ouderen te verbeteren door knelpunten op het snijvlak van Wmo, Zvw en Wlz weg te nemen.

Het gaat om drie typen knelpunten:

- Er kunnen **ongewenste dubbelingen** optreden; voorzieningen zitten elkaar dan in de weg omdat ze sterk overlappen, of omdat hun aanpak te verschillend is.
- Er kan **gebrek aan maatwerk** ontstaan; de combinatie van voorzieningen sluit dan niet voldoende aan bij de behoefte van de oudere.
- Er kan **onjuiste invulling** optreden; professionals voeren daarbij elkaars taken uit, waardoor de oudere niet optimaal geholpen wordt of er afwenteling kan optreden.

Om aan deze knelpunten tegemoet te komen zijn oplossingsrichtingen geformuleerd. Daarnaast heeft Effectief Ontschotten tot doel om de samenloop van zorg en ondersteuning op persoons- of huishoudensniveau in beeld te brengen. Zie paragraaf 2.2. voor meer details.

## 1.2 Aanpak en werkwijze

Dit project is vanuit Menzis en de verschillende regio's binnen de Werkagenda uitgevoerd. Het unieke aan dit project is dat – in tegenstelling tot de meeste andere projecten in de Werkagenda - alle verschillende regio's zijn vertegenwoordigd.

We hebben gewerkt op het grootst mogelijke detailniveau: dat van de individuele oudere of huishouden van ouderen. Dat is waar de bovenstaande knelpunten spelen. De werkwijze kende daarom veel input vanuit de praktijk. Voor dit project zijn aanbieders, professionals en ouderen, in totaal bijna 90 personen, geïnterviewd over hun praktijkervaringen. Ouderen zelf maakten het grootste deel van deze groep uit.

Tussentijdse resultaten zijn in 'brede bijeenkomsten' met betrokkenen gedeeld en besproken. Na overeenstemming over de belangrijkste knelpunten zijn oplossingsrichtingen geformuleerd om aan de knelpunten tegemoet te komen. Zie paragraaf 2.3 voor meer details over de werkwijze.

## 1.3 Resultaten

Effectief Ontschotten heeft een aantal resultaten opgeleverd.



### 1.3.1 Samenloop van zorg en ondersteuning

Het onderzoek brengt in beeld welke vormen van zorg en ondersteuning voorkomen in huishoudens. Niet alleen op zichzelf, maar ook in combinatie met elkaar. Dit is om privacy-technische redenen moeilijk om voor een groot aantal inwoners in beeld te brengen via gegevensanalyse. Door inwoners zelf te vragen, kan dit omzeild worden.

Uitkomsten hiervan waren onder andere dat bepaalde vormen van zorg en ondersteuning vaak samen voorkomen, bijvoorbeeld Hulp bij Huishouden (Wmo) en wijkverpleging (Zvw). Dit is extra relevant omdat uit het onderzoek naar voren kwam dat er verschillende knelpunten spelen bij een combinatie van deze twee. Zie hoofdstuk 5 voor details.

### 1.3.2 Knelpunten

Het grootste deel van de knelpunten die door geïnterviewden (managers, beleidsmakers, professionals en ouderen) genoemd worden, zijn in zes groepen onder te delen:

#### Tussen Wmo en Zvw

1. Er is soms nog onvoldoende afstemming en regie binnen **de eerste lijn** (huisartsen, wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners, sociale wijkteams en Wmo-consulenten) wanneer er zowel zorg als ondersteuning geleverd moet worden. Daardoor doen ze soms dubbel werk waardoor het proces van toegang langer duurt dan nodig is.
2. Waar gemeente verantwoordelijk is voor de **maaltijdvoorziening** is dit vaak moeilijk te organiseren via Hulp bij het huishouden; hulp bij huishouden komt niet vaak genoeg over de vloer om structureel de maaltijdvoorziening in te vullen, dat geeft onnodig veel reistijd en kosten. Tegelijkertijd komen er andere professionals vaker over de vloer bij de betreffende oudere, dus die zouden beter geschikt zijn om de voorziening te verstrekken. Maar de Wmo is zo ontworpen dat verstrekking door Hulp bij Huishouden de geëigende oplossing is.
3. **Eerstelijns verblijf (ELV, Zvw), geriatrische revalidatiezorg (GRZ, Zvw) en respijtzorg (Wmo)** lijken op elkaar. Door gebrek aan kennis en samenwerking bij professionals in de toegang, gebeurt het soms dat de ene voorziening/zorgvorm ingezet wordt, in plaats van de ander. Dan kan het gebeuren dat de ene financier voor de ander betaalt. Het kan er ook toe leiden dat een oudere niet de juiste kwaliteit van zorg krijgt.

#### Tussen Wmo en Zvw enerzijds en Wlz anderzijds

4. Door verhuizing naar een andere gemeente of overgang naar de Wlz, komt het soms voor dat **hulpmiddelen** niet meekunnen verhuizen met de cliënt omdat er door een andere gemeente of financier andere eisen gelden of bepaalde aanbieders niet gecontracteerd zijn. Dan moeten de hulpmiddelen opnieuw worden aangeschaft. Dat is een verspilling van middelen.
5. De **overgang van Wmo / Zvw naar de Wlz** loopt op een aantal punten nog niet soepel genoeg. Hierdoor gaan ouderen soms sneller de Wlz in dan nodig, of zijn ze juist (onterecht) huiverig om over te gaan.

#### Binnen de Zvw

6. Er wordt erg veel verwacht van **wijkverpleging**, onder andere door de centrale positie in de wijk. Diezelfde centrale positie betekent echter dat de taakafbakening tussen wijkverpleging en andere vormen van zorg of ondersteuning soms onduidelijk is. Dan kunnen zich dubbelingen voordoen, of worden taken uitgevoerd door onder- over overgekwalificeerde professional.

Zie hoofdstuk 6 voor nadere details over de knelpunten.

### Type knelpunten

Nadere beschouwing laat zien dat zij alleen van één van vier mogelijke vormen zijn:

- **Maatwerk-knelpunten:** er zijn gelijktijdig verschillende voorzieningen, de vraag is hoe deze samen optimaal effectief zijn, dus of het geheel meer kan zijn dan de som der delen.
- **Substitutie-knelpunten:** de vraag is of de ene voorziening / zorgvorm niet beter ingezet kan worden in plaats van een ander.
- **Continuïteit-knelpunten:** er is sprake van meer dan één zorgvorm / voorziening, maar deze worden na elkaar ingezet. De vraag is dan hoe zij optimaal op elkaar aansluiten.
- **Preventie-knelpunten:** kunnen we een voorziening / zorgvorm in de toekomst voorkomen, door nu iets anders in te zetten?

In de figuur hieronder staan zij schematisch weergegeven. Per type knelpunt staat weergegeven hoeveel van bovenstaande lijst met zes knelpunten van betreffend type zijn.

	En-en	Of/of
<b>Gelijktijdig</b>	Maatwerk (2)	Substitutie (2-3)
<b>Volgtijdig</b>	Continuïteit (2)	Preventie (0)

### 1.3.3 Oplossingsrichtingen

Op basis van een expertoordeel is een aantal van de bedachte oplossingsrichtingen geselecteerd en vervolgens verder geconcretiseerd. Deze zijn beknopt weergegeven in de tweede kolom van onderstaande tabel en verder uitgewerkt in hoofdstuk 7.

Knelpunt	Oplossing	Schaalniveau
1. Toegang en regie 1 <sup>e</sup> lijn	Toegang gezamenlijk organiseren	Lokaal + regionaal (+ bovenregionaal)
	Afspraken over regievoering maken	Lokaal + bovenregionaal
2. Maaltijdvoorzieningen	Hulp bij huishouden in kleine tijdseenheden	Lokaal (+ bovenregionaal)
	Maaltijden via de wijkverpleegkundige	Lokaal (+ bovenregionaal)
	Maaltijden via een collectieve voorziening	Lokaal (+ bovenregionaal)
3. ELV, GRZ en respijtzorg	Werkproces ELV / respijtzorg verbeteren	Lokaal + bovenregionaal
4. Hulpmiddelen	Financiering cliëntvolgend maken	Landelijk
	Inkoop van hulpmiddelen verbeteren	Regionaal + bovenregionaal
5. Overgang naar de Wlz	Rol derden versterken & kennis vergroten	Bovenregionaal
6. Wijkverpleging	n.v.t.	n.v.t.

Tot slot hebben we in dit hoofdstuk ook per oplossingsrichting aangegeven op welk(e) schaalniveau(s) deze het beste opgepakt kunnen worden. Samengevat is dit weergegeven in de laatste kolom van bovenstaande tabel.

## 2 Inleiding

### 2.1 Aanleiding en doel

Veel ouderen maken gebruik van een voorziening uit het sociale of het medische domein. Soms ook uit beide domeinen. Verhoudingsgewijs gebruikt een klein deel van de ouderen gebruikt een groot deel van de totaal beschikbare middelen en capaciteit. Wanneer veel verschillende voorzieningen worden 'gestapeld' bij dezelfde oudere, ontstaan er risico's.

Veel ouderen maken gebruik van een voorziening uit het sociale of het medische domein. Soms ook uit beide domeinen. Verhoudingsgewijs gebruikt een klein deel van de ouderen een groot deel van de totaal beschikbare middelen en capaciteit. Wanneer veel verschillende voorzieningen worden 'gestapeld' bij dezelfde oudere, ontstaan er risico's:

- Er kunnen **ongewenste dubbelingen** optreden; voorzieningen zitten elkaar dan in de weg omdat ze sterk overlappen, of omdat hun aanpak te verschillend is.
- Er kan **gebrek aan maatwerk** ontstaan; de combinatie van voorzieningen sluit dan niet voldoende aan bij de behoefte van de oudere.
- Er kan **onjuiste invulling** optreden; professionals voeren daarbij elkaars taken uit, waardoor de oudere niet optimaal geholpen wordt of er afwenteling kan optreden.

Wanneer deze risico's waarheid worden, ontstaan er knelpunten in de ouderenzorg. De risico's zijn groter als er meerdere financiers in het spel zijn vanuit verschillende zorgwetten. Gemeenten en zorgverzekeraars weten dat er soms sprake is van 'schotten' tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning.

Schotten in financiering zijn wellicht nooit helemaal te voorkomen. Ze komen enerzijds voort uit complexe wet- en regelgeving en anderzijds door de vertaling hiervan (door zorgaanbieders) naar kaders voor de praktijk. Maar schotten in de financiering hoeven niet noodzakelijk tot schotten in de praktijk te leiden.

Menzis en een groot aantal gemeenten zijn ervan overtuigd dat schotten in financiering nooit goede zorg aan ouderen in de weg mogen staan. Ze geloven dat ketenprocessen zijn te 'ontschotten' door effectieve samenwerking te organiseren tussen gemeente, zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Dan kunnen bovenstaande knelpunten worden weggenomen.

Daarom is er een initiatief gestart om knelpunten rond schotten in de ouderenzorg te inventariseren en oplossingen daarvoor in kaart te brengen: **Effectief Ontschotten**.



### Doel project

Het doel van Effectief Ontschotten is dat zorg, hulp en ondersteuning meer in onderlinge samenhang worden uitgevoerd, door knelpunten hiervoor te identificeren en oplossingen op deze knelpunten te formuleren. Dit moet tot effectievere zorg en ondersteuning leiden, wat bijdraagt aan **lagere zorgkosten, hogere kwaliteit van zorg** en meer **tevreden ouderen**.

---

## 2.2 Werkwijze

Dubbelingen, gebrek aan maatwerk en een onjuiste invulling van zorg of ondersteuning doet zich voor bij individuele oudere of huishouden van ouderen. Daarom stonden ouderen zelf centraal in dit project: zij zijn zelf, op grote schaal, gevraagd naar hun eigen ervaringen.

Voor dit project zijn vele tientallen ouderen geïnterviewd, verspreid over het hele land. Er zijn aanvullende interviews geweest met aanbieders en professionals, in totaal bijna 90 personen. Ouderen zelf maakten het grootste deel van deze groep uit. De interviewers waren beleidsmakers van gemeenten en Menzis zelf. De ontmoetingen tussen deze groepen vormden de kern van de input voor dit onderzoek.

We hebben voor deze (arbeidsintensieve) aanpak gekozen omdat we hypothesen over wat de knelpunten en hun onderliggende oorzaken zijn, het best kunnen achterhalen voor degenen die er dagelijks bij betrokken zijn: de ouderen die de zorg en ondersteuning krijgen, de professionals die hem leveren en de managers / beleidsmakers die het overzicht binnen en tussen de domeinen hebben.

Samen met al deze mensen hebben we gekeken welke knelpunten die zich voordoen, en welke oplossingsrichtingen die aan die knelpunten tegemoet komen. Dit rapport bespreekt de knelpunten en oplossingen die het vaakst naar voren kwamen. Die onderwerpen kunnen (mogelijk) regionaal of landelijk worden opgepakt.

Om de doelen te bereiken zijn voor dit project drie fasen doorlopen:

- **Fase 1: Inventariseren knelpunten.** In deze fase is met literatuuronderzoek en verkennende interviews in kaart gebracht welke knelpunten momenteel spelen in de zorg voor ouderen.
- **Fase 2: Uitwerken oorzaken.** In deze fase zijn in vele tientallen interviews met vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgprofessionals, ouderen en mantelzorgers de oorzaken voor de gevonden knelpunten uitgewerkt.
- **Fase 3: Formuleren oplossingen:** In deze fase hebben beleidsmakers en vertegenwoordigers van aanbieders concrete oplossingen voor de gevonden knelpunten (en hun oorzaken) geformuleerd. Dit is verwerkt in het voorliggend rapport.

---

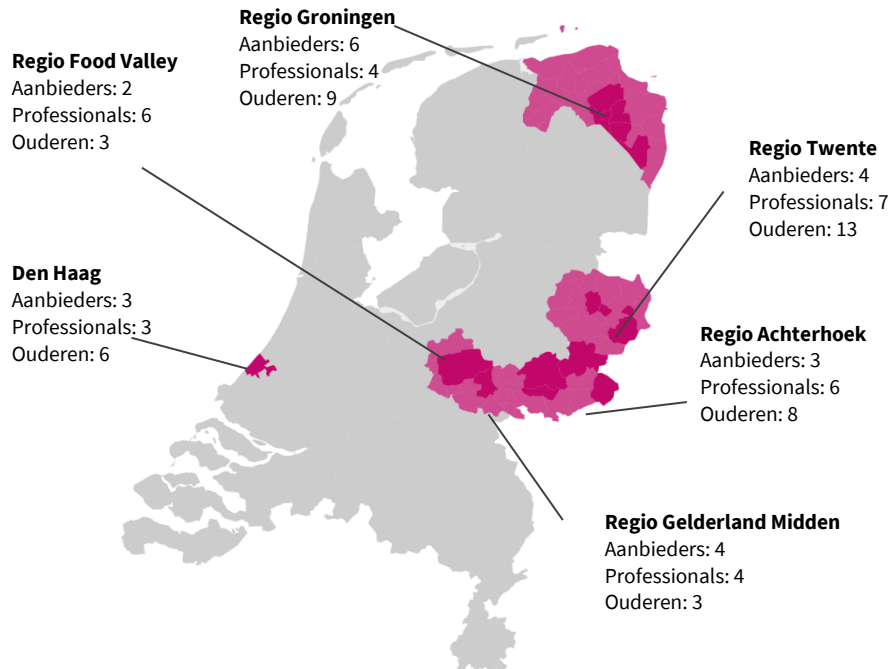
### **Procesmatige opbrengst van Effectief ontschotten: methodiek**

*De doelgroep van Effectief Ontschotten was weliswaar 'ouderen', maar de werkwijze die hier gevolgd is, beperkt zich niet tot ouderen alleen. Deze manier van werken is toepasbaar voor alle groepen die gebruik maken van voorzieningen / zorgvormen verschillende domeinen, denk aan mensen met een psychische kwetsbaarheid, of jongeren.*

*Eén van de opbrengsten van het project is daarom ook een methode waarmee gemeenten en/of Menzis ook voor deze groepen gebruik, leefwereld en knelpunten kunnen identificeren, om op basis van die laatste naar concrete oplossingen toe te werken.*

---

In zes regio's zijn gesprekken gevoerd met aanbieders, professionals en (vertegenwoordigers van) ouderen. De figuur hieronder geeft weer in welke regio's welke groepen zijn gesproken.



**Figuur 1: het aantal gesprekken per (Werkagenda)regio voor Effectief Ontschotten. In de donkergekleurde gemeenten vonden gesprekken met ouderen plaats (zie Bijlage B).**

De werkwijze kenmerkte zich dus boven alles door de grote input vanuit de praktijk. In Bijlage B leest u meer in detail wie we in welke regio gesproken hebben. In bijlage C vindt u de gespreksleidraden, die aangeven welke onderwerpen we met hen besproken hebben.

## 2.3 Terminologie

Verwarring over terminologie kan soms een goede discussie flink in de weg staan. Daarom expliciteren we hier enkele termen die in de rest van het rapport veelvuldig terugkomen:

- **Ondersteuning:** in dit rapport duiden we alle activiteiten die vanuit de Wmo gefinancierd worden kortweg aan als 'ondersteuning.'
- **Oudere:** wat voor een gemeente een 'inwoner' of 'cliënt' is, heet bij een zorgverzekeraar een 'verzekerde' of 'klant'. Vanwege de leesbaarheid spreken we hier over 'oudere'.
- **Ouderenzorg:** vanwege de leesbaarheid spreken we in dit rapport kortweg over 'de ouderen zorg'. Daarmee bedoelen we alle zorg, hulp en ondersteuning, over wetten heen.
- **Zorg:** in dit rapport duiden we alle activiteiten die vanuit de Zvw of Wlz gefinancierd worden kortweg aan als 'zorg'.
- **Zorgvorm / voorziening:** refereren we aan een bepaalde vorm van zorg of ondersteuning, dan hebben we het over een 'zorgvorm' (Zvw of Wlz) of 'voorziening' (Wmo).

## 2.4 Leeswijzer

De volgende drie hoofdstukken kenschetsen de ouderenzorg vanuit drie perspectieven. In hoofdstuk 3 leest u hoe 'de ouderenzorg;' vanuit wettelijk en beleidsmatig perspectief in elkaar steekt: met de wetten, financieringsstromen en partijen die daarin een rol spelen. Hoofdstuk 4 kijkt door de ogen van de ouderen. Het hoofdstuk geeft daarmee de rode draad weer van de ervaringen die ouderen in interviews hebben gedeeld. Een cijfermatig perspectief volgt in hoofdstuk 5. Dit geeft een kwantitatief beeld van de zorg en ondersteuning die de geïnterviewde ouderen ontvangen.

In de twee hoofdstukken daarna worden verandermogelijkheden aangedragen. In hoofdstuk 6 leest u over knelpunten in de zorg die in dit onderzoek aan het licht kwamen. Hoofdstuk 7 formuleert oplossingen voor deze knelpunten. Hoofdstuk 8 sluit af met conclusies.

## 3 De ouderenzorg

De vele tientallen ouderen die zijn geïnterviewd, maken allemaal gebruik van de ouderenzorg. In dit hoofdstuk leest u hoe de ouderenzorg is ingericht. Het hoofdstuk gaat in op de verschillende wetten en actoren die hierin een rol spelen. Met 'ouderenzorg' wordt alle zorg, hulp en ondersteuning aan ouderen bedoeld, over wetten heen.

### 3.1 Wetten en domeinen

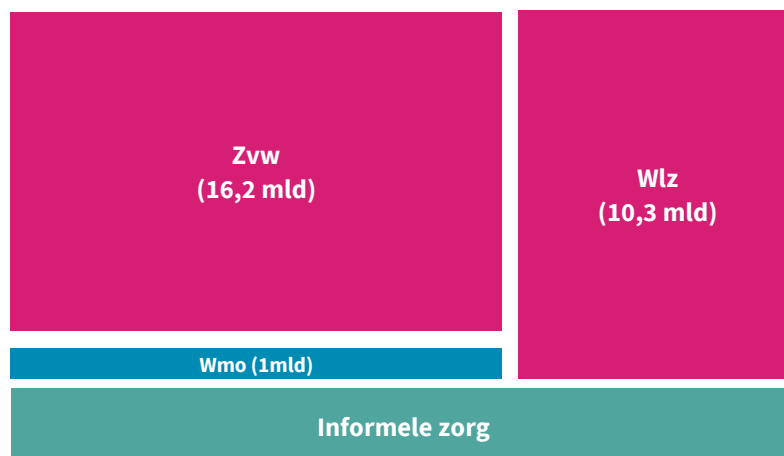
Het Nederlandse zorgstelsel kent verschillende wetten op basis waarvan inwoners zorg of ondersteuning kunnen krijgen. Dit worden de stelselwetten genoemd. Ieder van de stelselwetten kent eigen financieringsstromen. Voor de ouderenzorg zijn drie wetten relevant:

- de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- de Zorgverzekeringswet (Zvw)
- de Wet langdurige zorg (Wlz).

Ouderen kunnen vanuit meerdere wetten tegelijk zorg of ondersteuning krijgen. Dit gebeurt vooral bij ouderen die niet in de Wlz zitten. De Wlz is namelijk 'levensbreed', al wordt voor specialistische zorg (bijvoorbeeld in een ziekenhuis) toch een beroep op de Zvw gedaan.

Gelijktijdig aan formele zorg en ondersteuning kan sprake zijn van informele zorg. Dan doelen we vooral op algemeen toegankelijke voorzieningen en mantelzorg.

We hebben dit samenspel hieronder schematisch weergegeven in onderstaande figuur, waarbij de oppervlakte van de vlakken grofweg correspondeert met de totale uitgaven vanuit de wet voor ouderen in 2016 (voor de Zvw zijn die inclusief medisch-specialistische zorg). Informele zorg is hierop een uitzondering, omdat hier geen kosten aan verbonden zijn.



**Figuur 2: schematische verhouding van de drie wetten voor zorg en ondersteuning voor ouderen. Oppervlakte correspondeert met uitgaven. (Bron: NZa, Monitor Zorg voor ouderen (2018)).**

Hieronder leest u over alle drie de wetten, geredeneerd vanuit de ouderenzorg.

### 3.1.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wmo regelt voorzieningen waarmee inwoners zelfstandig kunnen (blijven) functioneren en wonen. De voorzieningen kunnen van allerlei vormen van ondersteuning zijn. Ze zijn niet gericht op het oplossen van een medisch probleem maar wel op het functioneren en participeren (naar mogelijkheden) van de oudere in de samenleving.

De rol van financier wordt in de Wmo vervuld door gemeenten. Bij maatwerkvoorzieningen gaan zij eerst na of een oudere een voorziening nodig heeft en zo ja, welke. Die beslissing ligt bij Wmo-consulenten of medewerkers van een sociaal wijkteam. De onderstaande Wmo-voorzieningen spelen een belangrijke rol in de ouderenzorg en daarmee in dit onderzoek. Overigens geven gemeenten op verschillende manieren invulling aan de voorzieningen; er zijn geen eenduidige definities van.

- **Hulp bij huishouden:** Dit is huishoudelijk hulp, zoals het schoonmaken van de woning, voor wie dat niet zelf kan. Veel gemeenten bieden verschillende vormen van hulp bij huishouden van verschillende intensiteit.
- **Hulpmiddelen & woningaanpassingen:** Dit zijn instrumenten in de woning (zoals toiletbeugels, elektrische deuropener) of anderszins (zoals een rolstoel) die activiteiten van ouderen toestaan of veiliger maken.<sup>1</sup>
- **Maatschappelijk werk:** Maatschappelijk werk biedt kortdurende hulp bij diverse problemen, zoals eenzaamheid, het eigen functioneren of de omgang met naasten. In één of enkele gesprekken wordt samen gekeken naar mogelijke oplossingen.
- **Welzijnswerk:** Waar maatschappelijk werk één-op-één is, is welzijnswerk vaak collectief. Welzijnspartijen organiseren activiteiten gericht op het welbevinden van bepaalde doelgroepen of bieden mogelijkheden aan anderen om deze te organiseren.
- **Dagbesteding:** Dit betreft het in groepsverband begeleiden van ouderen die zelf geen zinvolle dagbesteding hebben. Dit wordt op locatie van de aanbieder gedaan. Dit zijn bijvoorbeeld creatieve of op beweging gerichte activiteiten.
- **Individuele begeleiding:** Dit zijn activiteiten om de zelfredzaamheid van de oudere te bevorderen, zodat die zelfstandig blijft wonen. Voorbeelden zijn ouderen leren omgaan met beperkingen of helpen bij administratie. Individuele begeleiding is altijd één-op-één.
- **Persoonlijke verzorging:** Dit is verzorging van ouderen die ze helpt om ondanks beperkingen te functioneren. Een voorbeeld is ondersteuning van zogeheten 'algemene dagelijkse levensverrichtingen' zoals uit bed komen.<sup>2</sup>
- **Mantelzorgondersteuning:** Mantelzorgers ontvangen advies, doorverwijzing en ondersteuning zodat zij beter in staat zijn om zich bewust te zijn van de valkuilen van mantelzorg en om draagkracht en draaglast in balans te houden.
- **Respijtzorg:** Wanneer mantelzorgers zwaar belast worden, kan dit na een tijd hun draagkracht te boven gaan. Daarom bestaat de mogelijkheid om de oudere voor wie zij zorgen tijdelijk ergens te laten verblijven, zodat mantelzorgers even ontlast worden.
- **Wijkteams:** Veel gemeenten kennen (sociale) wijkteams. Hierin zitten vaak professionals met diverse expertises. Veel wijkteams fungeren als toegang, maar soms helpen ze rechtstreeks door regie te voeren als er sprake is van verschillende voorzieningen in hetzelfde huishouden, of met (korte) begeleiding bij lichte zorgvragen. Dit kan per gemeente verschillen. Elke gemeente heeft een eigen keuze voor de invulling ervan.

---

<sup>1</sup> Ook de Zvw kent hulpmiddelen, wanneer de beperkingen een medische achtergrond hebben (zie paragraaf 3.1.2).

<sup>2</sup> Er is ook Persoonlijke verzorging binnen de Zvw. De Persoonlijke verzorging binnen de Wmo is echter niet gericht op herstel van een medische aandoening

Dit is geen uitputtende opsomming. De Wmo kent veel meer voorzieningen, zoals beschermd wonen of maatschappelijke opvang. Die spelen meestal een kleinere rol in de ouderenzorg.

### 3.1.2 Zorgverzekeringswet (Zvw)

De zorgverzekeringswet regelt medisch noodzakelijke zorg. In Nederland sluit iedereen een verzekering af met een zorgverzekeraar. De Zorgverzekeringswet regelt waar een (basis) verzekering aan moet voldoen en op welke zorg verzekerde recht op heeft.

De rol van financier wordt binnen de Zvw vervuld door zorgverzekeraars. Zij zijn echter meestal niet degenen die de toegang tot Zvw-zorg verlenen: Zvw-zorg is soms vrij toegankelijk (zoals de huisarts) en soms ligt deze rol bij verwijzers zoals de huisarts of de wijkverpleegkundige, die ouderen doorverwijzen naar meer specialistische zorgvormen.

De Zvw omvat lichamelijke (somatische) en geestelijke (GGZ)-zorg voor personen met een medisch probleem. Er wordt onderscheid gemaakt tussen eerstelijnszorg (toegankelijk zonder verwijzing) en tweedelijnszorg (alleen toegankelijk met verwijzing). De volgende zorgvormen spelen in de ouderenzorg een grote rol:

- **Huisartsenzorg:** Eerstelijnszorg voor kleinere medische vraagstukken en doorverwijzing naar meer specialistische vormen van zorg. Vaak heeft een huisartsenpraktijk één of meer praktijkondersteuners (POH<sup>3</sup>). Sommigen hiervan hebben ouderen als specialisatie.
- **Eerstelijns verblijf (ELV):** Dit is tijdelijke intramurale verblijfszorg gericht op herstel en terugkeer naar de eigen woning. ELV kan ingezet worden als de oudere om medische redenen tijdelijk niet thuis kan wonen of als de oudere uit het ziekenhuis ontslagen kan worden, maar de vervolghulp nog niet verantwoord thuis geleverd kan worden.
- **Geriatrische revalidatiezorg:** Revalidatiezorg voor een oudere die voldoende hersteld is om uit het ziekenhuis ontslagen te worden, maar nog niet voldoende hersteld is om weer thuis te wonen. Het verschil met ELV is dat GRZ altijd een revalidatievraag moet kennen.
- **Fysiotherapie:** Deze zorg richt zich op het herstel van fysieke bewegingen, die door een probleem met spieren, botten of gewichten bemoeilijkt worden. Dat kan via verschillende behandelmethoden, zoals lichamelijke oefeningen of massage.
- **Ergotherapie:** Ook ergotherapie is erop gericht om bepaalde handelingen weer mogelijk te maken. Ergotherapie is meer gericht op de interactie tussen persoon en omgeving. In tegenstelling tot fysiotherapie kunnen ook psychische klachten een rol spelen.
- **Hulpmiddelen:** Dit zijn hulpmiddelen die rechtstreeks met een medische aandoening te maken hebben, zoals hoortoestellen voor ouderen met een gehoorbeschadiging of specifieke rollators voor Parkinsonpatiënten.
- **Wijkverpleging:** Hieronder vallen verschillen activiteiten die thuis geleverd worden. Het merendeel betreft persoonlijke verzorging (zoals helpen met wassen of aankleden) en verpleging (zoals wondzorg, katheterisatie of toedienen van medicijnen). Daarnaast zijn er wijkgerichte activiteiten gericht op een sociale infrastructuur.<sup>4</sup> Professionals in de wijkverpleging zijn vaak actief als casemanager voor ouderen; het bekendste voorbeeld is de casemanager dementie (CMD).

---

<sup>3</sup> Voluit: Praktijkondersteuner van de HuisArts.

<sup>4</sup> Deze wijkgerichte activiteiten zijn niet gericht op een individuele oudere, maar op samenwerking die die sociale infrastructuur in een gebied versterkt, bijvoorbeeld met vroegsignalering. Voor deze activiteiten bestaat een module sociale infrastructuur.



Afgezien van de bovenstaande zorgvormen kent de Zvw nog veel meer zorg. Het belangrijkste voorbeeld is ziekenhuiszorg. Maar ook de verstrekking van medicijnen door apotheken, en hospices waar patiënten de laatste fase van hun leven doorbrengen, vallen onder de Zvw.

### 3.1.3 De Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz geeft recht op zware, langdurige en intensieve zorg. Iemand komt hiervoor in aanmerking als er 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig is om ernstige problemen te voorkomen.

De rol van financier wordt binnen de Wlz vervuld door de Rijksoverheid, want de Wlz wordt bekostigd uit de premie volksverzekeringen. Ouderen betalen zelf doorgaans nog een eigen bijdrage. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) verstrekt indicatiestellingen voor de Wlz. De administratieve uitvoering ligt bij regionale zorgkantoren.

Wlz-vormen die voor ouderen relevant zijn, omvatten:

- **Intramurale zorg:** Hieronder valt alle intramurale verblijfzorg voor ouderen die voor langere tijd niet meer zelf thuis kunnen wonen. Een voorbeeld is de verpleeghuiszorg voor dementerende ouderen.
- **Modulair pakket thuis (MPT):** Dit is een verzamel pakket van intensieve zorg thuis door één of meerdere zorgaanbieders.<sup>5</sup> Als onderdeel van een MPT kunnen verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, behandeling, vervoer, huishoudelijke hulp en logeeropvang gefinancierd worden.
- **Volledig pakket thuis (VPT):** Hiermee krijgt de verzekerde alle benodigde vormen van Wlz-zorg thuis geleverd, door één aanbieder. Hiermee kunnen dezelfde vormen van zorg worden gefinancierd als via een MPT en aanvullend het verstrekken van eten en drinken.

## 3.2 Samenspel van wetten en belangrijkste actoren

### 3.2.1 Actoren

Het daadwerkelijk leveren van zorg of ondersteuning, de uitvoering dus, ligt bij zorgaanbieders. Meestal zijn dit zorgorganisaties die professionals in zorg- of ondersteuning in dienst hebben. Er zijn ook zelfstandige professionals.

Aanbieders worden voor hun diensten betaald door de zorgfinancier. Er zijn in grote lijnen twee varianten waarlangs deze financieringsstroom kan lopen:

- **Directe contractrelatie<sup>6</sup>:** De aanbieder heeft dan een contract gesloten met de financier. Op basis daarvan heeft de oudere recht op zorg of ondersteuning.
- **Persoonsgebonden budget (pbg):** Hiermee kan iemand zelf over een tegoed beschikken waarmee voor zorg wordt betaald.

Voor de Wmo gelden enkele bijzondere omstandigheden. Ten eerste kan de gemeente niet alleen financier, maar ook uitvoerder zijn van ondersteuning: bijvoorbeeld via een wijkteam waarvan de leden zelf begeleiding geven. Deze mogelijkheid bestaat niet in de Zvw en Wlz.

Een ander groot verschil tussen Wmo enerzijds en Wlz en Zvw anderzijds, is dat de gemeente niet alleen financier is, maar ook verantwoordelijk is voor de toegang: Wmo-consulenten die

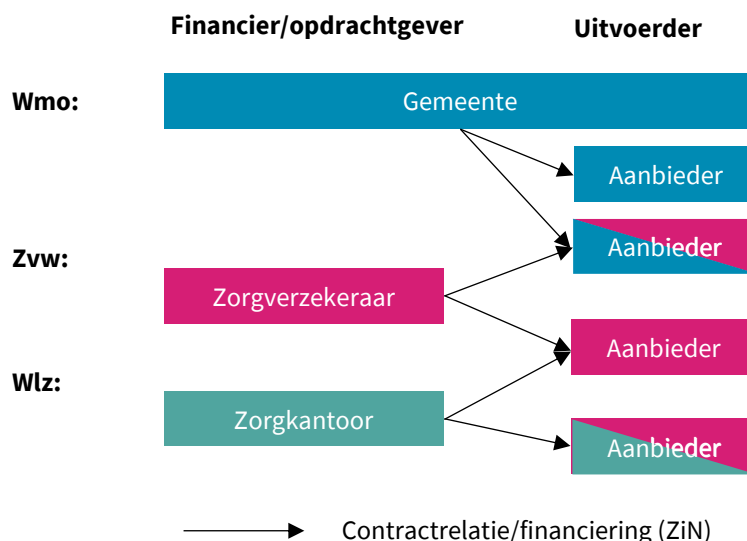
---

<sup>5</sup> Dit is te combineren met een persoonsgebonden budget, door een aantal zorgvormen via zorg in natura te (laten) financieren en het resterende deel zelf via een PGB in te kopen.

<sup>6</sup> In de Wmo staat dit beter bekend als 'zorg in natura'

bepalen of iemand recht heeft op ondersteuning, zijn werkzaam bij of voor de gemeente. Voor de Zvw zijn verschillende toegangskanalen (een belangrijke is de huisarts) maar geen van hen is werkzaam voor de zorgverzekeraar. Dit is ook niet het geval bij het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) dat de toegang tot de Wlz verleent.

Deze relaties tussen de belangrijkste actoren zijn hieronder schematisch weergegeven. Leveringswijze PGB is niet weergegeven.



In onderstaande tabel zijn de drie wetten op enkele aspecten met elkaar vergeleken.

	Zvw	Wmo	Wlz
<b>Belangrijkste doelen</b>	- Doelmatigheid - Substitutie - Vraaggerichte sturing	- Meedoen - Lokaal maatwerk - Preventie	- Integraal vangnet - Kwaliteit van leven - Kostenbeheersing
<b>Verantwoordelijke overheidslaag</b>	Rijk	Gemeente	Rijk
<b>Uitvoeringsorgaan</b>	Zorgverzekeraar	Gemeente	Zorgkantoor
<b>Financieel risicodragend</b>	Zorgverzekeraar	Gemeente	Rijk
<b>Kosten (2015)</b>	€ 44,4 miljard (MSZ: 22.5 miljard)	ca. € 8 miljard	€ 19.5 miljard
<b>Toegang</b>	Huisarts	Lokale (wijk)teams / loketten / Wmo-consulent	CIZ
<b>Schaalgrootte</b>	24 zorgverzekeraars (gebundeld in 10 concerns; de grootste vier daarvan hebben ±90% marktaandeel)	390 gemeenten, die samenwerken in 43 regio's	32 regio's (grootste zorgverzekeraar in de regio fungeert als zorgkantoor)
<b>Financiële prikkels voor burgers</b>	Eigen risico en eigen bijdrage (bij aantal producten)	Eigen bijdrage (kan per gemeente verschillen)	Eigen bijdrage (laag of hoog) en woonvergoeding

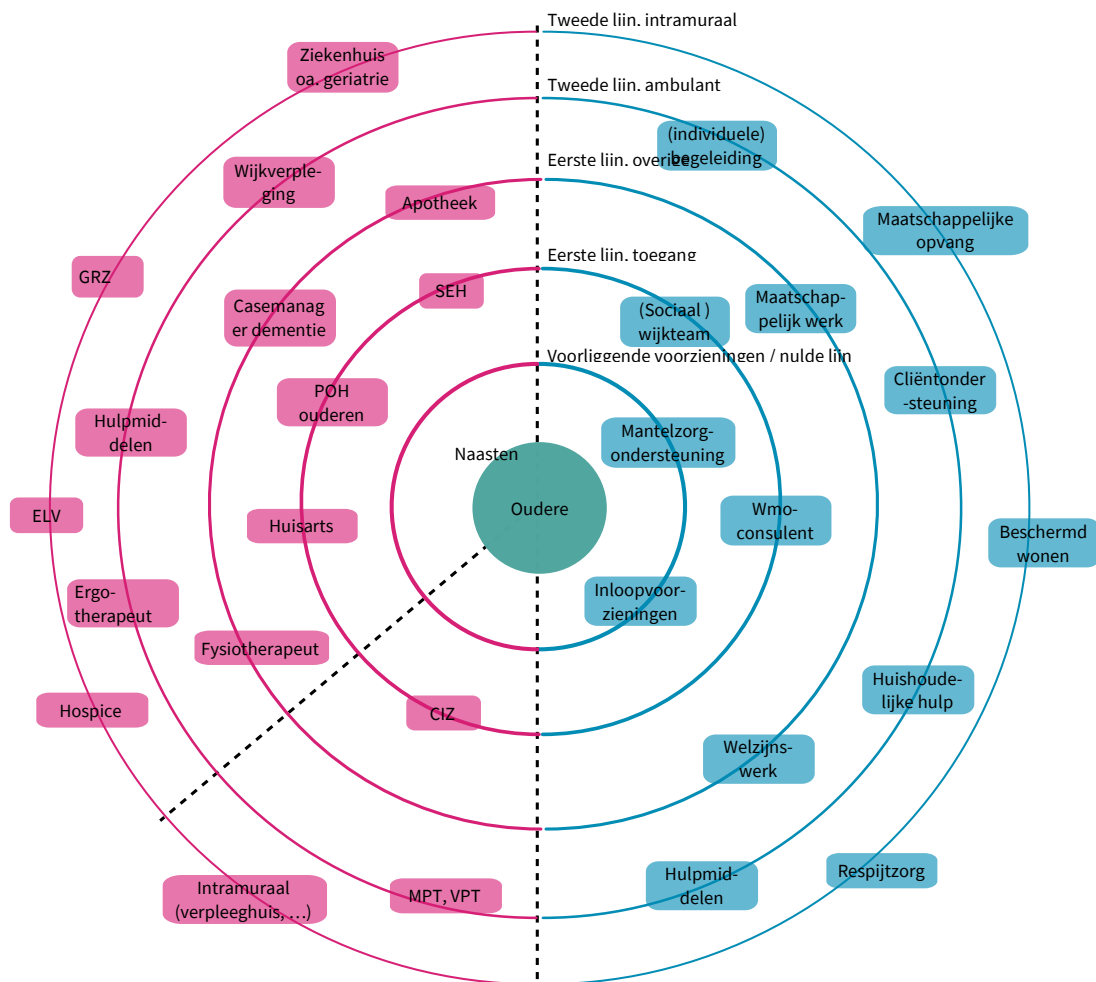
### 3.2.2 Overzicht van zorgvormen en voorzieningen

In onderstaande figuur hebben we de relevante voorzieningen vanuit de drie wetten samen weergegeven. Daarin staat rechts het sociaal domein, links het medisch domein (Zvw en Wlz). Centraal in de figuur staat de oudere zelf, met eventuele naasten. Daaromheen hebben we de relevante voorzieningen en zorgvormen weergegeven. Hierbij geldt: hoe verder naar buiten, hoe specialistischer / zwaarder.

We hebben hierin onderscheid gemaakt naar:

- Vrij toegankelijke voorzieningen
- Eerste lijn — toegang en overige voorzieningen/zorgvormen
- Eerste lijn — overige
- Tweede lijn — ambulante/extramuraal enerzijds en intramuraal anderzijds
- Tweede lijn — intramuraal

Dit is overigens niet een uitputtende lijst van alle professionals, zorgvormen of voorzieningen waarmee ouderen te maken kunnen krijgen, maar wel de meest centrale in dit onderzoek.



In de volgende hoofdstukken beschrijven we hoe dit samenspel van actoren in de praktijk functioneert.

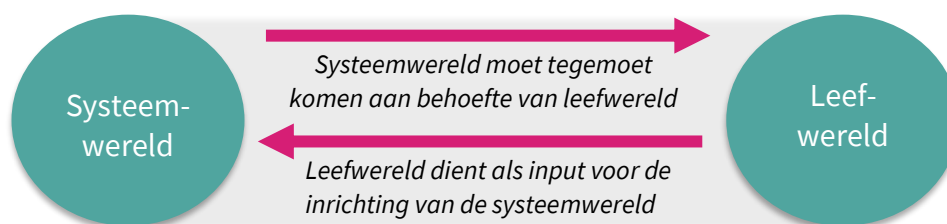
## 4 Ouderen en hun zorg & ondersteuning

Om een zo volledig en scherp mogelijk beeld te krijgen van hoe de zorg en ondersteuning voor ouderen functioneert, wilden we deze vanuit verschillende perspectieven benaderen. Het belangrijkste perspectief is dat van de ouderen zelf; zij zijn degenen die geholpen moeten zijn met alle inzet.

Daarom hebben we ervoor gekozen om de ouderen zelf centraal te stellen in dit project. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 bestond een omvangrijk onderdeel van het project uit het spreken van vele tientallen ouderen —verdeeld over alle Werkagendaregio's— over hun eigen zorg en ondersteuning. Dat leverde een rijk en waardevol beeld op. In dit hoofdstuk leest u over hun ervaringen. Die verschillen van professionals.

Beleidsmakers en professionals kijken namelijk anders naar het systeem van de zorg dan de oudere zelf. De leefwereld van ouderen is gericht op hun eigen zorgbehoefte, op lokale zorgpartijen en op het werk van professionals.

De inrichting van de systeemwereld zou ervoor moeten zorgen dat de leefwereld voor de oudere verbetert. In de meeste gevallen blijkt dit gelukkig te lukken; de geleverde zorg maakt voor veel ouderen het leven beter. Maar soms schuurt de systeemwereld met de leefwereld van de oudere.



Figuur 3: interactie tussen leef- en systeemwereld.

Beide blikken zijn daarom waardevol om te gebruiken voor een goede inrichting van de ouderenzorg. Daarom wordt vanuit beide perspectieven de zorg onder de loep genomen en punten uitgelicht die opvallen.

### 4.1 Ouderen en hun leefwereld

#### 4.1.1 Wat vinden ouderen belangrijk?

De verschillen tussen ouderen onderling zijn groot. Toch kwamen er uit de vele gesprekken met ouderen vier zaken naar boven waar zeer veel ouderen belang aan hechten.

Ten eerste viel op hoeveel de ouderen die we tijdens dit onderzoek spraken, waarde hechten aan hun **eigen zelfstandigheid**. Ze houden graag de eigen regie over hun leven en grip op het traject dat zij doorlopen. Ongemakken met hun gezondheid doen daar niet snel afbreuk aan. Wanneer professionals hen helpen om die zelfstandigheid te behouden, wordt dat enorm gewaardeerd. Ouderen zien dat als voorbeeld van professionals die een stapje extra doen.

Ten tweede valt op dat zij behoefte hebben aan **vastigheid** en een afkeer van onzekerheid. Dit vullen zij vaak in door risicomijdend handelen. Misschien is dit wel een gevolg van hun behoefte aan grip en regie. Liever hebben zij minder zorg dan dat ze een traject ingaan waar de optie bestaat dat zij zorg kwijtraken. Ouderen blijven daarom soms hangen in zorg of ondersteuning die niet meer goed aansluit bij hun zorgbehoefte.

Ten derde zijn ouderen graag met **vertrouwde professionals**. Het gaat dan om professionals die al lang, vaak al jaren, werken met de oudere. Dit zijn de zorgverleners waarover in de interviews de meeste positieve verhalen naar boven kwamen. De ouderen kennen deze zorgverleners goed en andersom. De vertrouwensband die in de tijd is opgebouwd betekent vaak veel voor een oudere. De ouderen gaven aan dat ze veel behoefte hebben aan vastigheid (daarover hieronder meer).

Ten vierde werd eens te meer bevestigd dat **de vertrouwde omgeving van thuis** veel voordelen geeft. Daarbij valt te denken aan het gevoel van autonomie, vrijheid en vastigheid. Het is zodoende logisch dat veel ouderen ten koste van (bijna) alles zo lang mogelijk thuis blijven wonen. De keerzijde is dat teveel van deze behoefte kan leiden tot schrijnende situaties waarin de aanwezige hulp niet meer of maar met moeite tegemoet kan komen aan de hulpbehoefte van de oudere.

Deze vier behoeften zouden scherp op het netvlies moeten staan van de beleidsmakers en professionals. Dit kan helpen om zekerheid te bieden, ouderen over koudwatervrees heen te helpen en een gezonde balans te vinden tussen de zorgbehoefte en de wens om thuis te blijven.

#### 4.1.2 Welke partijen zijn betrokken?

Wanneer de zelfredzaamheid van ouderen vermindert, zijn veel ouderen eerst aangewezen op hun naasten: partners, kinderen, burens of vrienden. In de interviews is eens te meer bevestigd hoe belangrijk deze weg is.

Via deze weg wordt enorm veel mantelzorg geleverd, vaak onbewust en vaak ook zonder dat dit als zodanig erkend wordt. Soms niet eens door de betrokkenen zelf. Het was soms aandoenlijk om te zien hoe oudere echtparen elkaar ondersteunen in wat de één nog wel, maar de ander niet meer kon.

Er is toenemende aandacht vanuit beleidsmakers voor de rol die **mantelzorgers** spelen en hoe zij kunnen helpen om ouderen (vaak in lijn met hun eigen wens) langer thuis te kunnen laten wonen. Maar ons idee is dat de mogelijkheden hier nog niet volledig van benut worden.

*Bij één echtpaar dat we spraken, hielp de man de vrouw met veel, maar kampte ook zelf met een slechte gezondheid. Ondanks allerhande uitdagingen leidde dit tot een stabiele situatie. Hun grote zorg was echter dat als hij tijdelijk uit zou vallen —een reëel scenario— zij ook meteen opgenomen moest worden. Mogelijkheden om onverwachts tijdelijk flink op te kunnen schalen in dergelijke situaties, ontbreken nog veelal.*

Wanneer de eigen autonomie zelfs zo ver achteruitgaat en professionele hulp nodig is, blijkt er grote diversiteit te zijn in het 'zelfplossend vermogen' van de oudere om de juiste hulp bij elkaar te krijgen. Zo spraken we ouderen die zelfstandig contact hadden gezocht met zorgaanbieders, kinderen en/of bureaus om de zorg voor zichzelf geregeld te krijgen. Wij spraken ook ouderen die het **moelijk vinden te erkennen dat ze hulp nodig hebben**. Het kwam bij deze groep voor dat ze pas hulp kregen vanaf het moment dat het een keer echt goed mis is gegaan.

Het **zelfplossend vermogen** komt voor een deel voort uit de mogelijkheden om informatie over de zorg te achterhalen. Voor sommige ouderen is dit veel makkelijker dan voor anderen. De informatie om tot een voorziening te komen is voor een groot deel digitaal vindbaar. Ouderen die gebruik maken van het internet hebben hierin een grote voorsprong ten opzichte van hen die dit nooit hebben geleerd te gebruiken. Dit zelfplossend vermogen draagt vervolgens ook bij aan het gevoel van controle en autonomie over het eigen leven. Weliswaar zijn er professionals die in de informatiebehoefte van de oudere kunnen voorzien, maar niet elke oudere is bekend met de benodigde professional, of is zelf goed in staat te vertellen aan bijvoorbeeld een sociaal wijkteam of huisarts wat hij of zij precies nodig heeft. Dan is het erg fijn als de oudere zelf de informatie kan opzoeken.

Deze **digitale voorsprong** resulteert ook vaak in meer sociaal contact met (klein)kinderen of andere familie en kennissen verder weg. Ook de kennis en inzet van het netwerk om de oudere heen speelt een grote rol bij de totstandkoming van de hulp. Echtgenoten, familie, vrienden en/of kennissen helpen hun naaste vaak om de ondersteuning te realiseren of voeren deze zelfs uit als mantelzorger. Niet het vermogen van de oudere zelf maar de **betrokkenheid** van de kinderen, kennis of betrokken professional is dan vaak bepalend voor welke zorg de oudere uiteindelijk ontvangt.

Al deze factoren zorgen samen voor verschillen in de geboden hulp en voorzieningen aan de oudere. Dit gebrek aan kennis over de mogelijkheden aan zorg leidt weliswaar tot lagere kosten op korte termijn, maar tot suboptimaal afgestemde zorg en daarmee hogere kosten op de lange termijn. Bovenstaande factoren hebben als gevolg dat a priori gelijke situaties tot ongelijke uitkomsten leiden in de gezondheid van ouderen. Het versterkt kortom de ongelijkheid van gezondheid.

Om die verschillen te verkleinen kunnen ook professionals in de zorg en ondersteuning en de toegang veel betekenen voor de ouderen in de totstandkoming van de juiste hulp. Veel ouderen en mantelzorgers geven aan dat ze het bijzonder (zouden) waarderen wanneer er proactief wordt meegedacht met de situatie van de oudere en wanneer hulpverleners suggesties doen hoe de situatie verbeterd kan worden. In de interviews bleek het voor ons al vaak mogelijk om iets voor de oudere te betekenen, al was het maar met iets kleins zoals het attenderen op een mantelzorgcompliment of de activiteiten van de Zonnebloem.

#### **4.1.3 Hoe beleven ouderen hun situatie?**

De ziekte en/of kwalen van ouderen en zorg en ondersteuning die daaraan tegemoet moet komen, hebben vaak veel impact op hun leven. Hoe zij daarmee omgaan, is erg divers. We hebben ontzettend veerkrachtige en nog levenslustige ouderen gesproken, die blij en dankbaar door het leven gaan en elke dag die zij langer thuis kunnen wonen als winst ervaren. Maar er zijn ook ouderen die vrijwel de moed zijn verloren, voor hun eigen gevoel al in de 'blessuretijd' zitten.



Deze houding vormt de achtergrond waartegen zorg en ondersteuning aangeboden worden en is waarschijnlijk bepalend voor hoe effectief deze laatste zijn. Daarmee pleiten we zeker niet voor het niet aanbieden van zorg of ondersteuning aan bepaalde ouderen omdat zij niet de motivatie hebben, maar het kan wel een component zijn in de precieze invulling van de zorg of ondersteuning.

## 4.2 Leefwereld versus systeemwereld

Ondanks dat er veel goed gaat, schuurt de systeemwereld soms met de belevingswereld van de oudere. In welke mate lukt het zorgverzekeraars, gemeenten, aanbieders en professionals om het zorgsysteem aan te laten sluiten op de wensen en behoeften van ouderen?

### 4.2.1 Van beperking naar versterking

De behoefte van veel ouderen om zo lang mogelijk thuis te willen wonen —zoals we hierboven beschreven— is congruent met de insteek van wet- en regelgeving van de afgelopen tijd. Mogelijk was dit altijd al in lijn, mogelijk heeft het beleidsmatige ‘mantra’ ook invloed gehad op de mentaliteit van de ouderen<sup>7</sup>.

Ondanks dat ouderen vaak graag thuis willen blijven, werkt het lichaam daarbij vaak in steeds mindere mate aan mee. Dat huishoudelijke hulp en wijkverpleging vaak tegemoet kunnen komen aan deze beperkingen, is algemeen bekend. Ergotherapeuten en hulpmiddelen in huis zijn echter de stille en vaak onderschatte krachten om (langer) in de thuissituatie te kunnen verblijven. Deze laatste groep verdient daarom hier wat extra aandacht. Hieronder hebben we een sprekend voorbeeld van één van beiden uitgelicht.

*Zo spraken wij een oudere die vertelde dat na het breken van haar bekken haar zelfstandigheid dramatisch was verminderd. De ergotherapeut heeft haar, in eerste instantie met tegenzin, toen meegenomen om stukjes te wandelen. Het bleek haar zowel mentaal als fysiek ontzettend goed te doen, waardoor ze al gauw begon op te knappen en ook zelfs weer begon met koken.*

Een wezenlijk verschil tussen bijvoorbeeld huishoudelijke hulp en wijkverpleging enerzijds en ergotherapie en hulpmiddelen anderzijds is dat de eersten dingen doen *in plaats van* dat de oudere ze doet. De inzet van hulpmiddelen en de hulp van de ergotherapeut maakt het juist mogelijk om *zelf* (nog/weer) activiteiten te ondernemen. Dat appelleert directer aan behoefte van de oudere om zelf te regie te houden en zelfstandig te zijn.

We pleiten hier niet direct voor de ene voorziening in plaats van de ander —de substitutiemogelijkheden tussen deze voorzieningen/zorgvormen zijn immers gering— maar willen vooral de functie en het belang van hulpmiddelen en ergotherapeuten onderstrepen.

### 4.2.2 Wie helpt de oudere verder?

Sinds de decentralisaties van 2015 is er een groot aantal gemeenten gestart met (sociale) wijkteams. Eén van de functies van een sociaal wijkteam is dat ze als eerste aanspreekpunt

---

<sup>7</sup> En tegelijkertijd zijn we ons er van bewust dat we geen representatieve doorsnede van de groep ouderen hebben gesproken: zelfstandig wonende ouderen zullen er gemiddeld bijvoorbeeld anders tegenaan kijken dan ouderen die al wel een Wlz-indicatie hebben. Daarnaast kan het meespelen dat verpleeghuizen de laatste tijd niet bepaald positief in het nieuws zijn geweest.

fungeren voor ouderen als het gaat om niet-medische problematiek. Het sociaal wijkteam kan bij een grotere zorgvraag van de oudere vervolgens de verbinding maken naar andere professionals om tot de juiste inzet te komen van zorg en/of ondersteuning.

In de praktijk blijkt dat ouderen niet altijd even goed bekend zijn met de sociale wijkteams, waardoor zij vaker dan nodig de huisarts als eerste aanspreekpunt gebruiken. Dit is bekend uit andere onderzoeken, maar onze gesprekken met de ouderen onderstreepten dit; meermalen gaven zij aan niet bekend te zijn met een wijkteam of wat deze doet.

Wat ook door deze gesprekken nogmaals onderstreept werd, is dat de huisarts lang niet altijd optimaal als verbindingsofficier naar andere partijen in de eerste lijn fungeert als hij te maken krijgt met een zorg- of ondersteuningsvraag waar hij zelf niet de aangewezen professional voor is om deze op te pakken, bijvoorbeeld omdat het een sociale problematiek betrof. Dit leidde er soms toe dat er geen vervolg kwam aan een zorgvraag van een oudere. In een enkel geval ging het hier om vrij ernstige signalen zoals het melden van depressieve gedachten.

Dit heeft tot gevolg dat de hulpbehoefte van ouderen niet voldoende integraal benaderd wordt: er wordt waarschijnlijk teveel medisch opgelost waar dit niet nodig was. De huisarts is daarmee, hoewel van grote waarde voor de ouderen, zelf dus een bron van knelpunten. Dit komt ook naar voren in hoofdstuk 6.

#### **4.2.3 De samenwerking tussen professionals**

We hebben de systeemwereld nu zo ingericht dat in sommige gevallen veel verschillende professionals betrokken zijn bij een oudere (zie bijvoorbeeld paragraaf 5.2.4). Zorgaanbieders en professionals geven allebei aan dat de onderlinge samenwerking tussen professionals vaak nog beter kan. Er is vaak geen sprake van brede ondersteuningsplannen of goed inzicht in elkaars activiteiten. Soms ontbreekt er ook een regievoerder wanneer de oudere zelf niet meer goed de regie kan voeren.

Verbeteringen in deze samenwerking zouden kunnen leiden tot minder dubbelingen en op zorg die meer onderling en op de oudere is afgestemd. Dit signaal wordt echter niet breed gedragen door ouderen. Zij zijn vaak vooral tevreden over de geboden hulp door de verschillende professionals: afzonderlijk van elkaar functioneren zij vaak goed. De ouderen geven wel geregeld aan dat de professionals die over de vloer komen voor andere zorgbehoeften niet echt met elkaar samenwerken, maar zien hier ook niet echt noodzaak toe of meerwaarde van. Mogelijk komt dit omdat ouderen minder bewust zijn van de dubbelingen en/of inefficiënties die optreden door gebrekkige samenwerking. Bovendien is het makkelijker redeneren vanuit hoe het nu is, dan vanuit hoe het zou kunnen zijn.

*Een voorbeeld waarin professionals en naasten van de oudere goed samenwerkten om tot de juiste zorg te komen was de situatie van een oudere die persoonlijke verzorging nodig had. Deze behoefte werd via de inzet van mantelzorg opgelost. Tijd om daarnaast ook nog het huishouden te doen was er niet. Om dit op te lossen is vervolgens hulp bij het huishouden ingezet.*

#### **4.2.4 Wat ouderen willen is wat (vaak) niet mag**

Ondanks dat ouderen vaak wel tevreden zijn over het werk dat een professional doet, is de uitvoering van de primaire taken slechts een deel van de meerwaarde voor ouderen. Het gaat

hen er ook erg om *wie* het doet en *hoe* hij / zij dat doet. Het zijn vaak kleine dingen die tot extra waardering of tot de grootste frustratie leiden.

Is de professional bereid om deze keer net iets extra's te doen of om ook even naar de partner om te kijken? Die extraatjes worden gezien en gewaardeerd door ouderen, terwijl de professional daar soms wel zijn boekje te buiten gaat. De professionals hebben soms een belangrijke plaats in iemands leven en de vertrouwensband die een oudere met de professional heeft is van waarde op zich. In sommige gevallen is er zoveel afwisseling van hulpverleners per voorziening —soms is het elke dag een ander— dat hier geen sprake van is.

Wat die extra wensen van een oudere zijn, verschilt erg, maar vaak zijn ze wel in staat aan te geven wat ze graag zouden willen. Ouderen ondervinden vervolgens wel verschillen tussen professionals in hoeverre ze dat ook willen doen. De ene professional gaat strikter om met de regels —wat vaak begrijpelijk is— terwijl een ander zichzelf meer speelruimte gunt.

Voor ouderen zijn die grenzen en kaders van het werk van de professional vaak niet helder. Een oudere heeft soms nog wel begrip dat de professional maar een beperkt aantal taken mag oppakken maar vindt het minstens erg jammer en onbegrijpelijk dat die regels zo gesteld zijn. Hierbij helpt het ook niet dat verschillende professionals ook verschillende boodschappen geven over wat wel en niet kan waardoor onjuiste verwachtingen worden geschept bij de oudere.

### 4.3 Deelconclusies leefwereld

We hebben vele tientallen ouderen gesproken in dit project. Soms ging dat over intieme onderwerpen, zoals hun beperkingen en ongemakken. Dit heeft veel interessante inzichten opgeleverd, die we hierboven in detail hebben beschreven. We lichten hier nog een paar belangrijke uit.

Veel van de ouderen die wij spraken hechtten er veel waarde aan om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Hun autonomie is hen veel waard, hun *thuis* evenzo. Dit is in lijn met de beleidsmatige inzet van met name gemeenten.

De bepalende factoren voor het gebruik van zorg en ondersteuning —of juist het voorkomen ervan— blijken zelf-oplossend vermogen en veerkrachtigheid van ouderen. Een ander belangrijk aspect is hoe ouderen weten om te gaan met hun belemmeringen of ongemakken, of wat voor rol zij het *laten* spelen in hun leven (waarbij we overigens niet willen suggereren dat zij daarvoor gekozen hebben).

Zoals we het in het volgende hoofdstuk zullen zien, maken veel ouderen gebruik van zowel zorg als ondersteuning. Er wordt echter weinig afgestemd tussen de professionals, laat staan dat er ergens sprake was van een gezamenlijk zorg- en ondersteuningsplan.

Waardering van oudere wordt voor een groot deel bepaald door wat de professional niet hoeft te doen: een keer wat extra's doen, ook omkijken naar de partner als dat nodig is en een goede relatie onderhouden met de oudere. Dit geeft een voorbeeld van iets dat vanuit een financiële rationale heel logisch is —een professional kant immers efficiënter ingezet worden, door deze niet aan een vast huishouden te koppelen— maar vanuit de oudere gezien onaantrekkelijk is.

Eén van de conclusies is dan ook dat de *mogelijkheden* voor zorg en ondersteuning worden bepaald op stelselniveau, maar dat de *waarde* juist op uitvoeringsniveau door professional(s), naaste —en in samenspel met de cliënt— bepaald wordt. Deze betrokkenen hebben dus ook in de hand dat wat door sommige als een stelselknelpunt gezien wordt, in de praktijk niet altijd een belemmering hoeft te zijn.

## 5 Het gebruik van zorg en ondersteuning

Dit hoofdstuk geeft een cijfermatig beeld van de ouderen die we geïnterviewd hebben. Het hoofdstuk is niet bedoeld om een beeld van 'de' oudere te geven, daarvoor is de steekproef te klein. Wel schetst het de populatie van dit onderzoek, en geeft het een beeld van welke vormen van zorg en ondersteuning vaak samen voorkomen.

### 5.1 Gebruik van voorzieningen en zorgvormen (enkelvoudig)

De ouderen die geïnterviewd zijn voor Effectief Ontschotten, zijn gevraagd naar welke vormen van zorg en / of ondersteuning zij gebruiken. Daarbij hebben we alles meegerekend dat in hoofdstuk 3 vernoemd is.

#### 5.1.1 Hoe vaak komt ondersteuning (Wmo) voor?

In de figuur hieronder is weergegeven hoe vaak elke voorziening voorkwam bij de ouderen die gesproken zijn. Dit is weergegeven in termen van het percentage van het aantal ouderen dat gesproken is.



Bij de gesproken ouderen kwam hulp bij huishouden het vaakst voor: voor 89% van de ouderen was dit het geval. Ook hulpmiddelen kwamen vaak voor: 61%. Van een aantal

voorzieningen was in deze groep geen sprake, o.a. maatschappelijk werk en cliëntondersteuning.

Deze groep is geen representatieve dwarsdoorsnede van alle ouderen met ondersteuning. Dit komt door de selectie: dat ging vaak via bepaalde aanbieders. Hierdoor zijn zorg en ondersteuning die deze aanbieders leveren, oververtegenwoordigd. De uitkomsten zijn dan ook vooral van waarde om te schetsen zien welke combinaties *zoal* voorkomen.

### 5.1.2 Hoe vaak komt zorg (Zvw) voor?

In onderstaande figuur is weergegeven hoe vaak elk van de mogelijke zorgvormen uit de zorgverzekeringswet voorkwamen. Het is de medische evenknie van bovenstaande figuur.



Het vaakst (namelijk bij 73% van de gesproken ouderen) kwam wijkverpleging voor. Ook de huisarts werd vaak bezocht: in meer dan de helft van de gevallen<sup>8</sup>. Opvallend is dat in geen enkel gesprek de POH genoemd is. Dit wordt mogelijk verklaard doordat deze als onderdeel van de huisartsenpraktijk gezien wordt.

Daarnaast spraken we drie (naasten of mantelzorgers van) ouderen die gebruik maken van de Wlz: twee zaten intramuraal, één maakte gebruik van een modulair pakket thuis (MPT). Dit is niet opgenomen in de figuur hierboven.

## 5.2 Samenloop van zorg en ondersteuning

De informatie uit de gesprekken geeft ook inzicht in de *samenloop* van zorg en ondersteuning. Dat wil zeggen; het zegt iets over welke combinaties van voorzieningen en zorgvormen — over de grenzen van domeinen heen— voorkomen op persoonsniveau. Ook al kunnen de resultaten niet worden gegeneraliseerd naar Nederland, ze geven wel een eerste beeld.

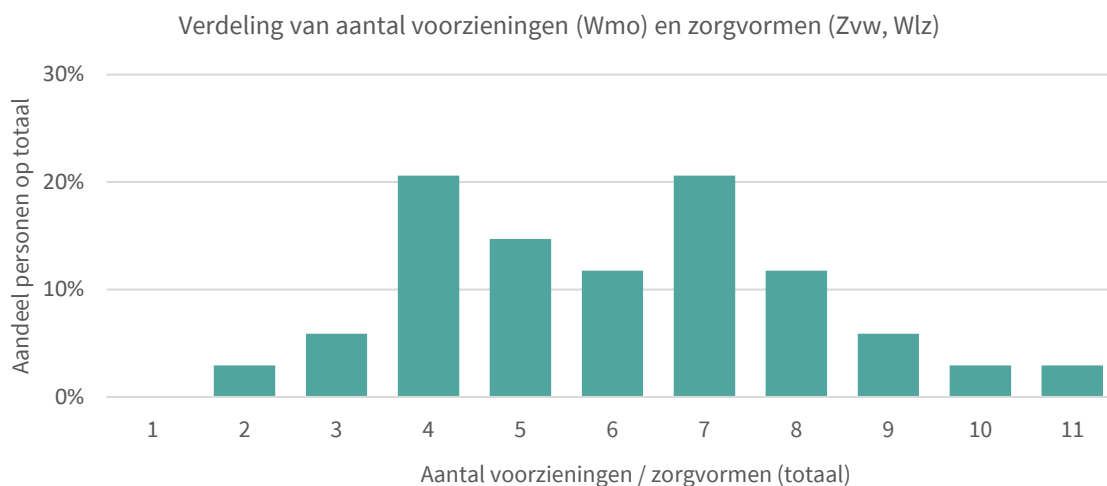
<sup>8</sup> In werkelijkheid ligt dit percentage waarschijnlijk een stuk hoger: we weten uit andere onderzoeken dat dit de 100% nadert. Dit komt o.a. doordat een bezoek aan de huisarts zo normaal is dat het niet meer te binnen schiet bij een inventarisatie.



### 5.2.1 Zorgvormen en voorzieningen

In onderstaande figuur is de verdeling van het totaal aantal voorzieningen (sociaal) en zorgvormen (medisch) in huishoudens weergegeven. Ter illustratie: zo'n 20% van de gesproken ouderen maakte op dat moment gebruik van 4 of 7 vormen van zorg en ondersteuning<sup>9</sup>.

Geen enkele van de gesproken ouderen had minder dan 2 vormen van hulp of ondersteuning. Het hoogste aantal dat voorkwam, is 12. Gemiddeld was er per persoon sprake van 6 vormen. Er waren evenveel ouderen die meer dan 6 vormen hadden, dan minder dan 6 (mediaan).



### 5.2.2 Voorzieningen vs zorgvormen

In onderstaande tabel is weergegeven hoe vaak een aantal voorzieningen voorkwam in combinatie met een aantal zorgvormen. Daarbij zijn beiden opgedeeld in drie groepen: 0, 1 tot 2, 3 tot 4 en meer dan 4. Ter illustratie: 15% van de gesproken ouderen had 3 of 4 voorzieningen en 1 of 2 zorgvormen.

		Aantal zorgvormen			
		0	1-2	3-4	>4
Aantal voorzieninge	0	0%	3%	0%	0%
	1-2	0%	9%	<b>15%</b>	3%
	3-4	6%	<b>15%</b>	<b>29%</b>	3%
	>4	0%	6%	6%	3%

Deze tabel laat zien dat voorzieningen wat vaker voorkwamen dan zorgvormen: de som van de percentages in de driehoek linksonder is groter dan die van de driehoek rechtsboven. Bijna éénderde van de ouderen had 3-4 zorgvormen en 3-4 voorzieningen. Geen enkele van de ouderen had meer dan 6 zorgvormen of 6 voorzieningen.

<sup>9</sup> Hierbij hebben we in het geval van twee ouderen in hetzelfde huishouden voorzieningen zoveel als mogelijk toebedeeld aan één persoon binnen dat huishouden.

### 5.2.3 Specifieke combinaties (tweevoudig)

Welke combinaties van voorzieningen en zorgvormen komen nu het vaakst voor?

#### Binnen een wet: Wmo

In onderstaande tabel is weergegeven welke combinaties voorzieningen het vaakst voorkwamen. Ter illustratie: 59% van de ouderen kreeg hulp bij huishouden en had één of meer hulpmiddelen vanuit de Wmo. We hebben alleen percentages weergegeven die groter dan 20% zijn. Combinaties staan alleen weergegeven in de rechter bovenhoek (omdat er anders tweemaal hetzelfde getal zou staan).

Voorzieningen	Hulp bij huishouden	Hulpmiddelen	Vervoer	Dagbesteding
<b>Hulp bij huishouden</b>	Zie 5.1.1	59%	35%	21%
<b>Hulpmiddelen</b>		Zie 5.1.1	32%	
<b>Vervoer</b>			Zie 5.1.1	21%
<b>Dagbesteding</b>				Zie 5.1.1

Een combinatie die erg vaak voorkomt, is die van hulp bij huishouden en hulpmiddelen (Wmo). Ook hulp bij huishouden en vervoer en hulpmiddelen en vervoer komen bij meer dan 30% van de gesproken ouderen voor.

#### Binnen een wet: Zvw

In onderstaande tabel is hetzelfde weergegeven als in bovenstaande, maar nu voor de Zvw in plaats van Wmo. We hebben hier de huisarts weggelaten, omdat bijna alle ouderen deze bezoeken. Ook hier zijn alleen percentages van 20% of hoger weergegeven.

Voorzieningen	Wijkverpleging	Ziekenhuis	Hulpm. (medisch)	Fysiotherapeut
<b>Wijkverpleging</b>	Zie 5.1.2	41%	21%	21%
<b>Ziekenhuis</b>		Zie 5.1.2		
<b>Hulpmiddelen (medisch)</b>			Zie 5.1.2	
<b>Fysiotherapeut</b>				Zie 5.1.2

Een combinatie die erg vaak voorkomt, is die van wijkverpleging en ziekenhuis. Ook wijkverpleging en hulpmiddelen en wijkverpleging en de fysiotherapeut komen bij meer dan 20% van de gesproken ouderen voor.

#### Tussen wetten

In onderstaande tabel hebben we alle combinaties van een zorgvorm en voorziening weergegeven die in meer dan 10% van de gesproken huishoudens voorkwamen. Alle combinaties die in meer dan 30% van de gevallen voorkwamen, zijn dikgedrukt weergegeven. Ter illustratie: bij 18% van de gesproken ouderen was zowel sprake van hulpmiddelen vanuit de Wmo als van hulpmiddelen vanuit de Zvw.

Voorzieningen \ zorgvormen	Ergoth.	Fysioth.	Apoth.	Hulpm.	Zkh	Wvp
<b>Buurthuis/wijkcentrum</b>					12%	12%
<b>(Sociaal) wijkteam</b>					12%	15%

<b>Anders, nl...</b>					12%	18%
<b>Dagbesteding / groepsbeg.</b>	12%		12%	12%	15%	21%
<b>Vervoer</b>	15%	15%	15%	15%	26%	<b>35%</b>
<b>Hulpmiddelen / woningaanpassing</b>	12%	21%	15%	18%	<b>35%</b>	<b>53%</b>
<b>Hulp bij huishouden</b>	15%	24%	24%	26%	<b>47%</b>	<b>65%</b>

Twee combinaties kwamen bij meer dan de helft van de ouderen voor: hulp bij huishouden en de wijkverpleging en hulpmiddelen en wijkverpleging; respectievelijk 65% en 53%.

#### 5.2.4 Ouderen met grootste aantal voorzieningen en zorgvormen

In de afbeelding hieronder staan de vijf huishoudens met (in aflopende volgorde) het grootste aantal zorgvormen + voorzieningen van de ouderen die we gesproken hebben. Daarbij staat in de linker kolom het totaal aantal en in de daaropvolgende kolommen staat per domein en eerste/tweede lijn weergegeven van welke voorzieningen dan zorgvormen gebruik werd gemaakt. Hierbij hebben we informele zorg (algemeen toegankelijke voorzieningen en zorgvormen) niet meegeteld.

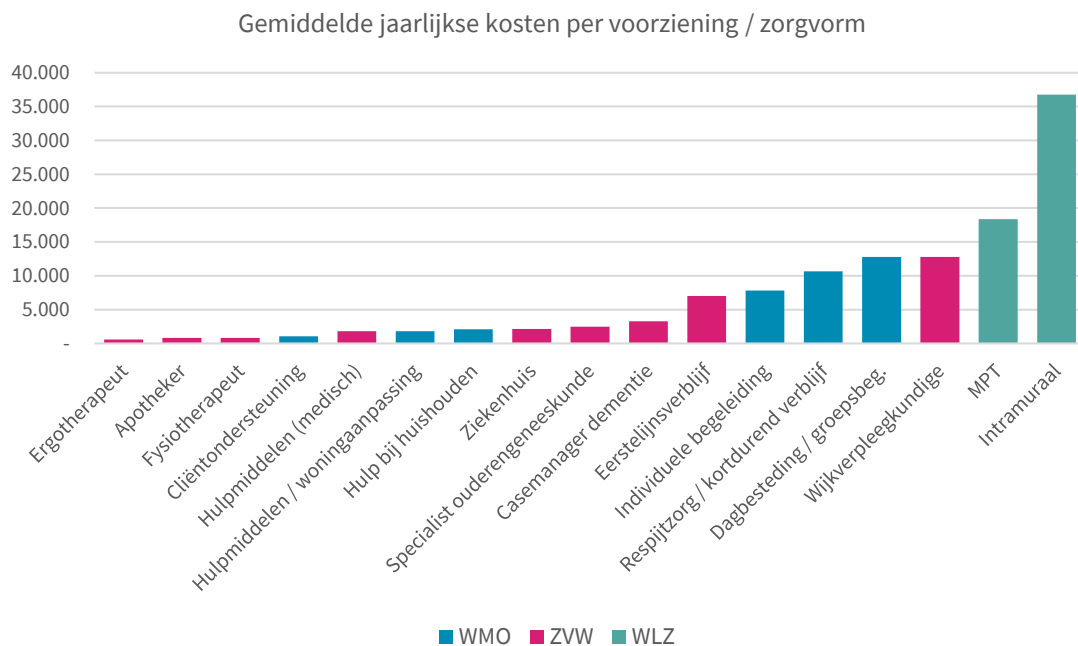
Totaal	Informeel	Wmo		Zvw	
		Eerste lijn	Tweede lijn	Eerste lijn	Tweede lijn
<b>11</b>	Mantelzorg	Wmo-consulent	Hulp bij huishouden, hulpmiddelen, vervoer	Huisarts, wijkverpl.	Fysiotherapeut, hulpmiddelen, ziekenhuis, bewegtherapie, mantelzorg-ondersteuning,
<b>10</b>	Mantelzorg		Hulp bij huishouden Dagbesteding Hulpm./ woningaanp. Ergotherapeut Vervoer	Huisarts Wijkverpl. Apotheker Eerstelijnsverblijf	Ziekenhuis
<b>9</b>	Mantelzorg		Hulp bij huishouden Dagbesteding Respijtzorg Vervoer	Huisarts Wijkverpl. Apotheker	Ziekenhuis Casemanager dementie
<b>8</b>	Mantelzorgers		Hulp bij huishouden Dagbesteding Hulpm. / woningaanp. Vervoer	Huisarts Wijkverpl.	Hulpm. Ziekenhuis
<b>8</b>	Buurthuis/ wijkcentrum	Wijkteam	Hulp bij huishouden Hulpm. / woningaanp. Brommobiel	Huisarts Wijkverpl.	Ziekenhuis
<b>8</b>	Mantelzorg	Wijkteam	Hulp bij huishouden Dagbesteding Hulpm. / woningaanp. Ergotherapeut Vervoer	Huisarts Eerstelijnsverblijf	

### 5.3 Kosten voor zorg en ondersteuning

Voorgaande paragrafen gaven weer hoe vaak bepaalde voorzieningen en zorgvormen voorkomen, in deze paragraaf doen we een inschatting van de kosten die daarmee gepaard gaan. We hebben de ouderen weliswaar niet gevraagd naar wat de kosten waren van de voorzieningen en zorgvormen die zij kregen, maar op basis van gemiddelde trajectkosten kunnen we daar een inschatting van maken.

#### 5.3.1 Gemiddelde trajectkosten

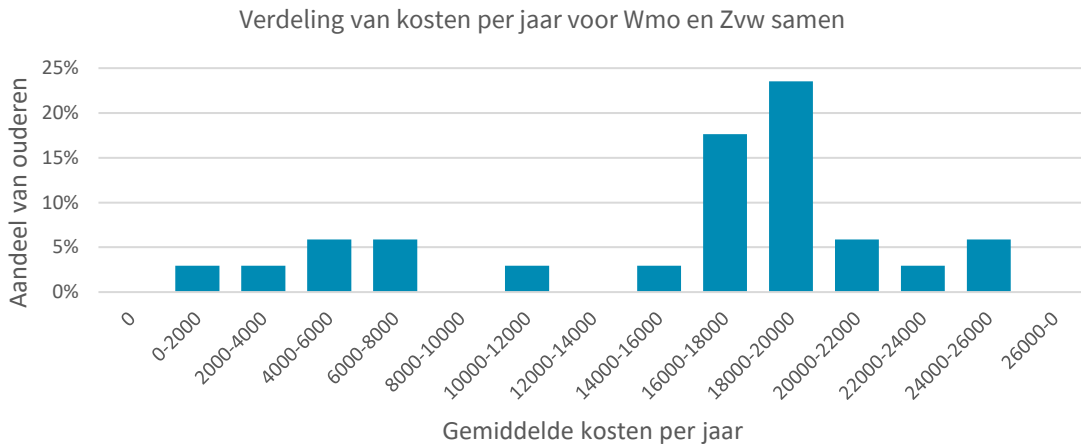
In onderstaande figuur staan de gemiddelde kosten per jaar weergegeven voor elk van de voorzieningen en zorgvormen. Ze staan alleen weergegeven wanneer tenminste één van de gesproken ouderen er gebruik van maakte. In Bijlage D staan de bronnen vermeld.



Opvallend is dat respijtzorg gemiddeld duurder is per jaar dan eerstelijnsverblijf. Dit komt vanwege het gemiddelde aantal dagen per jaar dat er gebruik van wordt gemaakt.

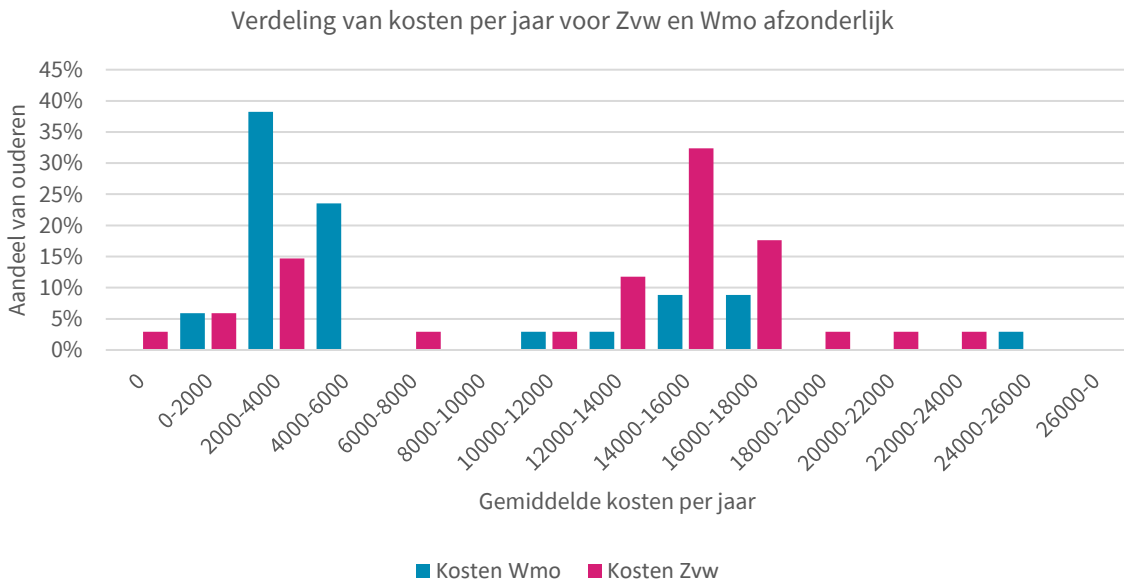
### 5.3.2 Kosten per oudere

Verdisconteren we nu de kosten in de voorzieningen en zorgvormen die ouderen hebben, dan zijn de gemiddelde kosten per jaar verdeeld als in onderstaande figuur.



Ter illustratie: de jaarlijkse kosten van bijna 25% van de gesproken ouderen liggen tussen de € 18.000 en € 20.000 euro.

In onderstaande figuur zijn deze kosten uitgesplitst naar sociaal en medisch domein. Daarin is voor het sociaal domein een piek zichtbaar rond de € 2.000 euro, deze komt door hulp bij huishouden. De piek van het medisch domein rond de 15.000 per jaar komt van de wijkverpleging. De piek in de totale kosten voor zorg en ondersteuning bij 18.000 – 20.000 komt dus voor een groot deel van ouderen die zowel hulp bij huishouden als wijkverpleging krijgen.



In de tabel hieronder hebben we het maximum, gemiddelde en mediaan weergegeven van de jaarlijkse kosten van deze ouderen. Merk op dat de maximale kosten vergelijkbaar zijn met de minimale kosten voor een verzorgingstehuis, maar veel lager dan die voor een verpleeghuis.

	Kosten Wmo+Zvw	Kosten Wmo	Kosten Zvw
<b>Maximum</b>	€ 45.339	€ 23.574	€ 26.092
<b>Gemiddelde</b>	€ 19.846	€ 12.715	€ 7.733
<b>Mediaan</b>	€ 18.855	€ 14.820	€ 3.864

## 5.4 Deelconclusies gebruik

In dit hoofdstuk hebben we inzichtelijk gemaakt wat de samenloop van zorg en ondersteuning op het niveau van ouderen / huishoudens is. Dit biedt inzichten die niet met gegevensanalyse te bereiken zijn, omdat we zo privacy-belemmeringen kunnen omzeilen.

Zo konden we niet alleen het gebruik van zorg of ondersteuning (par. 5.1) inzichtelijk maken —wat wel mogelijk is op basis van grootschalige gegevensanalyse— maar ook dat van zorg in combinatie met ondersteuning (par 5.2). Daaruit blijkt dat zorg en ondersteuning bijna altijd in combinatie met elkaar voorkomen. Met name de volgende combinaties komen daarbij vaak voor:

- Hulp bij huishouden en wijkverpleging
- Hulpmiddelen (sociaal) en wijkverpleging
- Hulp bij huishouden en ziekenhuis

Maar ook andere combinaties kwamen veel voor. Zo konden we inzichtelijk maken dat de samenloop in sommige huishoudens erg groot is: tot 11 voorzieningen / zorgvormen. Dit onderstreept de relevantie van de knelpunten op het vlak van de betreffende wetten die in het volgende hoofdstuk aan de orde komen.

Door het gebruik van voorzieningen / zorgvormen te combineren met gemiddelde trajectprijzen, konden we een beeld schetsen van de jaarlijkse kosten. Deze zijn verschillend verdeeld voor Wmo enerzijds en Zvw anderzijds (paragraaf 5.3.2) en kunnen voor sommige huishoudens aanzienlijk zijn, zowel voor de afzonderlijke wetten, maar natuurlijk zeker voor beiden samen.

*N.B. Voor aanvullende inzichten over het (domeinoverstijgend) gebruik van zorg en ondersteuning door ouderen, zie de Monitor Zorg voor ouderen 2018 van de NZa (april 2018).*

## 6 Knelpunten in de hulp en zorg aan ouderen

Zorg en ondersteuning voor ouderen brengen in de praktijk soms **knelpunten** met zich mee: *situaties waarin het samenspel van, of de overgang tussen wetten niet goed uitpakt voor de oudere, professional of financier*. In dit hoofdstuk beschrijven we deze knelpunten.

### 6.1 Indeling van knelpunten

Dit onderzoek heeft een aantal van zulke knelpunten geïdentificeerd. Bronnen hiervoor waren bestaande literatuur, gesprekken met aanbieders, professionals en ouderen.

Op deze manier zijn er in totaal tot 72 knelpunten in zorg en ondersteuning benoemd. Veel van die knelpunten zijn onderling verbonden: ze spelen op hetzelfde terrein of hebben dezelfde oorzaak. Zo ontstonden zes groepen van samenhangende knelpunten:

1. Knelpunten rond **toegang, afstemming en regie in de eerste lijn**
2. Knelpunten rond **maaltijdvoorzieningen**
3. Knelpunten rond **eerstelijns verblijf, geriatrische revalidatiezorg en respijtzorg**
4. Knelpunten rond **hulpmiddelen**
5. Knelpunten rond de **overgang naar de Wlz**
6. Knelpunten rond de **taakinvulling binnen de wijkverpleging**

In het vervolg van dit hoofdstuk bespreken we deze zes groepen knelpunten. Een totaaloverzicht van alle 72 individuele knelpunten is te vinden in bijlage C. Bij nadere bestudering van de zes groepen knelpunten bleken drie kenmerken interessant: *waar* de knelpunten zich voordoen, *wanneer* de knelpunten zich voordoen en wat de *gevolgen* zijn.

#### 6.1.1 Waar doet het knelpunt zich voor?

Een knelpunt kan spelen op verschillende gebieden.

Groep knelpunten	Wet / domein van knelpunt
1. Toegang, afstemming en regie in de eerste lijn	Tussen Wmo en Zvw
2. Maaltijdvoorzieningen	Tussen Wmo en Zvw
3. Gebruik van ELV, GRZ en respijtzorg	Tussen Wmo en Zvw
4. Hulpmiddelen	Tussen Wmo en Zvw enerzijds en Wlz anderzijds
5. Overgang naar Wlz	Tussen Wmo en Zvw enerzijds en Wlz anderzijds
6. Taakinvulling binnen de wijkverpleging	Binnen de Zvw

De zes groepen knelpunten spelen dus maar op drie verschillende gebieden; binnen de Zvw, tussen Wmo en Zvw, en tussen Wmo en Zvw enerzijds en Wlz anderzijds. De onderstaande figuur geeft dit schematisch weer.



### 6.1.2 Wanneer doet het knelpunt zich voor

Voorzieningen/zorgvormen kunnen zich samen voordoen ('en-en') of in plaats van elkaar ('of/of') ingezet moeten worden. Daarnaast kunnen zij tegelijk ('gelijktijdig') of juist na elkaar ('volgtijdig') ingezet worden. Dat geeft vier verschillende type vraagstukken, die we hieronder schematisch weergegeven hebben.

We lichten deze vier type vraagstukken verder toe:

	En-en	Of/of
Gelijktijdig	1. Maatwerk	2. Substitutie
Volgtijdig	3. Continuïteit	4. Preventie

1. **Maatwerk:** er zijn gelijktijdig verschillende voorzieningen, de vraag is hoe deze samen optimaal effectief zijn, dus of het geheel meer kan zijn dan de som der delen en zo ja, hoe.
2. **Substitutie:** de vraag is of de ene voorziening / zorgvorm niet beter ingezet kan worden in plaats van een ander.
3. **Continuïteit-knelpunten:** er is sprake van meer dan één zorgvorm / voorziening, maar deze worden na elkaar ingezet. De vraag is dan hoe zij optimaal op elkaar aansluiten.
4. **Preventie:** kunnen we een voorziening / zorgvorm in de toekomst voorkomen, door nu iets anders in te zetten?

We maken dit onderscheid tussen vier verschillende typen vraagstukken, omdat zij vragen om andere type oplossingen en er andere belemmeringen spelen voor die oplossingen. We komen hier later op terug.

### 6.1.3 Gevolgen van knelpunten

In de inleiding (paragraaf 2.1) noemden we **onnodige dubbelingen**, een **verkeerde invulling** of **onvoldoende maatwerk** als mogelijke risico's van knelpunten. Dit zijn de uiteindelijke gevolgen van een knelpunt.

Ouderen hebben als gevolg daarvan last van ineffectiviteit van zorg of ondersteuning. Dat heeft impact op hun kwaliteit van leven. Het heeft ook consequenties voor financiers, die last



kunnen hebben van te hoge kosten of van een scheve verdeling tussen financiers. De precieze consequenties verschillen per knelpunt.

Deze gevolgen hangen samen met de bovenstaande indeling (paragraaf 6.1.2), over de aard van het vraagstuk: en preventievraagstukken kwamen in dit rijtje niet voor, terwijl onnodige dubbelingen of een verkeerde invulling samen kunnen hangen met substitutie- of maatwerkvraagstukken. Wanneer het knelpunt immers draait om een gelijktijdige keus tussen één zorgvorm/professional of de ander, kan het gevolg hiervan zijn dat beiden ingezet worden, dat de verkeerde ingezet wordt.

#### 6.1.4 Beschrijving van knelpunten

In het vervolg lichten we de zes groepen knelpunten toe. We laten steeds de relevante oorzaak-gevolgrelatie zien:



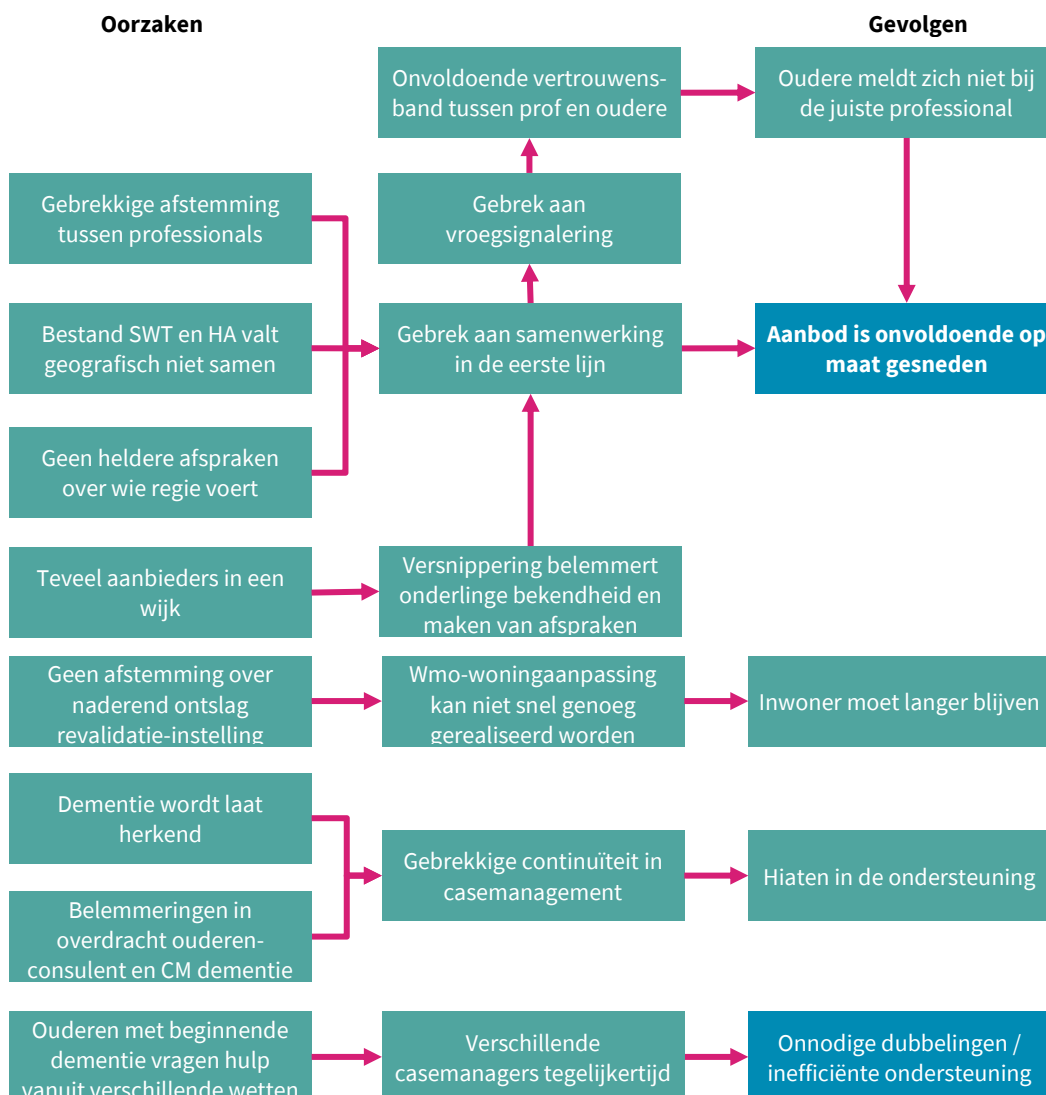
Een knelpunt is dus altijd een combinatie tussen een oorzaak en een gevolg. Mogelijk leiden twee oorzaken tot hetzelfde gevolg (al dan niet indirect via een tussenstap, zoals hierboven). We beschouwen ze dan als twee verschillende knelpunten.

Er is mogelijk een onderlinge relatie tussen verschillende oorzaken: soms doet een gevolg zich pas voor als sprake is van verschillende oorzaken die gelijktijdig optreden. Soms doet een gevolg zich al voor wanneer sprake is van één van verschillende oorzaken, maar versterken deze oorzaken elkaar. In beide gevallen gebruiken we een accolade om aan te geven voor welke oorzaken dit het geval is.

## 6.2 Toegang, afstemming en regie in de eerste lijn

De Zvw en Wmo kennen hun eigen toegangskanalen: de Wmo-consulent (en soms sociaal wijkteam) in de Wmo, huisarts en wijkverpleegkundige in de Zvw. Voor ouderen die zowel zorg als ondersteuning nodig hebben, kan het vragen dat de Wmo-consulent, huisarts en wijkverpleegkundige onderling af moeten stemmen hierover. Ook kan het zich voordoen dat de achterliggende oorzaken van een vraag niet herkend worden en de situatie daarom medisch benaderd wordt, waar sociaal beter op zijn plaats was.

Een gebrek aan afstemming en regie kan daarom leiden tot hulp die onvoldoende op maat is. Deze groep kent een aantal knelpunten, we hebben ze hieronder schematisch weergegeven.



**Figuur 4: oorzaak-gevolg relaties voor het knelpunt rondom toegang afstemming en regie in de eerste lijn. Gevolgen die Effectief Ontschotten wil voorkomen, zijn in blauw weergegeven.**

Dit complexe web van oorzaken en gevolgen heeft impact op ouderen. Uit het onderzoek komen verschillende verhalen naar voren van ouderen die zich niet gehoord voelen, omdat het zorgaanbod niet bij hen past. Anderen vertelden over momenten waar ze vanuit een intramurale instelling naar huis wilden, maar dat nog niet konden omdat hun woning daar nog niet klaar voor was.

### 6.3 Maaltijdvoorziening

Sommige kwetsbare ouderen zijn niet meer in staat om in hun eigen maaltijd te voorzien. Ze hebben hulp van een professional nodig bij het **maken of toedienen van hun maaltijd, of toezien dat het eten goed gaat**. Wanneer er geen sprake is van een Wlz-indicatie, noch de

maaltijdvoorziening nodig is vanuit medische redenen, is de gemeente hiervoor verantwoordelijk vanuit de Wmo<sup>10</sup>.

Situatie	Sprake van?
Hulp bij het eten nodig om zelfstandig te blijven wonen <sup>11</sup>	✓
Vanwege medische redenen niet zelf kunnen eten en drinken <sup>12</sup>	✗
Wlz-indicatie	✗
Ook wijkverpleegkundige zorg aanwezig in huishouden	?

Het is in deze situatie vaak praktisch onhandig voor de gemeente om dit te regelen: bestaande professionals komen voor hun andere taken niet vaak genoeg en om alleen voor de maaltijd op en neer te komen is logistiek onaantrekkelijk. Soms is er wel een professional die de oudere dagelijks bezoekt in het kader van wijkverpleging. Omdat er geen sprake is van een medische noodzaak, wordt de maaltijdvoorziening niet vanuit de Zvw gefinancierd. Gevolg: deze taak wordt niet goed ingevuld of soms (onterecht) als wijkverpleging ingevuld.



**Figuur 5: oorzaak-gevolg relaties voor het knelpunt rondom de maaltijdvoorziening. Gevolgen die Effectief Ontschotten wil voorkomen, zijn in blauw weergegeven.**

Problematiek met maaltijdvoorzieningen raakt in de eerste plaats de financiers. Het is mogelijk dat de kosten niet eerlijk tussen gemeenten en verzekeraars verdeeld worden. Dat kan er uiteindelijk toe leiden dat niemand de maaltijdvoorziening nog wil verzorgen. Dat is dan ook een kleine ramp voor ouderen, die dan niet meer thuis kunnen blijven wonen.

## 6.4 Verhouding tussen ELV, GRZ en respijtzorg

Er zijn in de Wmo en Zvw enkele voorzieningen / zorgvormen die op elkaar lijken en daarom soms in elkaars plaats worden ingezet. Dit zijn eerstelijns verblijf (ELV, Zvw), geriatrische revalidatiezorg (GRZ, Zvw) en respijtzorg (Wmo).

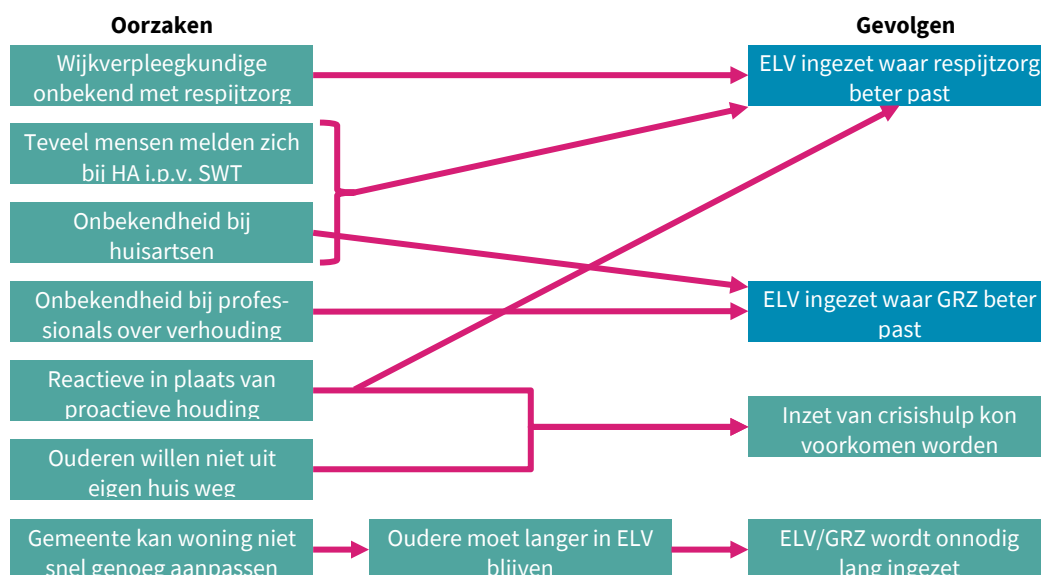
<sup>10</sup> Voor details, zie: [www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/maaltijdvoorziening](http://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/maaltijdvoorziening)

<sup>11</sup> En niet genoeg hulp aanwezig is van partner / huisgenoten / mantelzorger / anderen.

<sup>12</sup> Bijvoorbeeld hulp nodig om het eten in de mond te brengen of er is een grote kans op verslikken.

ELV en GRZ hebben met elkaar gemeen dat zij tijdelijk (kunnen) worden ingezet tussen het ontslag vanuit een ziekenhuis en weer zelfstandig thuis wonen. ELV en respijtzorg hebben met elkaar gemeen dat zij ingezet (kunnen) worden om een oudere vanuit een thuissituatie tijdelijke zorg / ondersteuning in een intramurale setting kunnen geven. Zij dienen echter verschillende doelen en zijn voor verschillende doelgroepen. Zie paragraaf 3.1 voor een nadere toelichting hierop.

In onderstaande figuur zijn de oorzaak-gevolgrelaties rondom deze drie weergegeven.



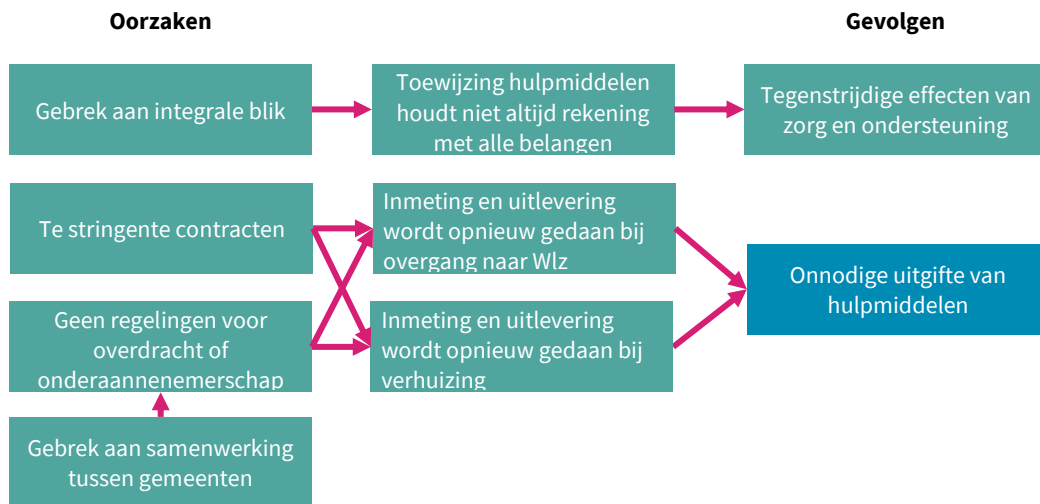
**Figuur 6: oorzaak-gevolg relaties voor het knelpunt rondom de inzet van ELV, GRZ en tijdelijk verblijf. Gevolgen die Effectief Ontschotten wil voorkomen, zijn in blauw weergegeven.**

Het is duidelijk dat dit knelpunt voor financiers heel vervelend is. Wanneer de verkeerde zorgvorm wordt ingezet, komt ook de rekening op de verkeerde plek terecht en dat kan leiden tot een scheve verdeling. Maar ook voor ouderen is dit onwenselijk. De verschillende voorzieningen werken het best als zij de doelgroep bedienen waarvoor ze zijn opgezet. Als dat niet zo is, krijgen ouderen niet de zorg of ondersteuning die ze verdienen.

## 6.5 Hulpmiddelen

Alle drie de relevante wetten kennen hulpmiddelen. Zij worden in principe éénmalig verstrekt, en moeten nauw aansluiten bij de behoefte en situatie van de oudere in kwestie. Wat op moment één of vanuit perspectief één werkt, doet dat niet noodzakelijk ook op moment twee of vanuit perspectief twee.

Bij overgangen (van de ene gemeente naar de andere, of vanuit de Wmo naar de Wlz) kunnen zich daarom bepaalde knelpunten voordoen, die vooral tot gevolg hebben dat hulpmiddelen onnodig uitgegeven worden. We hebben deze hieronder schematisch weergegeven.

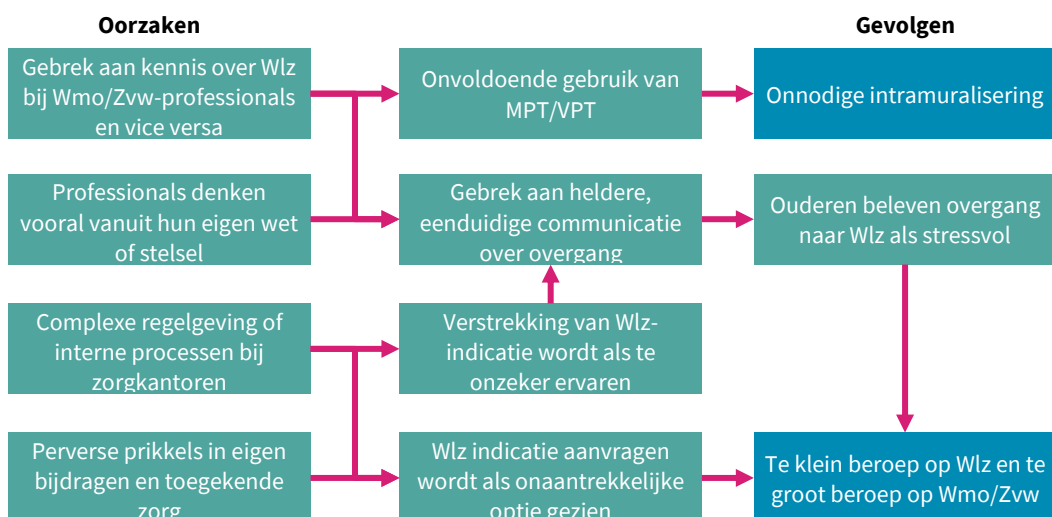


**Figuur 7: oorzaak-gevolg relaties voor het knelpunt rondom hulpmiddelen. Gevolgen die Effectief Ontschotten wil voorkomen, zijn in blauw weergegeven.**

Het ontvangen van hulpmiddelen kan voor ouderen een hele opgave zijn. Daarom is het voor hen belangrijk dat onnodige uitgifte van hulpmiddelen wordt voorkomen. Bovendien zit niemand te wachten op verspilling.

## 6.6 Overgang naar Wlz

Ouderen die niet meer zelfstandig kunnen wonen zonder levensbrede zorg, kunnen Wlz-zorg krijgen. Soms is het de vraag of zelfstandig wonen nog mogelijk is. Verschillende professionals (en de oudere zelf) kunnen daar verschillend over denken. Daarbij zorgen effecten rond de overgang zelf (eigen bijdrage, de welbekende ‘zorgval’) ervoor dat de Wlz door ouderen als onaantrekkelijk wordt gezien en soms vermeden wordt.



**Figuur 8: oorzaak-gevolg relaties voor het knelpunt rondom de overgang naar de Wlz. Gevolgen die Effectief Ontschotten wil voorkomen, zijn in blauw weergegeven.**

Voor ouderen zijn deze gevolgen onwenselijk. Zij hebben zorg nodig die bij hen past; wie thuis wil en kan wonen, moet MPT of VPT kunnen gebruiken. Wie dat niet kan of wil, moet geen

prikkels ervaren om toch de Wlz te vermijden. Dan hebben ouderen, op lange termijn, de beste kwaliteit van leven.

## 6.7 Taakinfilling wijkverpleging

Na de decentralisatie is de aanspraak wijkverpleging overgegaan naar de Zvw. Zoals uit hoofdstuk 5 blijkt, maken veel huishoudens gebruik van wijkverpleging.

Het eigenlijke doel van het project is om oplossingen te identificeren voor knelpunten op het snijvlak van verschillende wetten. We maken hier echter een uitzondering op voor wijkverpleging, vanwege de centrale positie ervan. Veel ouderen maken gebruik van één van de aanspraken van wijkverpleging (o.a. zorgverlening en verzorging). Wijkverpleegkundigen werken dan ook met veel anderen samen en een verandering in hun takenpakket heeft daarom bijna automatisch ook effecten op andere professionals.

Er wordt vrij veel van wijkverpleegkundigen —als belangrijkste uitvoerende professional van de wijkverpleging— verwacht. Vaak is dat in andere afstemming met andere actoren in de wijk, zoals de huisarts en sociaal wijkteam. De wijkverpleegkundige is daarmee te zien als de medische evenknie van de wijkagent; bijna het Zwitsers zakmes van de ouderenzorg. Dit brede en soms complexe takenpakket maakt dat er zich ook knelpunten voordoen. We hebben deze hieronder schematisch weergegeven.



**Figuur 9: oorzaak-gevolg relaties voor het knelpunt rondom de wijkverpleging. Gevolgen die Effectief Ontschotten wil voorkomen, zijn in blauw weergegeven.**

Ouderen kunnen last hebben van deze knelpunten. Wanneer de verkeerde professional taken uitvoert, kan de effectiviteit van zorg daaronder lijden. Dubbele zorg is minstens even vervelend.

## 7 Oplossingsrichtingen voor de knelpunten

Voor elk van de groepen knelpunten in hoofdstuk 6 is een groot aantal oplossingen denkbaar. We doen in dit hoofdstuk een aantal uitgewerkte voorstellen, op basis van ideeën die door betrokkenen zijn aangedragen in een bijeenkomst.

### 7.1 Selectie

In het onderzoek is een longlist van tientallen mogelijke oplossingen naar voren gekomen. Maar niet elke mogelijke oplossing is ook een goede oplossing. We hebben daarom ideeën uitgewerkt die aan een aantal voorwaarden voldoen. Vanuit de gedachte van de Werkagenda, moet voor oplossingen tenminste gelden dat:

- **zowel gemeenten als Menzis** er een rol in hebben;
- **alle gemeenten** de oplossing moeten kunnen toepassen, ongeacht hoe zij hun zorg, ondersteuning en toegang georganiseerd hebben.

Daarnaast moet voor een oplossing gelden dat deze:

- **effectief** is: een oplossing moet in voldoende mate aan het probleem tegemoet komen
- **haalbaar** is: zonder onoverkomelijke drempels om de oplossing in de praktijk te brengen
- **proportioneel** is; de inspanning (in o.a. tijd en middelen) in verhouding is met de (potentiële) impact van de oplossing.

Uiteindelijk zijn voor elke groep knelpunten één of enkele oplossingsrichtingen geïdentificeerd die aan deze eisen voldoen.

#### 7.1.1 Schaalniveaus oplossingen

Bij elke oplossingsrichting hebben we wat het meest geschikte niveau is om de oplossing op te zetten. Daarbij onderscheiden we vier schaalniveaus:

- **Landelijk schaal:** Dit is het schaalniveau waarop wordt samengewerkt met wetgevers; het leent zich goed voor oplossingen die nieuwe wet- en regelgeving vragen.
- **Bovenregionaal:** Dit is het schaalniveau van samenwerking tussen een zorgverzekeraar en gemeenten in verschillende regio's waar die dominant is. De Werkagenda is daar een voorbeeld van. Het leent zich goed voor oplossingen rond strategisch beleid of afgestemde inkoop.
- **Regionaal of subregionaal:** Dit is het niveau waar regionale samenwerkingsverbanden van gemeenten opereren, vaak samen met het zorgkantoor en regiovertegenwoordigers van de verzekeraar. Het leent zich goed voor oplossingen rond regionale inkoop of beleid.
- **Lokaal:** Dit is het niveau van een individuele gemeente of kleiner. Het leent zich goed voor oplossingen op uitvoeringsniveau.

De precieze afbakening tussen bovenregionaal, regionaal en subregionaal verschilt per situatie. De spelers zelf kunnen dat over het algemeen goed inschatten. Daarbij geldt dat oplossingen op hoger niveau altijd ook actie vragen op lager niveau.<sup>13</sup>

We kiezen hier voor een '**subsidiariteitsprincipe**': zo klein als mogelijk, zo groot als nodig. Met andere woorden: waar dat mogelijk is, moet een knelpunt vooral lokaal of (sub)regionaal opgelost worden, maar in een aantal gevallen heeft een bovenregionale —dus op de schaal van de huidige Werkagenda— of zelfs landelijke oplossing (of component daarvan) duidelijk meerwaarde.

We geven hieronder bij elke oplossingsrichting aan op welke schaalniveau(s) deze het meest effectief opgepakt kan worden. In het bijzonder geven we aan wat daarin de bovenregionale component van is.

## 7.2 Toegang en regie

Voor de knelpunten rond toegang en regie zijn twee mogelijke oplossingsrichtingen naar voren gekomen uit het onderzoek.

### 7.2.1 Toegang gezamenlijk organiseren

Bij veel inwoners is het van waarde om zorg en ondersteuning van meet af aan gezamenlijk te organiseren, of om een brede vraagverheldering te doen. Dat kan tijdens trajecten (zie de volgende oplossingsrichting), maar ook al aan het begin ervan: door de toegang gezamenlijk te organiseren.

#### Kern van de oplossing

Er bestaat een werkwijze waarin de huisarts/POH en sociaal wijkteam/Wmo-consulent gezamenlijk bij een oudere bepalen of en zo ja welke zorg en ondersteuning nodig zijn. Zo wordt expliciet zowel de medische als sociale blik hierin meegenomen. Dit kan (op termijn) zelfs leiden tot een fysieke plek waar inwoners voor een domeinoverstijgende indicatie terecht kunnen.

#### Benodigheden en randvoorwaarden

- Voldoende flexibiliteit om bepaalde professionals 'in te kunnen vliegen' of inwoners op gezette tijden (wanneer alle professionals aanwezig zijn) te kunnen spreken.
- Draagvlak bij de huisartsen hiervoor zal niet eenvoudig te verwerven zijn.
- Dit is niet bij alle ouderen mogelijk: sommigen hebben een huisarts in een andere wijk dan waar zij wonen. Om daaraan voor alle ouderen tegemoet te komen, zou een huisarts in grotere gemeenten met veel verschillende wijkteams moeten samenwerken.
- Om de werkwijze niet te arbeidsintensief te maken, moet er een eerste selectie plaatsvinden van ouderen waarvoor dit van meerwaarde is. Ook moeten de ouderen in kwestie akkoord gaan met deze werkwijze; er wordt bepaalde medische informatie gedeeld met de huisarts/POH.

#### Trekker en partners

Gemeente of regio moet dit trekken, maar vanwege de cruciale rol van de huisartsen moeten deze van het begin af aan tenminste meedenken over de invulling. Ook Menzis heeft hierin

---

<sup>13</sup> Bijvoorbeeld: Als op landelijk niveau de wetgeving wordt aangepast, vraagt dit ook om veranderingen in de regio. Als de regionale samenwerking verandert, moet ook elke gemeente voor zich veranderen.



een rol, om draagvlak onder huisartsen te vergroten en bepaalde belemmeringen voor een pilot weg te nemen.

### Stappenplan

- Benaderen van huisartsen: welke staan voor deze werkwijze open?
- Selecteren van één of hooguit enkele voorlopers om met een pilot te starten.
- Uitdenken van een concrete werkwijze die aan alle randvoorwaarden voldoet.
- Deze met de pilot-huisartsen in de praktijk brengen en op basis van de (eerste) ervaringen de werkwijze aanpassen / aanscherpen.
- Bij succesvolle resultaten de werkwijze uitbreiden naar andere huisartsenpraktijken die hieraan deel willen nemen.

### Tijdspad

Vanwege de grote wijzigingen ten opzichte van de huidige werkwijze is dit een oplossingsrichting die wat meer van de lange adem is:

- Inventarisatiefase: enkele maanden
- uitdenken werkwijze: enkele maanden tot een jaar
- pilot implementeren en bijsturen: 1 tot 2 jaar
- Uitbreiden: 1 tot 2 jaar.

### Schaalniveau

Om deze oplossingsrichting in de praktijk te laten slagen is **lokaal en regionaal** maatwerk nodig. De manier waarop het sociaal domein en de huisartsen georganiseerd zijn, is immers erg divers. Wel ligt er meerwaarde in het **bovenregionaal** uitdenken van randvoorwaarden, het uitwisselen van ervaringen en het aanscherpen van de lokale werkwijze op basis daarvan.

## 7.2.2 Afspraken over regievoering maken

Veel oudere ouderen maken zowel gebruik van zorg als ondersteuning, op verschillende leefgebieden. In dat soort gevallen is vaak een regievoerder nodig. Nu pakt een professional dat meestal al op: Wmo-consulenten, leden van het wijkteam, wijkverpleegkundigen, casemanagers dementie en soms zelfs huisartsen.

Maar wie wanneer de regie voert en waarom, wat de reikwijdte van die regie is en wat andere professionals mogen verwachten van een regisseur, wordt zelden expliciet gemaakt. Daardoor wordt er minder samengewerkt en zijn trajecten minder op elkaar afgestemd en daardoor minder effectief dan mogelijk.

### Kern van de oplossing

Net zoals de zorgverlening zelf is regie maatwerk; soms is het handiger dat de één het doet, soms de ander. Soms verandert er iets bij een oudere waardoor het slim is om van regisseur te veranderen.

Desondanks is het nodig om binnen gemeenten of een regio afspraken te maken over wie wanneer regievoerder is en wat diens rol is. Deze afspraken moeten vervolgens al doende verder ontwikkeld worden, om maximaal aan te sluiten bij de werkelijkheid en behoeften van professionals.

### Benodigheden en randvoorwaarden

- Alle relevante organisaties moeten aangesloten zijn of moeten dat kunnen doen. De afspraken moeten ook aansluiten op hun werkpraktijk.
- Een juist *gebruik* van de afspraken. Zij moeten niet in steen gehouwen zijn: er moet voldoende ruimte zijn om er vanaf te wijken. Ze moeten vooral als uitgangspunt dienen.

- Een slim proces om tot de afspraken te komen en ze met enige regelmaat te herijken.

### Trekker en partners

De gemeenten / regio nemen hierin het best het voortouw. De reikwijdte van de afspraken zijn in principe alle organisaties die te maken kunnen krijgen met de regievoerder, of deze zelf kunnen leveren. Zij moeten dus ook allemaal betrokken worden.

### Stappenplan

- De gemeente inventariseert intern (casemanagers, leden sociale wijkteams) of afspraken hen zouden helpen, wat voor vorm zij daarbij zouden moeten hebben en wie (professionals, organisaties) erbij betrokken zouden moeten worden.
- Deze organisaties worden benaderd, hen wordt gevraagd naar randvoorwaarden om dit succesvol te kunnen laten zijn en er worden afspraken gemaakt voor de totstandkoming van de afspraken.
- De gemeente doet een eerste voorzet voor de afspraken en toetst dit bij enkele professionals. Dit wordt eerst op kleine schaal toegepast.
- In tweede instantie kan de reikwijdte uitgebreid worden naar andere professionals en organisaties. Dit zou vervolgens nog verankerd kunnen worden in het inkoopproces.
- Na verloop van tijd wordt bekeken of de afspraken nog steeds werken en wat er nodig is om ze aan te scherpen.

### Tijdspad

1 jaar.

### Schaalniveau

Op een **bovenregionale** schaal is meerwaarde gelegen in een 'mal' met afspraken – samengesteld op basis van lokale ervaringen. Deze zou in een **lokale** context als startpunt kunnen dienen voor een op maat gemaakte variant.

## 7.3 Maaltijdvoorzieningen

Bij maaltijdvoorzieningen zijn verschillende mogelijke oplossingen denkbaar om aan het knelpunt tegemoet te komen, die allemaal in één of meer gemeenten toegepast worden. Zij kenmerken zich door 1) welke professional de taak uitvoert, en 2) vanuit welke voorziening de financiering plaatsvindt. We onderscheiden:

1. Hulp bij huishouden in kleinere tijdseenheden
2. Door wijkverpleegkundige<sup>14</sup>, financiering via:
  - a. individuele begeleiding
  - b. hulp bij huishouden
  - c. persoonlijke verzorging
  - d. door verrekening van de inzet
3. Via een collectieve voorziening.

Hieronder worden ze kort beschreven, samen met **condities** waaraan voldaan moet zijn om deze te laten werken en de **voor- en nadelen** van elke oplossing.

---

<sup>14</sup> In dit soort situaties is er onderscheid tussen 'wijkverpleging' en 'wijkverpleegkundige'. De professional wijkverpleegkundige levert even hier dan geen wijkverpleging.

## 1. Hulp bij huishouden in kleinere tijdseenheden

Door de wekelijkse inzet van de professional voor hulp bij huishouden te verdelen over verschillende kortere momenten (2,5 uur per week wordt bijvoorbeeld een half uur per dag) kan in de maaltijd voorzien worden.

### Waar van toepassing?

O.a. Achterhoek (in onderzoek)

### Conditie

- Er moet een voldoende groot aantal uren hulp bij huishouden geïndiceerd zijn om —verdeeld over een aantal dagen— nog voldoende tijd per dag over te houden die zowel aan maaltijdvoorziening als aan andere taken besteed kan worden.

### Voor- en nadelen en aandachtspunten

- (+) Er hoeft geen aparte professional te komen voor alleen de maaltijdvoorziening
- (-) Er is sprake van een groter aantal reisbewegingen en dus kleiner aantal productieve uren. Hierdoor komt er druk op de tarieven.

## 2.a Maaltijdvoorziening door wijkverpleegkundige, via individuele begeleiding

Voor ouderen die zich in deze situatie bevinden wordt de maaltijdvoorziening geregeld door hiervoor een indicatie voor individuele begeleiding af te geven. De wijkverpleegkundige voorziet vanuit die indicatie dan in de maaltijden. Dit wordt door de aanbieder vervolgens verrekend.

### Waar van toepassing?

O.a. Veenhuizen (Groningen), Rhenen (Food Valley)

### Conditie

- Er moet sprake zijn van wijkverpleging, om niet een aparte professional nodig te hebben.
- De aanbieder van wijkverpleging moet door de gemeente ook gecontracteerd zijn voor individuele begeleiding.
- De tarieven voor beide zorgvormen moeten vergelijkbaar zijn. Zo niet, dan wordt het (hogere) kosten van de wijkverpleegkundige niet voldoende gedekt door de (lagere) vergoeding voor individuele begeleiding.

### Voor- en nadelen en aandachtspunten

- (+) Er hoeft geen aparte professional te komen voor alleen de maaltijdvoorziening.
- (+) Het leidt niet tot extra reistijden.
- (-) Dit werk niet bij alle vormen van wijkverpleging: voor sommige is het verschil in tarief met individuele begeleiding te groot.
- (-) Het tarief voor individuele begeleiding is relatief hoog vergeleken met de gevraagde taken.

## 2.b Maaltijdvoorziening door wijkverpleegkundige, via hulp bij huishouden

Idem aan oplossingsrichting 1.b, maar dit verloopt via een indicatie hulp bij huishouden, in plaats van individuele begeleiding. Verrekening ook via die tarieven.

### Waar van toepassing?

O.a. Oude IJsselstreek (Achterhoek)

### Conditie

Idem aan 1.a

#### Voor- en nadelen en aandachtspunten (ten opzichte van 1.a)

- (+) Een relatief goedkope optie.
- (-) Het tarief voor hulp bij huishouden is laag in vergelijking met dat van wijkverpleging. Hierdoor is het niet aantrekkelijk voor de betrokken aanbieder van dat laatste.

### 2.c. Door wijkverpleegkundige, via persoonlijke verzorging uit de Wmo

Idem aan 2.a, maar gefinancierd vanuit persoonlijke verzorging (PV). Dit is onderdeel van de Wmo, wanneer deze gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening, verstandelijke of zintuiglijke beperking. Helpen met eten / drinken kan hier onderdeel van zijn.

#### Waar van toepassing?

O.a. Oost Gelre (Achterhoek)

### Conditie

- Aanbieder van wijkverpleegkundige moet voor PV gecontracteerd zijn.

#### Voor- en nadelen en aandachtspunten

- (+) PV wordt niet veel gebruikt, dus meer ruimte voor gemeente om specifiek hiervoor een passend tarief te vinden.
- (-) Niet alle aanbieders schrijven op dit perceel in.

### 2.d. Door wijkverpleegkundige, door verrekening van de inzet

Idem aan 2.a, maar financiering gebeurt niet op basis van het schrijven van uren, maar via een vast bedrag per oudere per jaar. De gemeente maakt afspraken met de aanbieder van wijkverpleging dat zij zorgdragen voor de maaltijdvoorziening wanneer sprake is van een indicatie. Daartegenover staat een vast bedrag per persoon per jaar. Na afloop van het jaar geeft de aanbieder op om hoeveel ouderen het gaat en dekt de gemeente de kosten.

#### Waar van toepassing?

Nergens, voor zover wij weten.

### Conditie

- Voldoende vertrouwen tussen gemeente en aanbieder(s)
- Goedkeuring van beide accountants voor deze werkwijze.

#### Voor- en nadelen en aandachtspunten

- (+) Veruit de makkelijkste oplossing: de wijkverpleegkundige (of een andere professional die de voorziening wijkverpleging uitvoert) kan dit er gewoon bij doen, zonder apart uren bij te hoeven houden.
- (-) Eén bedrag per oudere per jaar houdt geen rekening met mogelijke verschillen in hoeveel tijd het per oudere kost; bij sommigen vraagt het meer inzet dan anderen.

## 3. Collectief, via voorliggende voorzieningen

In verschillende gemeenten zijn initiatieven (professioneel of door vrijwilligers gerund), die maaltijden koken en serveren. Hiervan kunnen ouderen gebruik maken, als voorliggende

voorziening. Professionals voor hulp bij huishouden of wijkverpleging inventariseren wat nodig is en kunnen zo de oudere in kwestie koppelen aan een initiatief.

### Waar van toepassing?

O.a. Berkelland, Winterswijk (Achterhoek)

### Conditie

- De oudere in kwestie moet er fysiek toe in staan zijn, om hiervan gebruik te maken

### Voor- en nadelen en aandachtspunten

- (+) Relatief goedkope optie.
- (+) Heeft ook een sociale component.
- (-) Niet alle ouderen zijn er fysiek toe in staat om hieraan deel te nemen, wanneer het een voorziening betreft die op één specifieke locatie is.
- (-) Wanneer het alleen het koken betreft, is er geen ondersteuning bij toedienen, of toezicht houden op het genieten van de maaltijd.

### Samenvatting

Hieronder staat voor de verschillende oplossingsrichtingen samengevat wat de kenmerken ervan zijn.

Voor- en nadelen	1. Door HbH, opknippen		2. Door Wvp			3. Collectief
	a. BG	b. HbH	c. PV	d. ver-rekenen		
Geen aparte professional nodig	✓	✓	✓	✓	✓	✓ / ✗
Voorkomt extra reistijden	✗	✓	✓	✓	✓	✓
Werkt in alle situaties	✓	✗	✗	✗	✗	✗
Naar tevredenheid van aanbieder	✓ / ✗	✓	✗	✓	✓	✓
Kosten in lijn met taken	✓	✗	✓	✓ / ✗	✓	✓

### Schaalniveau

Veel van de bovenstaande oplossingen vragen om **lokale** invulling; gemeenten kunnen hier ieder voor zich kiezen voor nieuwe oplossingen en producten. Dat is nuttig, omdat landelijke en stedelijke gemeenten soms in dezelfde regio liggen. Bovenregionale kennisuitwisseling kan de lokale invulling wel versterken.

## 7.4 ELV, GRZ en Respijtzorg

De essentie van dit knelpunt is dat soms ELV ingezet wordt, waar respijtzorg beter op zijn plek is. Om vaker tot de best passende uitkomst te komen, kan tijdens het traject 'gerepareerd' worden of vooraf een betere en volledige afweging over welk van de twee voorzieningen in te zetten. Omdat voorkomen beter is dan genezen, is de tweede vorm kansrijker.

### Kern van de oplossing

Wat hieraan tegemoet zou komen is een altijd en makkelijk te bereiken nummer met iemand die mee kan denken over wat de meest passende oplossing is. Een huisarts die voornemens is ELV in te zetten kan dit nummer kort ter ruggenspraak bellen. Samen kunnen zij tot de conclusie komen dat respijtzorg mogelijk een betere oplossing is.

Voor de meeste passende adviezen zou één nummer per gemeente het best zijn; welke oplossingen immers beschikbaar zijn, verschilt van gemeente tot gemeente. Door dit slim te organiseren —het nummer schakelt door naar een op dat moment beschikbare Wmo-consulent— hoeft dit nauwelijks extra capaciteit te kosten.

N.B. Ook de oplossingsrichting voor toegang en regie in paragraaf 7.4.1. zou hieraan tegemoet kunnen komen, maar is wat meer vergaand.

#### **Benodigheden en randvoorwaarden**

- Het hebben van een nummer alleen is niet genoeg, het moet ook daadwerkelijk gebruikt worden; het zal daarom flink *geplugd* moeten worden.
- De ondersteuning moet nauw aansluiten bij de werkwijze en behoefte van huisartsen en zal dus in nauwe samenspraak met hen ontwikkeld moeten worden.

#### **Trekker en partners**

De oplossing moet in de eerste plaats vanuit gemeenten komen. Een gemeentelijke trekker ligt daarom het meest voor de hand. Huisartsen, Wmo-consulenten en Menzis moeten betrokken worden.

#### **Stappenplan**

- Inventariseren naar de bereidwilligheid van huisartsen om hiervan gebruik te maken — wanneer het zou bestaan— en wat daarvoor nodig is.
- Ontwerp maken van de invulling ervan, dat weer toetsen bij betrokken huisartsen.
- Dit ontwerp in de praktijk brengen en huisartsen intensief herinneren aan de mogelijkheid en hun ervaringen meenemen in de doorontwikkeling ervan.

#### **Tijdspad**

1-2 jaar

#### **Schaalniveau**

ELV en GRZ worden op bovenregionale schaal gecontracteerd. De inzet ervan is dan weer erg lokaal bepaald. Ook de oplossing heeft een **lokaal karakter**. Dat neemt echter niet weg dat **bovenregionale uitwisseling** over oplossingen van meerwaarde kan zijn: wat op de ene plaats een succesverhaal is, kan dat op de andere ook zijn. Ook helpt uitwisseling in het aanscherpen van lokale oplossingen op basis van ervaringen vanuit andere regio's.

## **7.5 Hulpmiddelen**

Voor de knelpunten rondom hulpmiddelen hebben we twee oplossingsrichtingen geselecteerd: één meer en één minder ingrijpend.

### **7.5.1 Financiering hulpmiddelen cliëntvolgend maken**

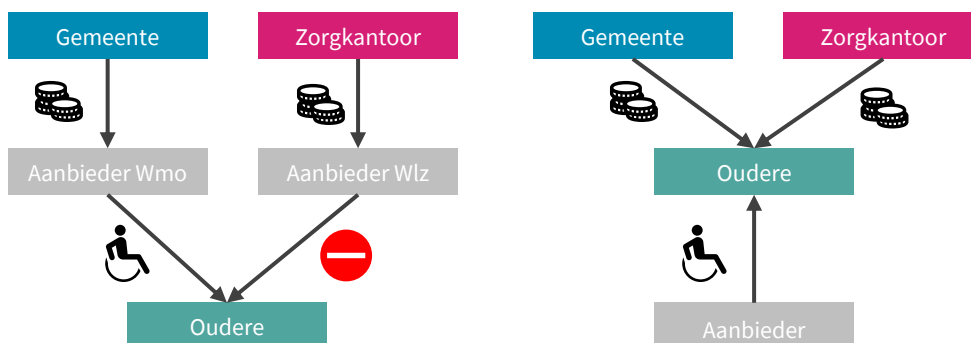
Het knelpunt binnen de hulpmiddelen doet zich voor rondom overnames van hulpmiddelen; wanneer een oudere van de ene naar de andere gemeente verhuist (binnen Wmo) of overgaat naar de Wlz (van Wmo/Zvw naar Wlz). Er is dan sprake van verschillende financiers, met verschillende vereisten, werkwijzen en elk hun eigen gecontracteerde partijen. Dit leidt ertoe dat hulpmiddelen bij de overgang niet overgenomen kunnen worden.

### Kern van de oplossing

Een mogelijkheid om hieraan tegemoet te komen, is vergelijkbaar met het PGB: er wordt geen hulpmiddel ingekocht door de financier, maar er wordt een hulpbehoefte vastgesteld bij de oudere in kwestie en er wordt een budget verstrekt om hieraan tegemoet te komen.

De huidige werkwijze is nog wel de norm, maar financiers bieden ook deze aanvullende mogelijkheid. In dat geval kan de oudere er bij een aanstaande overgang *voor kiezen* om over te schakelen naar de alternatieve werkwijze. Hiervoor gaat het bestaande hulpmiddel over naar de oudere in kwestie, er wordt door de huidige financier vastgesteld wat de hulpbehoefte is en welke middelen er nodig zijn om hieraan tegemoet te komen. De nieuwe financier verplicht zich tot het overnemen van tenminste die hulpbehoefte en bijbehorend budget. De oudere kan het bestaande hulpmiddel hieruit financieren.

Bij een veranderende hulpbehoefte of wanneer het hulpmiddel in kwestie vervangen moet worden, wordt de oudere de mogelijkheid geboden om naar de vaste werkwijze van de nieuwe financier over te gaan of om de huidige werkwijze door te zetten. In onderstaande afbeelding is dit schematisch weergegeven, de huidige situatie links, de voorgestelde rechts.



### Benodigheden en randvoorwaarden

Dit moet wettelijk gezien mogelijk zijn

- Dit vraagt van de ouderen in kwestie dat zij nu zelf inkopen en van de aanbieders dat zij aan individuen leveren.
- Mogelijk zijn hier bepaalde waarborgen voor de positie van de oudere nodig.
- Mogelijk is ook een beheerder van de middelen nodig, vergelijkbaar met de SVB bij reguliere PGB's.

### Partners en trekker

Belanghebbenden hierbij zijn de financiers (gemeenten en zorgkantoor) en mogelijk ook betrokken aanbieders van hulpmiddelen; de voorgestelde werkwijze moet ook compatibel zijn met hun werkwijze. Het zorgkantoor is de meest logische trekker.

### Stappenplan

- Betrekken partners
- Aftasten van (on)mogelijkheden
- Concrete invulling en verder doordenken van consequenties. Onderzoek doen hoe vaak dit probleem precies voorkomt en naar of de werkwijze eraan tegemoet komt.
- Zo nodig een business case opstellen die (ontwikkel)kosten afzet tegen effecten.
- Implementatie.

### Tijdspad

Eén jaar van start tot implementatie.

### Schaalniveau

Omdat cliëntvolgende financiering ook een stelselkwestie is, speelt deze oplossing op **landelijk** schaalniveau. Bovenregionaal kunnen gemeenten en zorgverzekeraars de urgentie signaleren om zo invloed uit te oefenen op een besluitvormingsproces.

## 7.5.2 Hulpmiddelen: inkoop verbeteren

Een tweede mogelijke oplossing is om in contracten van leveranciers (aan gemeenten én aan Wlz) expliciet op te nemen dat hulpmiddelen overgenomen kunnen worden.

### Kern van de oplossing

In deze situatie wordt de mogelijkheid voor leveranciers om nieuwe hulpmiddelen te verstrekken, terwijl er nog oude hulpmiddelen beschikbaar zijn, in de contractering zoveel mogelijk beperkt. Dit kan inhouden dat ouderen die overgaan van Wmo naar Wlz (of vice versa) volgens bepalingen in de contractering hun hulpmiddelen *moeten* behouden. Hetzelfde kan gelden voor ouderen die verhuizen.

Een stap verder is dat ouderen ook tweedehandse hulpmiddelen gebruiken, mits die in goede staat zijn en niet zo specifiek op maat gemaakt dat hergebruik onmogelijk is.

### Benodigheden en randvoorwaarden

- Het moet juridisch mogelijk zijn
- Er moet draagvlak zijn om hulpmiddelen te hergebruiken, ook bij ouderen en hun verwijzers
- Gemeenten en zorgkantoren, maar ook gemeenten onderling, moeten goed afstemmen welke bepalingen ze in de contractering laten opnemen.

### Trekker en partners

Zowel gemeenten als zorgkantoren sluiten contracten af met leveranciers van hulpmiddelen. Het zorgkantoor ligt meer voor de hand als initiatiefnemer omdat deze mogelijk meer geconcentreerde kennis heeft dan een individuele gemeente. De leveranciers moeten als partners in het proces betrokken worden.

### Stappenplan

- Gemeente en zorgkantoor stemmen samen af dat ze de contractering willen gebruiken om overname van hulpmiddelen expliciet mogelijk te maken.
- Beide partijen melden dit aan de relevante leveranciers in hun gebied en vragen om hun reactie.
- Gemeente en zorgaanbieder stemmen af welke exacte juridische bepalingen ze in de contracten willen opnemen; zodanig dat deze bepalingen op elkaar aansluiten.
- In de contractonderhandelingen laten zowel het zorgkantoor als de gemeente een bepaling opnemen die het overnemen van hulpmiddelen expliciet mogelijk maakt.

### Tijdspad

Het aanscherpen van contractvoorwaarden vraagt meestal één cyclus van een jaar. Twee cycli is ook mogelijk; dat geeft meer tijd om samen met de leveranciers als partners naar nieuwe contractering te werken. Daarna zijn er mogelijk nog cycli nodig om het nieuwe proces zowel in de praktijk als in de contracten incrementeel verder te verbeteren.

### Schaalniveau

Dit betreft generieke aanpassingen in beleid of inkoop, die door zorgkantoren en (samenwerkende) gemeenten overeen gekomen moeten worden op **regionaal** niveau. De



mate waarin deze afspraken regio-specifiek moeten zijn (omwille van regionale eigenheid), is echter beperkt. Dit vraagt **bovenregionale** afstemming over welke afspraken nodig zijn.

## 7.6 Overgang naar WLZ

Wanneer ouderen van de Wmo en/of de Zvw overgaan naar de Wlz, is dat niet alleen een kwestie voor de ouderen en hun nieuwe zorgfinancier. Ook derde partijen, zoals cliënt-begeleiders en huisartsen, kunnen hier een belangrijke rol in spelen. Dit vraagt meer kennis van deze partijen; maar als dat lukt, geeft de overgang de ouderen zelf veel minder stress.

### Kern van de oplossing

De kern van de oplossing is dat derde partijen een grotere rol nemen bij de aanvraag van een Wlz-indicatie en ouderen daarbij begeleiden. Daarbij wordt de cliëntbegeleider het meest genoemd. Dit vraagt een onafhankelijkheid van de cliëntbegeleider, want er mag in hun keten geen financiële prikkel bestaan om ouderen een bepaalde richting in te adviseren. Cliëntbegeleiding moet dan gezamenlijk vanuit de drie wetten worden ingekocht.

Een nevenspoor bij deze oplossing is het vergroten van kennis van andere partijen. Daarbij valt vooral te denken aan huisartsen en mantelzorgers. Wanneer zij goed zijn voorgelicht over wat een overgang naar de Wlz betekent, kunnen ook zij ouderen daarbij terzijde staan. Het is echter niet hun rol om specialistische kennis over de Wlz te hebben; die rol kan het beste bij een (gemeenschappelijk ingekochte) begeleider liggen.

### Benodigheden en randvoorwaarden

- Denken vanuit de klant en vanuit alle invalshoeken van zorg; dus zowel door gemeenten, zorgverzekeraars als zorgkantoren.
- Eén beleidskader voor de inkoop van cliëntondersteuning, over wetten heen.
- Actieve betrokkenheid van het CIZ. Betere overgang naar de Wlz heeft overigens ook voordelen voor CIZ omdat het de administratielasten door foutieve aanmeldingen kan reduceren.
- Juridische ondersteuning waar mogelijk door het ministerie van VWS.
- Een goed georganiseerde voorlichtingscampagne die ook huisartsen, een moeilijk te bereiken doelgroep, verder kan informeren.

### Trekker en partners

Gemeenten (al dan niet op regionaal niveau) zijn een geschikte trekker voor deze oplossing, als zij nauw samenwerken met zorgverzekeraars. Verder moet hier worden samengewerkt met partijen aan de kant van de Wlz, namelijk zorgkantoren en het CIZ. Andere partijen zijn dan partners:

- Leveranciers cliëntondersteuning
- Aanbieders Wlz-zorg
- Welzijnsorganisaties
- Ouderen en hun mantelzorgers
- Huisartsen.

### Stappenplan

- Gemeenten en zorgverzekeraars stellen voor om een gemeenschappelijk kader voor inkoop van onafhankelijke cliëntondersteuning op te zetten.
- Samen met CIZ werken deze drie partijen uit hoe dit kader eruit zou kunnen zien en stemmen de juridische kant af met het ministerie van VWS.
- Er wordt een nieuwe taak- en functiebeschrijving voor de onafhankelijk cliëntbegeleiders opgesteld

- De herverdeling van financiering wordt afgesproken. Daarin is ook ruimte voor voorlichting aan andere partijen als huisartsen en mantelzorgers.
- Er worden praktijkproeven gestart met onafhankelijke cliëntondersteuning en hun effect op de ervaren overgang naar de Wlz bij ouderen wordt gemeten.
- Tegelijk wordt de voorlichting aan andere groepen uitgevoerd met het oog op meer kennis over de Wlz-overgang.

### Tijdspad

Beide kanten van de oplossing zijn een zaak van de lange adem. Kennis vergroten onder huisartsen vraagt tijd en het opzetten van nieuwe cliëntondersteuning is een vraagstuk tegen het stelselniveau aan. De betrokkenen verwachten dat dit circa 3 jaar kost: één jaar voor afstemming met VWS, dan twee jaar praktijkproeven. Daarna zou er gezamenlijke inkoop kunnen plaatsvinden. Dat lijkt ver weg, maar in 2021 kan de oplossing volledig geïmplementeerd zijn.

### Schaalniveau

Het CIZ kent weliswaar een regionale indeling, maar deze komt niet overeen met de indeling van HLZ-regio's waar de Werkagenda op gebaseerd is. Als inkoop van cliëntondersteuning over de drie domeinen afgestemd wordt of zelfs plaatsvindt, is dit automatisch een **bovenregionale** aangelegenheid. Ook wanneer het alleen afstemming over twee domeinen (Wmo en Wlz) betreft, zit er nog meerwaarde in bovenregionale afstemming of mogelijk opschalen van regionale succesverhalen.

## 7.7 Wijkverpleging: oplossingen binnen Zvw

Zoals beschreven in paragraaf 6.1.1 spelen de knelpunten rond wijkverpleging binnen één wet: de Zvw. Daarom zijn oplossingsrichtingen voor dit knelpunten niet uitgewerkt. *Effectief ontschotten* richt zich in eerste instantie op oplossingen over verschillende wetten heen.

## 8 Conclusies

In dit slothoofdstuk maken we de balans op.

### 8.1 Zorg en ondersteuning voor ouderen

Zorg en ondersteuning zijn over drie wetten georganiseerd; Wmo, Zvw en Wlz. Elke wet heeft eigen doelstellingen en een eigen manier van organiseren.

Veel van de ouderen die we hebben gesproken, maken gebruik van meer dan één wet. Ofwel gelijktijdig (zorg vanuit de Zvw, ondersteuning vanuit de Wmo), hetzij volgtijdig (nu Wlz, eerder Zvw/Wmo). Er is dus een bepaalde dynamiek tussen de wetten, een dynamiek die invloed heeft op het leven van ouderen.

Ouderen zelf speelden een grote rol in dit project. Hun perspectief (het leefwereldperspectief) was van grote waarde om knelpunten te achterhalen, aan te scherpen en te wegen. Het viel op dat wettelijk of beleidsmatig logisch was, voor ouderen vaak niet begrijpelijk was: leef- en systeemwereld liggen soms nog te ver van elkaar. De positie van ouderen kan volgens ons nog versterkt worden, met positieve effecten voor de ouderen tot gevolg.

Het veelvuldige samenspel tussen zorg en ondersteuning maakt ook dat het van waarde is om de knelpunten die zich voordoen (zie de paragraaf hieronder), op te lossen.

### 8.2 Knelpunten in de ouderenzorg

Dit project identificeerde knelpunten in de zorg en ondersteuning voor ouderen *op het snijvlak* van de drie wetten. De meest prominente knelpunten zijn in te delen in zes groepen:

1. Knelpunten rond **toegang, afstemming en regie in de eerste lijn**
2. Knelpunten rond **maaltijdvoorzieningen**
3. Knelpunten rond **eerstelijns verblijf, geriatrische revalidatiezorg en respijtzorg**
4. Knelpunten rond **hulpmiddelen**
5. Knelpunten rond de **overgang naar de Wlz**
6. Knelpunten rond de **taakinvulling binnen de wijkverpleging**.

Deze knelpunten staan in paragraaf 6.2 in meer detail beschreven.

#### **Duiding van de knelpunten**

In paragraaf 6.1.2 introduceerden we een indeling voor het type knelpunten. In tabel hebben we de knelpunten in deze indeling weergegeven.

	En-en	Of-of
<b>Gelijktijdig</b>	<b>Maatwerk</b> 1. Toegang, afstemming, regie in 1 <sup>e</sup> lijn 6. Invulling van de wijkverpleegkunde	<b>Substitutie</b> 2. Maaltijdvoorziening 3. Inzet van ELV, GRZ of respijtzorg
<b>Volgtijdig</b>	<b>Continuïteit</b> 4. Hulpmiddelen 5. Overgang naar de Wlz	<b>Preventie</b> —

Het valt op dat alle knelpunten over drie van deze vier verdeeld zijn: er zijn geen grote vraagstukken aan het licht gekomen op gebied van preventie (waar door inzet van lichte ondersteuning nu, inzet van zware ondersteuning in de toekomst voorkomen wordt).

Het is goed voorstelbaar dat preventievraagstukken minder snel als knelpunt worden gezien. Dat omdat de effecten van de ander drie typen vraagstukken zich explicieter manifesteren: zij doen zich in het hier en nu voor. Van preventievraagstukken is de oorzaak-gevolgrelatie vaak minder direct en zij strekken zich verder uit over de tijd. Preventievraagstukken hebben echter wel grote impact: oplossen ervan voorkomt mogelijk veel zware zorg in de toekomst.

Een rode draad van deze knelpunten is dat ze allemaal zogenoemde *wicked problems* vormen: situaties die zo afhangen van de lokale context en het moment en die door betrokkenen zo verschillend worden gekenschetst, dat er geen definitieve oplossing bestaat en dat wat als goede of beste oplossing gezien wordt, ook per situatie, tijdstip en perspectief kan verschillen. Dat maakt het des te begrijpelijker dat dit de belangrijkste knelpunten zijn: zij verzetten zich het meest tot het vinden van een bevredigende oplossing.

### Opmaken van de balans

Dát er zich knelpunten voordoen op het snijvlak van de verschillende wetten, ligt voor de hand. De sturingsmogelijkheden van financiers en opdrachtgevers zijn namelijk beperkt voor dergelijke situaties. Dit komt omdat een deel van het probleem zich buiten hun bereik afspeelt. Omdat knelpunten vaak contextafhankelijk zijn, vragen ze maatwerk om op te lossen.

Elke verdeling over verschillende wetten leidt hoogstwaarschijnlijk tot knelpunten op het snijvlak van die wetten. Verschuiving van zorg naar een andere wet kan dus knelpunten oplossen maar zal ook nieuwe knelpunten veroorzaken. Het is slechts de vraag of een verschuiving tot minder (problematische) knelpunten leidt.

Dit onderzoek heeft geen grote aanleiding tot verschuivingen geïdentificeerd. Hooguit is de vraag of persoonlijke verzorging niet dusdanig vaak samenvalt met hulp bij huishouden en zo weinig medisch van aard is, dat (gedeeltelijke) financiering uit de Wmo op zijn plaats zou zijn.

Alles overziend, wat zeggen de voornoemde knelpunten over hoe het samenspel van zorg en ondersteuning voor ouderen functioneert? We zullen de laatste zijn om te stellen dat alles optimaal verloopt. Er is zeker ook sprake van schrijnende situaties bij ouderen. Ook in het project zijn we die tegengekomen. Tegelijkertijd kunnen we ons niet aan de indruk onttrekken dat, als bovengenoemde knelpunten inderdaad de grootste zijn, het *samenspel* van de drie wetten over het algemeen goed functioneert.

De overgang van Wmo naar Wlz vraagt desondanks wel blijvende aandacht. Het is een moeilijke balans tussen ouderen die dat kunnen en willen zo lang mogelijk thuis kunnen laten

wonen, maar niet met de overgang wachten tot het eigenlijk te laat is. De ouderen die we in het project hebben gesproken, wilden toegang tot de Wlz veelal zo lang mogelijk uitstellen vanwege hun beeld van de Wlz. Of dit nu met de werkelijkheid overeenkomt, of beeldvorming is, de grote (veronderstelde) impact van de overgang verdient aandacht.

Bij professionals uit de toegang lijkt het dat soms een vreemde interpretatie van de Wlz als 'voorzorg' gehanteerd wordt. De Wmo geeft aan dat als iemand al een Wlz-indicatie heeft, de gemeente een aanvraag voor Wmo-ondersteuning mag weigeren. Sommige professionals lijken echter van mening dat als iemand voor de Wlz in aanmerking kan komen, dit ook de benodigde oplossing is.

## 8.3 Oplossingen

### Oplossingsrichtingen

Knelpunten roepen om oplossingen. Met behulp van experts uit het veld is een aantal oplossingsrichtingen geïdentificeerd. We hebben hier vervolgens de meest kansrijke ervan geselecteerd en verder uitgewerkt. Het resultaat daarvan staat in hoofdstuk 7. Voor elk van de groepen knelpunten hebben we tenminste één oplossing geformuleerd die wat ons betreft *effectief, haalbaar en proportioneel* is.<sup>15</sup>

De verschillende oplossingsrichtingen hebben elk een meest geschikt schaalniveau.

Knelpunt	Oplossing	Schaalniveau
1. Toegang en regie 1 <sup>e</sup> lijn	Toegang gezamenlijk organiseren	Lokaal + regionaal (+ bovenregionaal)
	Afspraken over regievoering maken	Lokaal + bovenregionaal
2. Maaltijdvoorzieningen	Hulp bij huishouden in kleine tijdseenheden	Lokaal (+ bovenregionaal)
	Maaltijden via de wijkverpleegkundige	Lokaal (+ bovenregionaal)
	Maaltijden via een collectieve voorziening	Lokaal (+ bovenregionaal)
3. ELV, GRZ en respijtzorg	Werkproces ELV / respijtzorg verbeteren	Lokaal + bovenregionaal
4. Hulpmiddelen	Financiering cliëntvolgend maken	Landelijk
	Inkoop van hulpmiddelen verbeteren	Regionaal + bovenregionaal
5. Overgang naar de Wlz	Rol derden versterken & kennis vergroten	Bovenregionaal
6. Wijkverpleging	n.v.t.	n.v.t.

Daarbij vallen twee punten op. Ten eerste is het bij knelpunten soms aanlokkelijk om voor oplossingen naar het Rijk te kijken en stelselveranderingen te willen. Dit miskent echter de aard van de knelpunten: ongetwijfeld zijn er op stelselniveau nog verbeteringen denkbaar, maar juist omdat de knelpunten zo contextafhankelijk zijn (*wicked problems*, zie vorige paragraaf), vragen ze veelal maatwerkoplossingen op kleiner schaalniveau.

<sup>15</sup> Uitzondering daarop zijn oplossingsrichtingen voor de knelpunten rond wijkverpleging. Omdat wijkverpleging binnen één wet speelt, zijn die oplossingsrichtingen buiten scope van *Effectief ontschotten*, dat juist over wetten heen kijkt.

Ten tweede is er voor vrijwel alle knelpunten een rol voor bovenregionale afstemming. De helft van de oplossingen speelt op dit schaalniveau en ook voor de andere helft kan er sterk worden geprofiteerd van bovenregionale kennisdeling en prioritering van pilots, om zo regionale of lokale initiatieven op te schalen.

### **Vervolgproces**

De waarde van dit project is niet alleen geweest dat het een thermometer in de zorg en ondersteuning aan ouderen gestoken heeft. Het heeft, naast een aantal knelpunten, ook geleid tot oplossingen daarop. Maar ten derde heeft het ook geleid tot een 'gemeenschap' van betrokkenen: de deelname van aanbieders en professionals was aanzienlijk, hun houding welwillend en hun inzet waardevol. Deze gemeenschap is klein en erg pril, maar kan een grote rol spelen bij het uitwerken, implementeren en bijsturen van oplossingen.

Het is nu aan betrokkenen om de opbrengsten van dit project te gebruiken om de zorg en ondersteuning voor ouderen daadwerkelijk beter te maken. Gezien het maatwerk karakter van de oplossingen kan dat voor een groot deel het best op lokaal niveau of in regionaal verband. Daar zouden financiers/opdrachtgevers en aanbieders oplossingen kunnen selecteren, uitwerken en toespitsen op de lokale context.

Bij bijna alle oplossingen is er in meer of mindere mate ook meerwaarde om dit (gedeeltelijk) op bovenregionaal niveau (de regio's van de Werkagenda) op te pakken: om van elkaar te leren over wat wanneer en waar werkt en waarom, lokale succesverhalen op grotere schaal te borgen of op te schalen of zijn de benodigde sturingsinstrumenten expliciet bovenregionaal van aard.

## Bijlage A: Betrokkenen

### I. Aanbieders

Regio	Organisatie	Regio	Organisatie
<b>Achterhoek</b>	Sensire	<b>Groningen</b>	Gemeente Stadskanaal
	Stichting Zorgcombinatie Marga Klompé		TSN-Thuiszorg
	T-zorg		Buurtzorg
<b>Gelderland Midden</b>	Driegasthuizengroep (2x)		Meander
	STMG (2x)		BCM
<b>Den Haag</b>	HWW		Familiehulp
	Xtra	<b>Twente</b>	Livio
	Parnassia		Carint
<b>Food Valley</b>	Icare		Asterzorg
	Opella		Zorgaccent

### II. Professionals

Regio	Functie
<b>Achterhoek</b>	Wijkverpleegkundige (Sensire, 3x)
	Adviseur Wonen, Zorg en Services (Marga Klompé)
	Specialist Ouderengeneeskunde (Azora)
	Zorgcoördinator (T-zorg)
<b>Gelderland Midden</b>	Wijkverpleegkundige (STMG)
	Huishoudelijke Hulp (STMG)
	Lid sociaal wijkteam (gemeente Arnhem, 2x)
<b>Den Haag</b>	Wijkverpleegkundig consulent (HWW)
	Wijkverpleegkundige / coördinator ketenzorg (Respect Zorggroep)
	Coördinator Wijkteam (Gemeente Den Haag)
<b>Food Valley</b>	Wijkverpleegkundige (Icare, 3x)
	Wmo-consulent (Gemeente Ede)
	Casemanager Dementie (Opella)
<b>Groningen</b>	Wmo-consulent (Gemeente Stadskanaal)
	Wmo-coördinator (Gemeente Stadskanaal)
	Wijkverpleegkundige (TSN-Thuiszorg)

	Wijkverpleegkundige (Buurtzorg)
	Locatiehoofd (BCM)
	Wijkverpleegkundige (BCM)
<b>Twente</b>	Zorgconsulent (Asterzorg)
	WMO-consulent (Gemeente Enschede, 3x)
	Zorgconsulent (Liberein)
	Wijkverpleegkundige (Zorgaccent)
	Cliëntadviseur (Zorgaccent)

### III. Inwoners en mantelzorgers

Regio	Plaats	Aantal
<b>Achterhoek</b>	Winterswijk	5
	Hengelo	1
	Doetinchem	1
	Ruurlo	1
<b>Gelderland Midden</b>	Arnhem	3
<b>Den Haag</b>	Den Haag	6
<b>Food Valley</b>	Ede	2
	Otterlo	1
<b>Groningen</b>	Stadskanaal	6
	Veendam	2
	Noordbroek	1
<b>Twente</b>	Enschede	2
	Almelo	5
	Borne	5
	Oldenzaal	1
<b>Totaal</b>		<b>42</b>

### IV. Projectgroepleden

Regio	Functie
<b>Achterhoek</b>	Gea Rauwerdink
	Dorien Pardijs
<b>Gelderland Midden</b>	Francis Wijgerse
<b>Den Haag</b>	Sophie van Helden
<b>Food Valley</b>	Bram Koppenaal
<b>Groningen</b>	Renée Broens
	Jitske Dalstra
<b>Twente</b>	Monica van der Veen



## Bijlage B: gespreksleidraden

### I. Gespreksleidraad aanbieders

*Dit interview focust zich op drie thema's waar het project Effectief Ontschotten ineffektieve zorg wil verhelpen: dubbelingen, zorg die niet op maat is, en afwenteling. De gesprekken zijn bedoeld als verkennende gesprekken, die later worden opgevolgd door (meer gedetailleerde) gesprekken met professionals en inwoners.*



#### Dubbelingen

Bij dubbelingen worden verschillende voorzieningen gelijktijdig ingezet, waar minder voorzieningen hetzelfde resultaat hadden gehad.

##### **Bijvoorbeeld:**

*Een inwoner krijgt revalidatiezorg die sterk inzet op zelfredzaamheid. De huishoudelijke hulp die hij ook tegelijkertijd echter krijgt, neemt alles van hem over.*

*Eerst een paar algemenere vragen naar de ervaringen van de aanbieder om te voorkomen dat we oorzaken over het hoofd zien.*

#### Algemene vragen

- Kent u voorbeelden van het optreden van dubbelingen?
- Zo ja, welke oorzaken hebben deze?
- In welke mate ziet u dubbelingen als belangrijke oorzaak voor ineffektieve zorg?
- Welke oplossingen ziet u om dubbelingen (en/of de oorzaken daarvan) weg te nemen?

#### Specifieke vragen over hypothesen (zie bijlage)

- Bevorderen de registratiewijzen van beide financieringsstelsels het ontstaan van dubbelingen?
- Wat vindt u van de huidige samenwerkingen tussen partijen op het gebied van het nemen van preventieve maatregelen?

*Vervolgens enkele specifieke vragen die bedoeld zijn om hypothesen die we hebben, te kunnen toetsen. Niet alle vragen zijn van toepassing bij alle aanbieders.*



#### Zorg op maat

Bij gebrek aan zorg op maat sluiten de verschillende voorzieningen (in onderlinge samenhang) niet voldoende aan bij de inwoner

##### **Bijvoorbeeld:**

*Een inwoner komt met fysieke en mentale klachten als gevolg van stress bij de huisarts. Deze verwijst hem door naar een psycholoog. De stress wordt echter veroorzaakt door financiële problemen, maar deze worden niet aangepakt.*

#### Algemene vragen

- Kent u voorbeelden voor het optreden van zorg die niet op maat is?
- Zo ja, welke oorzaken hebben deze?
- In welke mate ziet u gebrek aan maatwerk als oorzaak voor ineffektieve zorg?

- Welke oplossingen ziet u om zorg die niet op maat is (en/of de oorzaken daarvan) weg te voorkomen?

#### Specifieke vragen over hypothesen (zie bijlage)

- Ervaren jullie problemen met het plaatsen van ouderen op piekmomenten?
- Ervaren jullie soms een te grote diversiteit van aanbieders in een wijk om nauw samen te kunnen werken met andere aanbieders?



### Afwenteling

Bij afwenteling worden voorzieningen anders ingevuld dan eigenlijk bedoeld, vaak met gevolgen voor andere voorzieningen.

#### **Bijvoorbeeld:**

*Een inwoner krijgt wijkverpleging. Naast de taken die de wijkverpleger hoort te doen, pakt deze ook huishoudelijke taken op. Deze zouden door huishoudelijke hulp gedaan moeten worden, maar daarop kan de inwoner geen aanspraak maken.*

#### Algemene vragen

- Kent u voorbeelden van afwenteling?
- Welke oorzaken ziet u voor daarvoor?
- In welke mate ziet u afwenteling als belangrijke oorzaak voor ineffectieve zorg?
- Welke oplossingen ziet u om afwenteling (en/of de oorzaken daarvan) weg te nemen?

#### Specifieke vragen over hypothesen (zie bijlage)

- Is het voor u duidelijk welke taken wel en niet onder de module sociale infrastructuur (wijkverpleging) vallen? Loopt dit in de praktijk ook zo als bedoeld?
- Merkt u dat professionals zich vaker dan gewenst tot de Wmo melden omdat de doorlooptijden bij het CIZ te lang zijn?

## II. Gespreksleidraad professionals

N.B. *Schuingedrukte* tekst is bedoeld voor (achtergrond)informatie van de interviewer, normale tekst gaat over de inhoud van het interview zelf.

### Achtergrond Effectief Ontschotten

Het project *Effectief Ontschotten* heeft als doel om het samenspel van zorg en ondersteuning effectiever te laten verlopen, door drie oorzaken van ineffectiviteit aan te pakken:

1. **Dubbelingen:** verschillende voorzieningen worden onnodig gelijktijdig ingezet
2. **Onvoldoende op maat:** de verschillende voorzieningen sluiten (in onderlinge samenhang) niet voldoende aan bij de inwoner
3. **Afwenteling:** voorzieningen worden anders ingevuld dan bedoeld

Om deze oorzaken aan te kunnen pakken, moeten we precies weten wat nu de achterliggende knelpunten zijn: waarom doen zij zich voor?

### Start van gesprek en inleiding

*Neem voldoende de tijd om met elkaar kennis te maken. Introduceer het doel van het project en van het gesprek. Onderstreep dat dit gesprek niet op individuele cliënten ingaat, maar op de (plaatselijke) de zorg in het algemeen. De professional blijft indien gewenst anoniem: de resultaten worden zo gepresenteerd dat die niet terug te leiden is naar professionals. Doel van het gesprek is om de oorzaken van ineffectieve zorg in beeld te brengen.*

### A. Professional en lokale context

*Doel: een beeld krijgen van de lokale context waarin de professional opereert en de partijen waar de professional mee te maken heeft.*

1. Welke zorg/dienst levert u?
2. Welke zorg biedt de organisatie waarvoor u werkt nog meer?
3. Zijn er bijzondere omstandigheden in uw gebied die van invloed zijn op wat u doet en hoe u dat doet? (bijv. demografische, sociale factoren, of systeem van zorgverleners)

### B. Samenwerking

*Doel: inzicht krijgen in de manier waarop de samenwerking verloopt en de oorzaken daarvan.*

4. Met welke functies bij welke organisaties werkt u vaak samen?
5. Hoe zou u de kwaliteit van de samenwerking met elke van hen beschrijven? Waar loopt u daarin tegenaan?

### C. Dubbelingen

*Doel: inzicht krijgen de mate waarin er op dit moment ongewenste dubbelingen plaatsvinden en waarom deze plaatsvinden. Dubbelingen zijn voorzieningen die onnodig naast elkaar bestaan.*

*Bijvoorbeeld: Een inwoners krijgt een voorziening voor een scootmobiel, maar tegelijk vervoers-service om hem over korte afstanden te verplaatsen.*

### Algemene vragen

6. Ziet u in uw werk soms dubbelingen met andere voorzieningen / professionals? Zo ja, tussen welke doen deze zich voor?

7. Hoe vaak treden deze dubbelingen op?
8. Kunt u hier voorbeelden van geven uit uw eigen praktijk of die van anderen?
9. Welke oorzaken ziet u van elke van deze dubbelingen?
10. Wat zijn hun gevolgen?

#### Specifieke vragen over hypothesen

- a. Steekt u veel tijd in zorgmijders en ziet u dat anderen dat ook doen (al dan niet bij dezelfde mensen)?
- b. Zoekt u wel eens naar plaatsen in verpleeghuis en ziet u dat anderen datzelfde doen?

#### D. Onvoldoende op maat

*Doel: inzicht krijgen de mate waarin er op dit moment zorg plaatsvindt die onvoldoende op maat is, en inzicht krijgen in de oorzaken waarom dit gebeurt.*

*Bijvoorbeeld: Een inwoner komt met fysieke en mentale klachten als gevolg van stress bij de huisarts. Deze verwijst hem door naar een psycholoog. De stress wordt echter veroorzaakt door financiële problemen, maar deze worden niet aangepakt.*

#### Algemene vragen

11. Ziet u in uw werk soms dat voorzieningen onvoldoende aansluiten bij de behoefte van de oudere? Bij welke voorzieningen komt dit voor?
12. Hoe vaak treedt dat op?
13. Kunt u hier voorbeelden van geven uit uw eigen praktijk of die van anderen?
14. Welke oorzaken ziet u voor dat dat zorg die niet op maat gesneden is, tot stand komt?

#### Specifieke vragen over hypothesen

- c. Maakt u wel eens mee dat een oudere in een verpleeghuis geplaatst moet worden, maar deze lang moet wachten omdat er geen plaats is? Wat wordt dan als reden aangedragen?
- d. Wordt er tussen professionals (over domeinen heen) voldoende afgestemd over de zorg voor een cliënt/ouder? Zo nee, waartoe leidt dit en wat beperkt u daarin?
- e. In hoeverre spelen eventuele taalbarrières in de communicatie tussen u en de inwoner een rol bij het gebruik en de invulling van voorzieningen?
- f. Denkt u dat er vaker voorliggende / vrij toegankelijke voorzieningen (welzijn e.d.) ingezet zouden kunnen worden om dezelfde resultaten te behalen?

#### E. Afwenteling

*Doel: inzicht krijgen in hoeverre en waarom er afwenteling plaatsvindt.*

*Bijvoorbeeld: Een inwoner krijgt wijkverpleging. Naast de taken die de wijkverpleger hoort te doen, pakt deze ook huishoudelijke taken op. Deze zouden door huishoudelijke hulp gedaan moeten worden, maar daarom kan de inwoner geen aanspraak maken.*

#### Algemene vragen

15. Ziet u in uw werk soms dat voorzieningen in de praktijk anders worden ingevuld dan de bedoeling is? Bij welke voorzieningen komt afwenteling het meest voor?
16. Hoe vaak komt dit voor?
17. Kunt u hier voorbeelden van geven uit uw eigen praktijk of die van anderen?
18. Welke oorzaken ziet u voor het optreden van afwenteling?

#### Specifieke vragen over hypothesen

- g. Heeft u een scherp beeld van welke voorzieningen er voor mantelzorgers zijn? Kunt u hen altijd goed doorverwijzen als dat bij u van toepassing is?

- h. Komt het bij u vaak voor dat de inzet van eerstelijnsverblijf of crisiszorg voorkomen had kunnen worden door een meer proactieve inzet van ondersteuning in een eerder stadium? Zo ja, waarom denkt u dat dit niet van de grond is gekomen?
- i. Ervaart u weleens dat er een beroep op de Zvw gedaan wordt, omdat een indicatie voor de Wmo te lang op zich laat wachten?
- j. Merkt u dat ouderen zich voor sociale problemen in de eerste plaats bij de huisarts melden? Zo ja, komt dit omdat het wijkteam niet bekend is, of om andere redenen?

### III. Gespreksleidraad ouderen

N.B. *Schuingedrukte* tekst en de tekstblokken links in de marge zijn bedoeld voor (achtergrond)informatie van de interviewer, normale tekst gaat over de inhoud van het interview zelf.

#### Achtergrond Effectief Ontschotten en de rol van gesprekken met inwoners daarin

Het project Effectief Ontschotten heeft als doel om het samenspel van zorg en ondersteuning effectiever te laten verlopen, door drie oorzaken van ineffectiviteit aan te pakken:

1. **Dubbelingen:** verschillende voorzieningen worden gelijktijdig ingezet, maar werken tegen elkaar in
2. **Onvoldoende op maat:** de verschillende voorzieningen sluiten (in onderlinge samenhang) niet voldoende aan bij de inwoner
3. **Afwenteling:** voorzieningen worden anders ingevuld dan bedoeld

Om deze oorzaken aan te kunnen pakken, moeten we precies weten wat nu de achterliggende knelpunten zijn: waarom doen zij zich voor?

#### Start van gesprek en inleiding

*Neem voldoende de tijd om met elkaar kennis te maken. Ga dus niet meteen vragen op de persoon in kwestie afvuren, maar zorg dat er een bepaalde vertrouwelijkheid is. Daarmee loopt de rest van het gesprek ook makkelijker. Onderstreep ook dat zijzelf kiezen of ze iets wel of niet willen delen. Het is aan jezelf om aan te voelen of het juiste moment aangebroken is om met het 'echte' gesprek te starten.*

*Introduceer dan waarom je hier zit en wat het doel is van dit gesprek. Dit kan wantrouwen wegnemen, maar ook helpen om het gesprek verderop wat te sturen, door hiernaar te refereren. Onderstreep dat dit gesprek voor henzelf geen consequenties heeft: ze raken geen voorzieningen kwijt of wat dan ook. Bedenk overigens dat de oudere in kwestie desondanks weinig gevoel zal hebben bij wat jij wilt weten, dus je zult het gesprek echt moeten sturen.*

#### A. Netwerk

*Doel: een beeld krijgen van wie er belangrijk is in het leven van de persoon in kwestie en of er mantelzorg aanwezig is.*

1. Heeft u een partner en/of kinderen? Wonen die laatste in de buurt?
2. Heeft u andere familie of vrienden die in de buurt wonen?
3. Zijn er mensen die u wel eens helpen met dingen (schoonmaken, boodschappen doen, wegbrengen ergens heen, gezelschap houden, uw administratie doen, etc.)? Wie zijn dat?

#### B. Aanwezige zorg en ondersteuning

*Doel: inzicht krijgen in wat voor zorg / ondersteuning de oudere op het moment krijgt en de afgelopen maanden kreeg en hoe deze werd/wordt ingevuld.*

4. Welke hulp en ondersteuning krijgt u of heeft u de afgelopen tijd gehad, anders dan door naasten (familie, vrienden, burenen)?

Algemene vragen (voor élk van de voorzieningen of plaatsen)

5. Waar helpt hij of zij u bij (in geval van een voorziening) of waarom gaat u daarheen (bij een plaats)?
6. Wat doet de hulpverlener precies (in geval van voorziening)? / Wat doet u daar (in geval van plaats) precies?
7. Welke rol heeft uzelf daarbij? Kunt u zelf aangeven wat fijn is en wat niet, wat werkt en wat niet? (Alleen in geval van voorzieningen)
8. Helpt het bij wat u nodig heeft?

Specifieke vragen voor het toetsen van hypothesen (alleen mits van toepassing)

- a. Hoe verloopt het contact met deze persoon?
- b. Bent u bekend met het wijkteam? In welke gevallen zou u naar hen gaan, in plaats van naar de huisarts?
- c. Bent u of is uw partner mantelzorg? Is u wel eens verteld wat er aan mogelijkheden zijn om juist de mantelzorg te ondersteunen?
- d. Heeft u of uw partner zorg vanuit de Wet langdurige zorg en zo ja, wat betekent dat voor de ander?

Vragen over het samenspel van voorzieningen

9. Sluit de hulp die u vanuit verschillende hulpverleners krijgt, aan op elkaar? Zo nee, waarom niet?
10. Weet u of er afstemming is tussen de betrokken personen / instanties / van verschillende voorzieningen?

### **C. Totstandkoming voorzieningen**

*Doel: knelpunten identificeren in de toegang en zicht krijgen over of het samenspel van voorzieningen op maat is.*

#### **Algemene vragen**

11. Hebt u zelf aangegeven dat u bepaalde ondersteuning wilde en waarvoor? Bij wie?
12. Hebt u zelf aangegeven dat u deze voorziening wilde, of bent u zelf naar deze plaats gegaan?
13. Wie heeft u gesproken voordat de voorziening ingezet kon worden?
14. Heeft u een plan of doelen geformuleerd over wat de voorzieningen beogen en doen? Zo ja, hoe is dit tot stand gekomen, had u daar een rol in? Kijkt u daar nog wel eens naar (met de betrokkenen)?
15. Zo nee, bent u betrokken geweest bij de keus voor het type voorziening dat ingezet zou worden, of welke professionals in het bijzonder ingezet zou kunnen worden of welke plaats u kon bezoeken?

#### **Specifieke vragen voor het toetsen van hypothesen (alleen als van toepassing)**

- e. Heeft u vaker dezelfde informatie moeten geven aan verschillende professionals bij het begin van een voorziening / om een voorziening te kunnen krijgen?

### **D. Wensen en behoeften**

*Doel: inzicht krijgen in waar iemand hulp bij nodig heeft.*

#### **Algemene vragen**

16. Wat betekent het voor u om zorgeloos te leven? Welke wens heeft u daarin?
17. Wat betekenen de voorzieningen voor u? Wat maken ze mogelijk of onmogelijk / aan elke beperkingen die u heeft, komen zij tegemoet?
18. Als u iets zou mogen veranderen aan welke voorzieningen u krijgt, of hoe deze ingevuld worden of zich tot elkaar verhouden, wat zou dat dan zijn.

## Bijlage C: volledige lijst knelpunten

### I. Knelpunten binnen één wet

#### A. Toegang

Bevinding	(Hypothese over) oorzaak	Toelichting
Soms brengen zowel huisartsen als wvp's kwetsbare ouderen in beeld.	Gebrek aan afstemming tussen de professionals	Zowel huisartsen als ouderen stellen overzichten op van kwetsbare ouderen in hun gebied (voor preventie doeleinden). Dat kan leiden tot dubbel werk.
Overlap gesprekken Wmo-consulent en ergotherapeut	Verschillend belang (zorg vs financieel)	Ergotherapeut heeft een zorgbelang, als financier van hulpmiddelen heeft gemeente/zorgkantoor daarnaast ook een financieel belang. Zij zullen eerder kijken naar een geschikt alternatief i.p.v. het best passende duurdere hulpmiddel).
Onvoldoende maatwerk bij ouderen door te weinig afstemming tussen professionals	Wmo-consulent neemt geen input van ergotherapeut mee, terwijl deze oudere beter kent	Ouderen die de problemen zwaarder aanzetten ouderen die geneigd zijn om zich beter voor te doen dan ze in realiteit zijn. Wmo-consulent kan hier o.b.v. kort contact niet altijd doorheen prikken.
Hulp wordt soms gebaseerd op een onvolledig beeld van de oudere.	Huisarts krijgt slechts een momentopname mee en maakt onvoldoende gebruik van de inbreng van wijkverpleegkundigen.	De onafhankelijkheid van de huisarts om met expertise mee te bewegen, kan nog groeien. Ook onder druk van familie en omgeving. Ze kunnen daarbij ook baat hebben met een beter contact"
Wantrouwen door dubbele toets op indicaties.	Gebrek aan communicatie over juiste proces van indicatieverstrekking.	Door gemeente wordt soms sociaal teamwerker ingezet om de indicatie van de wijkverpleegkundige opnieuw te toetsen, zonder dat die dat weet. Dit werkt wantrouwen in de hand.

#### B. Casemanagement

Bevinding	(Hypothese over) oorzaak	Toelichting
Zowel eerstelijns als tweedelijns professionals steken veel tijd in zorgmijders.	Sociale kaart is niet bekend, waardoor niet altijd de meest geschikte professional bezig is met deze vraag.	HA's wvp's en wijkteams steken veel tijd in ouderen met zorgmijdend gedrag (vaak met dementie). Specialisten en trajectbegeleiders dementie hebben hier meer expertise.



Zowel cliënt-adviseurs als wvp's zoeken naar plek in verpleeghuizen.	Mogelijke oorzaak is gebrek aan regie over professionals van verschillende organisaties en financiers.	Cliëntadviseurs moeten tijdelijk verblijf regelen, maar wanneer dit tijd kost, bellen wijkverpleegkundigen, praktijken of familie vaak zelf alvast rond. Dit is dubbel werk en kost tijd.
Dubbele boodschappen naar oudere waardoor verkeerd verwachtingspatroon ontstaat.	Geen afstemming tussen gemaakte beloftes ziekenhuis/huisarts en verantwoordelijke wijkverpleegkundige.	Vanuit ziekenhuis of huisarts worden vaak beloftes gemaakt naar oudere over de te ontvangen zorg. De wijkverpleegkundige indexeert de zorgbehoefte en schat die behoefte soms anders in dan beloofd. Zo ontstaat een dubbele boodschap.

### C. Hulpmiddelen en overig

Bevinding	(Hypothese over) oorzaak	Toelichting
Inmeting en uitlevering hulpmiddelen wordt opnieuw gedaan bij verhuizing	Gebrek aan samenwerking tussen gemeenten bij WMO-zorg	Voorzieningen die geleverd worden vanuit de gemeente worden niet afgestemd wanneer cliënt verhuist. Voorbeeld: een rolstoel op maat die ingenomen werd door gemeente vervangen door de nieuwe gemeente.
Oudere wordt bij een andere aanbieder dan gewenst geplaatst, een aantal dagen later of buiten de regio.	Er is een gebrek aan plaatsen in verpleeghuizen om piekmomenten op te vangen	Als er piekmomenten niet direct een plek voor een tijdelijke opname beschikbaar is, wordt de oudere wordt dan bij een andere aanbieder, een aantal dagen later of buiten de regio geplaatst.
Goed gebruik maken van de eigen kracht van cliënten vraagt nog een cultuurverandering	Professionals zijn nog niet helemaal bekend en gewend aan een nieuwe visie op verzorging van cliënten	Voorheen werkten wijkverpleegkundigen en verzorgden echt vanuit het principe van verzorgen (alles overnemen). Het vraagt een cultuuromslag om meer kijken wat er naar de cliënt zelf kan
Preventie is onvoldoende geschikt voor mensen bij verschillende achtergronden	Mogelijk maken cultuurverschillen tussen hulpverlener en professional preventie nog moeilijker	Veel mensen bewegen bijvoorbeeld te weinig, en het is lastig voor professionals om hen te 'kantelen'. Bovendien komen ze cultuurverschillen tegen, die maken preventie nog moeilijker.
Oudere kiest Wlz-ZZP zonder behandeling, terwijl dit wel nodig is.	Mag bij behandeling niet de eigen huisarts houden.	Oudere krijgt bij Wlz verpleegarts i.p.v. huisarts.
Te weinig autonomie voor professionals beperkt maatwerk mogelijkheden	Zorgorganisaties geven (mogelijk vanuit regedruk?) professionals te weinig autonomie.	Juist op grensvlakken van zorg is enige mate van autonomie nodig om slimme zorg op maat te bieden. Die autonomie krijgen professionals soms onvoldoende.
Groepsactiviteiten zijn niet altijd de gewenste oplossing tegen eenzaamheid.	Sommige ouderen hebben meer behoefte aan één-op-één contact dan aan groepsactiviteiten	Bij eenzaamheid wordt er vaak gedacht aan dagbesteding. In de praktijk zijn er ouderen die geen behoefte hebben aan groepsgerichte activiteiten. Zij zouden meer geholpen zijn met individuele begeleiding.

Collectieve voorzieningen zijn afhankelijk van de bereikbaarheid van de locaties	Sommige groepsactiviteiten zijn voor ouderen moeilijk bereikbaar en daarmee ongeschikt.	Bijvoorbeeld: Er is een collectieve voorziening om maaltijden aan te bieden. Echter, ouderen moeten daar vaak naartoe met een regiotali. Die heeft echter aanrijtijden van plus of min een halfuur. Dat is te grof om op tijd bij de maaltijd te zijn.
Ondersteuning mantelzorgers vanuit de Wmo levert nog onvoldoende resultaten op	Onvoldoende bekendheid met aanbod van ondersteuningsvoorzieningen voor mantelzorgers	Ondersteuning mantelzorg vanuit WMO (om de mantelzorg langer te kunnen bieden en zo duurdere zorginzet te voorkomen) komt onvoldoende uit de verf, mogelijk omdat professionals niet goed bekend zijn met het aanbod.
Niet-westerse inwoners gebruiken relatief weinig dagbesteding t.o.v. huishoudelijke hulp en wijkverpleging.	Mogelijk speelt de taalbarrière tussen de inwoners en de verleners van dagbesteding een rol.	Het kan zijn dat het aanbod aan dagbesteding is niet passend is voor inwoners met een niet-westerse achtergrond en/of dat de drempel te hoog is voor hen om gebruik te maken van deze voorzieningen.
Onnodig veel ziekenhuisopnamen bij ouderen	Cliënten van palliatieve zorg worden (onder druk van familie) opgenomen in het ziekenhuis terwijl dat niet altijd nog zinvol is.	(Vervangende) huisarts die zich onder druk van familie (u moet toch iets doen!) een ziekenhuisopname in gang zet.
Onnodig veel ziekenhuisopnamen bij ouderen	Gebrek aan begeleiding na ziekenhuisopname zorgt voor onjuist gebruik medicatie wat leidt tot nieuwe ziekenhuisopname.	Wanneer cliënten na ziekenhuisopname terug naar huis gaan is er niet standaard hulp voor gebruik medicatie. Door onjuist gebruik moeten zij geregeld opnieuw worden opgenomen. Er is nog geen preventieve zorgverlener die zorgtaak opneemt.

## II. Knelpunten tussen Wmo en Zvw

### A. Wijkverpleging

Bevinding	(Hypothese over) oorzaak	Toelichting
Verschillende professionals laten de ondersteuning bij maaltijden aan elkaar over.	Er zijn te veel schotten in de financiering van maaltijdzorg en andere vormen van zorg en ondersteuning.	PV wordt niet gefinancierd om ook maaltijden te ondersteunen. Er moet dan een extra professional ondersteunen bij maaltijden. Wijkverpleegkundige pakt dit soort taken soms op in combinatie met ander werk.
Er is een groot risico op verkeerde invullingen tussen wijkverpleegkundigen en andere zorg.	Wijkverpleegkundigen vinden het lastig om vast te stellen of hulpvraag samenhangt met medische noodzaak.	Wijkverpleegkundigen komen vaak bij inwoners die andere zorg (HbH, maaltijdzorg, chronische GGZ) nodig hebben, maar dat nog niet altijd krijgen. De meest geschikte oplossing is niet dat de Wvp dit zelf oppakt.
Huishoudelijke hulp in het hospice wordt verkeerd ingevuld	Mogelijke onbekendheid rond palliatieve zorg	Wanneer palliatieve cliënten in een hospice HbH ontvangen, zou die uit Wmo bekostigd moeten worden maar dat gebeurt niet altijd

### B. ELV

Bevinding	(Hypothese over) oorzaak	Toelichting
Onnodig groot beroep op ELV en/of crisiszorg.	Gevolg van reactieve i.p.v. proactieve zorg. Mogelijk onbekendheid bij huisartsen en een groter gemak bij ELV.	Een proactieve invulling van ouderenzorg helpt crisis- en ELV-zorg te beperken. Bijvoorbeeld door aanvulling van zorg en ondersteuning thuis, vaststellen van een diagnose of aanvraag van Wlz-indicatie.
Onnodig lang inzetten van ELV	Gemeente kan woonvoorzieningen volgens de Wmo niet snel genoeg realiseren.	Inwoners ontvangen onnodig lang een ELV voorziening wanneer hun woning moet worden aangepast, omdat de gemeente de aanpassing niet snel genoeg kan doorvoeren.
Verkeerd inzetten van Respijtzorg (Wmo) of ELV (Zvw)	Voor professionals is het onderscheid tussen vormen verblijf niet duidelijk; perverse prikkels voor inwoners.	Zo is bijvoorbeeld onduidelijk of Wmo-respijtzorg aan de orde is als mantelzorg onverwacht wegvalt, of alleen ter voorkoming van overbelasting van mantelzorgers.
Onnodig groot beroep op ELV	Inwoners melden zich bij huisarts i.p.v. wijkteam.	De huisarts krijgt veel vragen van familie en overbelaste mantelzorgers. Respijtzorg moet via de gemeente. Huisarts kan daarentegen zelf doorverwijzen naar ELV.
Onbekendheid met respijtzorg	Wijkverpleegkundigen zijn onvoldoende bekend met wmo-respijtzorg	Er wordt door Wvp's (maar ook thuiszorgprofessionals) onvoldoende doorverwezen naar respijtzorg in de Wmo

### C. Toegang

Bevinding	(Hypothese over) oorzaak	Toelichting
Dubbelingen in screening door Wvp en Wmo-consulent.	Voor indicaties van de zorg- en ondersteuningsbehoefte komen meerdere professionals over de vloer.	Ouderen hebben een zorgbehoefte over wetten heen maar krijgen dan meerdere professionals over de vloer. Onbekend is in hoeverre dit als problematisch wordt ervaren.

Verstrekking Wmo-indicatie duurt te lang en is te onzeker. Dit leidt tot meer Zvw	Mogelijk is de regelgeving te complex voor gemeenten om snel uit te voeren en voor inwoners om te voorzien.	De aanvraagprocedures voor voorzieningen duren lang en de uitkomsten zijn onzeker. Daarom worden voorzieningen soms niet aangevraagd terwijl er wel een behoefte is.
Ouderen gaan met sociaal maatschappelijke problemen naar de huisarts.	Wijkteam onbekend of huisarts wordt gezien als vaste aanspreekpunt voor alle zorgen	Dit kan zijn omdat het wijkteam nog onvoldoende bekend is bij ouderen, maar het kan ook gewenning zijn – ouderen gaan vaak al jaren naar de huisarts en sommigen zien dit ook als 'activiteit'/sociaal contact.
Onnodig veel ziekenhuisopnamen bij ouderen	Te zware indicaties op de SEH, omdat alternatieven voor ziekenhuisopname niet bekend zijn.	Op de SEH beperkt triage zich tot de keuze 'wel of niet het ziekenhuis in?', niet op mogelijkheden buiten het ziekenhuis. Dit leidt o.a. tot onnodige ziekenhuisopnames voor ouderen met een sociale indicatie.

#### D. Casemanagement & regie

Bevinding	(Hypothese over) oorzaak	Toelichting
Er zijn veel dubbelingen in het casemanagement voor ouderen met dementie	Dementie wordt laat herkend. Er zijn belemmeringen in overdracht ouderen-consultant en casemanager	Ouderen met beginnende dementie hebben verschillende vormen van zorg (Zvw, Wlz, Wmo) nodig, waardoor er soms meerdere casemanagers naast elkaar zijn. Dit is ineffectief en inefficiënt.
Medicatie én zintuigelijke ondersteuning geeft onnodig veel professionals	Mogelijke oorzaak is gebrek aan regie over professionals van verschillende organisaties en financiers.	Hulp bij visuele beperkingen valt onder de Wmo, maar wijkverpleegkundigen worden gefinancierd vanuit de Zvw. Dit kan leiden tot dubbel werk bij de controle op medicatie.
Gemeenten en zorgverzekeraars hebben beide hun eigen preventiebeleid.	Mogelijke oorzaak is gebrek aan regie over professionals van verschillende organisaties en financiers.	Gemeente en zorgverzekeraar kunnen apart preventieve maatregelen nemen, maar kunnen ook onderzoeken waar gezamenlijke preventie mogelijk is ten behoeve van een aansluitend aanbod.
Onvoldoende samenwerking in de eerste lijn resulteert in gebrek in op maat gesneden zorg	Gebrek aan een vertrouwensband tussen professional en oudere.	Samenwerking bevordert de vroegsignalering in de eerste lijn. Zorgverleners krijgen daardoor tijd om een vertrouwensband op te bouwen met de oudere.
Onvoldoende samenwerking in de eerste lijn resulteert in gebrek in op maat gesneden zorg	Te veel versnippering doordat wijkteam wijkgeoriënteerd is, terwijl patiënten huisarts meer verspreid wonen.	Ouderen krijgen onvoldoende op maat gesneden zorg omdat professionals niet goed samen werken. De samenwerking wordt bemoeilijkt omdat werkgebieden van professionals niet samenvallen.
Onvoldoende maatwerk bij ouderen door te weinig afstemming tussen professionals	Geen (uitvoering van) afspraken over case-management tussen HA, SOG, Wvp, apotheker en ouderenadviseur.	Als kwetsbare ouderen in de huisartspraktijk worden geïdentificeerd kan hen passende zorg worden aangeboden
Woningaanpassingen worden niet snel genoeg gerealiseerd	Waarschuwing van naderend ontslag komt te laat en/of voorzieningen kunnen niet snel genoeg worden gerealiseerd	Het komt voor dat revaliderende klanten door een revalidatie-instelling plotseling ontslagen worden terwijl Wmo-hulpverleners geen tijd hebben om op tijd de woning aan te passen.

Onvoldoende maatwerk bij ouderen door te weinig afstemming tussen professionals	Ergotherapeuten kennen de wijkcoach en wvp niet / nauwelijks, weten niet goed was ze aan hen hebben	Het is ook niet helemaal bekend wat een wijkcoach doet en waar men elkaar zou kunnen versterken. Er wordt weinig gebruik gemaakt van schakelwijk-verpleegkundigen.
Minder maatwerk door gebrekkige afstemming.	Soms is de diversiteit van aanbieders per wijk te groot om effectief af te stemmen.	In wijken waar een grote diversiteit van aanbieders actief is, wordt afstemming tussen hen bemoeilijkt. Afstemming tussen aanbieders is van belang
Minder maatwerk door gebrekkige afstemming.	Teveel professionals in één huishouden aanwezig	Omdat er zo veel verschillende professionals in één huishouden aanwezig zijn en er een regie mist, wordt er langs elkaar af gewerkt.
Onjuiste inzet middelen uit de Module Sociale Infrastructuur voor zorgtaken op wijkniveau	Mogelijk is voor het veld niet duidelijk voor welke taken deze middelen zijn bedoeld	Mogelijk wordt de Module sociale infrastructuur verkeerd ingezet. MSI is bedoeld om wijkverpleegkundigen te financieren voor zorg die speelt op wijkniveau maar niet toe te rekenen is aan individuele inwoners.

## E. Overig

Bevinding	(Hypothese over) oorzaak	Toelichting
Doel revalidatiezorg en HbH sluit niet op elkaar aan.	Een gebrek aan contact tussen Wvp en andere professionals.	Een inwoner krijgt revalidatiezorg die inzet op zelfredzaamheid. De HbH neemt echter alles over. Of juist andersom.
Ouderen die te lang geen Zvw-zorg benutten, gebruiken relatief veel Wmo-zorg, en vice versa.	Wordt gedacht vanuit wat er in het eigen domein/werkveld mogelijk is i.p.v. algemeen wat is er nodig voor de cliënt.	Inwoners die medische zorg mijden, blijven langer gezondheidsklachten houden. Wijkteams 'compenseren' dan het gebrek aan Zvw-zorg met Wmo-middelen
Vaak onduidelijk wie palliatieve zorg vergoedt / moet vergoeden.	Financieringslandschap voor palliatieve zorg is te complex voor financiers en inwoners om te doorzien.	Wanneer cliënten in de terminale fase van hun leven komen, bepalen hun wensen en woonsituatie welke wet de palliatieve zorg vergoedt.
Beroep op Wvp, terwijl grondslag psychiatrisch is.	Wanneer hulp eenmaal is ingezet is het lastig om dit nog terug te draaien	Een oplossing is de inzet van T(therapie)-teams waarin zowel een spv als een psychiater in zitten.
Cliënt verzet zich tegen GGZ-hulp. Hulpverlener maar kan niet de juiste zorg verlenen.	Cliënt wil geen psychiatrische hulp, ligt een taboe op.	Er is relatief veel onwil vanuit de cliënt tegen de inzet van psychiatrische hulp (zorgmijder). Hierdoor levert hulpverlener bepaalde (fysieke) zorg die niet de kern aanpakt.

### III. Knelpunten tussen Zvw & Wmo en Wlz

#### A. Zorgval

Bevinding	(Hypothese over) oorzaak	Toelichting
Ondersteuning huishouden stopt omdat partner zorg uit de Wlz ontvangt.	Mogelijk gebrek aan regie tussen overheidsorganisaties in het opstellen en uitvoeren van regels.	Binnen de WMO wordt gekeken naar een leefeenheid, de Wlz wordt geïndiceerd op cliëntniveau. Wanneer partner Wlz zorg ontvangt, wordt de WMO indicatie voor ondersteuning huishouden soms stopgezet.
Een onnodig groot gebruik van Wmo en/of Zvw i.p.v. Wlz. Wlz indicaties worden niet verzilverd.	Perverse prikkels door verschil in eigen bijdragen en urenplafonds op wijkverpleging; de 'zorgval'	Voor Wlz- zorg moet de cliënt relatief veel eigen bijdrage betalen. Bovendien is de maximale zorginzet voor inzet van de Wlz thuis lager dan die van Wmo en Zvw. Daarmee is er een prikkel om langer van Zvw of Wmo- zorg gebruik te maken.

#### B. Overig

Bevinding	(Hypothese over) oorzaak	Toelichting
Er wordt geen rekening gehouden met inwoners bij scheiding van tafel en bed	Mogelijk gebrek aan regie tussen organisaties in het opstellen en uitvoeren van regels.	Een echtpaar wordt gescheiden van tafel en bed door intramurale opname, gelden andere regels voor Wmo, Wlz en SVB. Ze krijgen dan berichten van verschillende overheidsorganisaties.
Binnen de Wlz wordt nauwelijks MPT/VPT ingezet, maar Wmo of intramurale Wlz in de plaats daarvan.	De mogelijkheid staat niet op het netvlies van de professionals.	Partners willen samen thuis wonen, ook als één van de twee langdurige intensieve zorg nodig heeft. MPT en VPT voorzieningen kunnen dit bieden, maar die worden niet vaak genoeg ingezet.
Cliënten krijgen verschillende boodschappen of ze in Zvw moeten blijven of naar Wlz zouden moeten.	Zorgpartijen maken andere inschattingen over juiste inzet zorg. Dit omdat ze denken vanuit mogelijkheden eigen organisatie.	Verschillende partijen maken een andere inschatting welke zorg het beste kan worden ingezet. Dit heeft mede te maken met wat de organisatie zelf kan bieden. Daardoor kan een cliënt verschillende boodschappen krijgen.
Bij overbruggings-zorg wordt Wlz-indicatie 'plotseling' waardoor inzet niet kan worden gemaakt	Gebrek aan kennis over patiënt en samenwerking met professionals. En gebrek aan flexibiliteit om indicaties terug te draaien.	Voorbeeld van vrouw die bij 2 weken overbruggingszorg opeens terugkomt met Wlz indicatie. Hierdoor konden benodigde zorguren niet meer worden gemaakt.
Geen continuïteit in HbH bij overgang van Wmo naar Wlz	Aanbieder in kwestie heeft geen Wlz-contract.	Aanbieder in kwestie kan na de overgang naar Wlz (VPT/MPT) geen HbH meer leveren omdat zij niet door het zorgkantoor worden in gekocht.
Verkeerde bed problematiek tussen VVT en GGZ rond crisisopnames	Gebrek aan afstemming, en te veel cliënten met GGZ- problematiek. Mogelijk is Nederland 'doorgeslagen' in streven om GGZ-clieënten thuis te behandelen	Er komen regelmatig cliënten op een crisisbed terecht komen bij V&V-organisaties terwijl zij eigenlijk gespecialiseerde GGZ- opvang nodig hebben. Deze cliënten zijn vaak niet op de juiste plek en medewerkers weten niet altijd goed hoe hier mee om te gaan (bijvoorbeeld agressief gedrag).

Verstrekking Wlz-indicatie duurt te lang. Dit leidt tot meer inzet van Wmo en Wvp.	Mogelijk zijn de doorlooptijden bij het CIZ te lang, of wordt de aanvraag te laat ingediend.	De aanvraagprocedures voor een Wlz-indicatie bij het CIZ kunnen lang duren om te doorlopen, waardoor er onnodig lang, Wmo-zorg gebruik wordt gemaakt.
Geen hulp bij huishouden in afwachting van contract bij Wlz indicatie.	Schotten tussen stelsels en gebrek aan contracten voor onderaannemerschap	Als er een Wlz indicatie is afgegeven en mensen wachten op opname, kan er in de tussentijd bijvoorbeeld geen huishoudelijk hulp meer worden gegeven omdat er geen contract is. Terwijl ze daarvoor al huishoudelijke hulp hadden.
Er wordt soms ELV ingezet, in plaats van Wlz-zorg	Wachlijsten in Wlz i.c.m. 'iemand kwijt moeten'.	In de Wlz zijn wachtlijsten. Soms is het in geval van een crisis daarom makkelijker om ELV te indiceren, dan is er tenminste iets.

## Bijlage D: kosten voor voorzieningen en zorgvormen

We hebben in dit project ouderen niet gevraagd naar wat de kosten zijn voor de zorg en ondersteuning die zij krijgen. In de plaats daarvan hebben voor een inschatting van de kosten op huishoudensniveau de zorg en ondersteuning die zij krijgen, vermenigvuldigd met een zo nauwkeurig mogelijke inschatting van de gemiddelde trajectprijzen (al dan niet per jaar). Hieronder staat per vorm van zorg of ondersteuning hoe deze bepaald zijn. Daarvoor hebben we in veel gevallen afzonderlijk van elkaar het tarief per tijdseenheid bepaald, en de intensiteit per tijdseenheid.

Type zorg / ondersteuning	Aspect	Bron
<b>Zorgverzekeringswet</b>		
Casemanagement dementie	Traject	Nivel & Trimbosinstituut, Landelijke evaluatie van casemanagement dementie (2012)
ELV	Tarief	Tarieven NZa (Bewerking: 90% daarvan, gemiddelde van laag- en hoogcomplex)
	Duur	Significant, Eerstelijns Verblijf (ELV) (2016)
Ergotherapeut	Tarief	Mijnzzp.nl › Wat verdient een ergotherapeut
	Sessies / traject	SEO, Ergotherapie doet ertoe (2014)
Fysiotherapeut	Tarief	Effectencalculator, maatschappelijke prijslijst
	Frequentie	CBS, Medische contacten, opnamen, medicijnen; leeftijd, geslacht (2013)
Huisarts	Tarief	Effectencalculator, maatschappelijke prijslijst
	Frequentie	CBS, Medische contacten, opnamen, medicijnen; leeftijd, geslacht (2013)
Medicijnen	Kosten per jaar	Effectencalculator, maatschappelijke prijslijst
Praktijkondersteuner	Tarief	Effectencalculator, maatschappelijke prijslijst
Wijkverpleging	Tarief	Effectencalculator, maatschappelijke prijslijst
	Uren / jaar	CIZ, Basisrapportage AWBZ (1/1/2015)
Ziekenhuis	Verblijf	Zorgwijzer.nl › Home › Zorgverzekering 2018 › Wat kost een verblijf en behandeling in het ziekenhuis
<b>Wet maatschappelijke ondersteuning</b>		



Begeleiding, individueel	Tarief	Gemeente Hoogeveen, Wmo-tarieven huishulp en begeleiding 2018.
	Uren / jaar	CIZ, Basisrapportage AWBZ (1/1/2015)
Begeleiding, groep	Tarief	Effectencalculator, maatschappelijke prijslijst
	Uren / jaar	CIZ, Basisrapportage AWBZ (1/1/2015)
Hulp bij huishouden	Tarief	Effectencalculator, maatschappelijke prijslijst
	Uren / jaar	Gemeente Nijmegen, Analyse gebruik individuele WMO-voorzieningen (2013) (op basis van CAK)
Hulpmiddelen	Per jaar	Gemeente Nijmegen, Analyse gebruik individuele WMO-voorzieningen (2013)
Maatschappelijk werk	Tarief	Effectencalculator, maatschappelijke prijslijst
Respijtzorg	Tarief	Gemeente Hoogeveen, Wmo-tarieven huishulp en begeleiding 2018.
	Uren / jaar	CIZ, Basisrapportage AWBZ (1/1/2015)
Sociaal wijkteam	Tarief	Eigen berekening op basis van Cao-schalen
	Uur / jaar	Eigen inschatting aantal uren
Vervoer	Per jaar	Gemeente Nijmegen, Analyse gebruik individuele WMO-voorzieningen (2013)
Wmo-consulent	Tarief	Eigen berekening op basis van Cao-schalen
	Uur / jaar	Eigen inschatting aantal uren