

**Dementie en 'thuis' wonen
nu en in de toekomst
in Noord-Brabant**

Zes oplossingsrichtingen en aanbevelingen

Prof. dr. René Schalk
Hilde Stoop
drs. Cor Hammen
ing. Ben Kaelen

November 2014

Colofon

Uitgave:

Programmaad Zorgvernieuwing Psychogeriatric/Tilburg University, Tilburg,
november 2014

Auteurs:

Prof. dr. René Schalk (Tilburg University)

Hilde Stoop (Programmaad Zorgvernieuwing Psychogeriatric/Zet)

Drs. Cor Hammen (VBOB)

Ing. Ben Kaelen (Zet)

Productie:

btz vorm en regie

De activiteiten van de Programmaad Zorgvernieuwing Psychogeriatric worden (mede)
mogelijk gemaakt door subsidie van de provincie Noord-Brabant.

ISBN 9789079264094

Provincie Noord-Brabant

Deze uitgave is gratis als digitaal pdf-bestand te downloaden via www.pgraad.com





Inhoudsopgave

Voorwoord	7
1. Inleiding, leeswijzer	9
2. Wat komt er op ons af?	
2.1 Verwachte toename van mensen met dementie	11
2.2 Veranderingen van het zorgstelsel	12
2.3 Wat betekenen deze veranderingen voor de doelgroep dementie?	15
3. Gevolgen van de aankomende zorgstelselveranderingen voor mensen met dementie, hun mantelzorgers en stakeholders	
3.1 Trends en veranderingen	19
3.2 Bedreigingen	22
3.3 Kansen	25
3.4 Wie zijn de stakeholders?	27
4. Behoeften van de doelgroep, zorgverlening en zorggebruik	
4.1 Behoeften van de doelgroep	29
4.2 Betrokkenen in de dementiezorg	32
4.3 Gebruik van voorzieningen door de doelgroep	32
4.4 Specifieke veranderingen in financiering van zorg voor de doelgroep	34
5. Oplossingsrichtingen	
5.1 Voorbereid zijn op je eigen toekomst	39
5.2 Dementievriendelijke gemeenschap	42
5.3 Goede zorg in de buurt	46
5.3.1 Zorginfrastructuur en goede 'zorg'	46
5.3.2 Sociale steun versterken en/of vergroten	51
5.4 De mantelzorg overeind houden	56
5.5 Wonen in eigen huis en/of samen met mantelzorg	59
5.5.1 Bouwkundige aanpassing van de eigen woning	59
5.5.2 Hulpmiddelen in eigen huis en omgeving	62
5.5.3 Met de mantelzorger samen wonen	65
5.6 Blijven wonen in de eigen omgeving	67

6. Aanbevelingen

Gemeente	71
Zorgverzekeraars	74
Belangenbehartigingsorganisaties	74
Aanbieders ondersteuning, welzijn, wonen en zorg	75
Ontwikkelaars van producten	76
Provincie	77

Noten	78
Geraadpleegde bronnen	82

Bijlagen

1. Programmaad Zorgvernieuwing Psychogeriatric (2014)	84
2. Geraadpleegde experts	86
3. Publicatielijst Programmaad Zorgvernieuwing Psychogeriatric	87

Voorwoord

Iedereen die met de zorg te maken heeft staat op dit moment op scherp. De transitie, zoals dat met een mooi woord aangeduid wordt, is in volle gang. Een ommekeer, die zijn weerga niet kent.

Decennia lang was het overheersende beeld dat de overheid zorg zou verzekeren en leveren van de wieg tot het graf. Maar die tijd is voorbij. De zorg is te duur geworden, te weinig maatwerk, teveel confectie en te weinig toegesneden op de vraag van de cliënt. In de transitie wordt de zorg, geleverd door professionals, uitgekleed. Voorzieningen voor wonen en welzijn worden steeds verder beperkt. Zelf doen en regelen en alleen 'ondersteuning' als dat echt niet anders kan is de nieuwe toverformule. Gemeenten, die decennia lang niets mochten op gebied van de zorg, móeten nu: zij zijn aan zet in de Wmo. Voor mensen met een chronische hulpvraag, mensen met verstandelijke, psychische of lichamelijke beperking breken spannende tijden aan. Zo ook voor mensen met dementie en hun naasten.

In dit transitieproces worden burgers meer verantwoordelijk voor de eigen en elkaars gezondheid. Je blijft zo lang mogelijk thuis wonen en als je hulp nodig hebt moet je eerst zelf met je directe naasten aan de bak! Pas als het niet meer kan komt de professionele hulp in beeld en in laatste instantie de 24-uurs opname. Tegelijk wordt er stevig bezuinigd. Gemeenten zouden goedkoper kunnen werken omdat ze dichterbij de cliënt zitten. Maar er zijn zeer grote zorgen of het wel allemaal gaat lukken, of gemeenten klaar zijn voor de grote opgave die hen staat te wachten en of er niet teveel en ondoordacht bezuinigd wordt.

Er is weinig fantasie voor nodig om in te zien dat het een heel zwaar karwei is om een eigen huishouden te voeren, zelfstandig te wonen met of zonder partner als je je eigen leven en je eigen gedrag niet meer betrouwbaar kunt sturen. Gelukkig is niet elke fase van dementie even ernstig en niet elke persoon met dementie is stuurloos. Maar dat de thuis-situatie grondig zal veranderen wanneer er sprake is van dementie behoeft geen betoog. Wat vanzelfsprekend was wordt onzeker, bestaande routines bieden geen houvast meer. Allerlei hulpconstructies, ondersteuningsinstrumenten en professionele hulp zijn nodig om als persoon met dementie, alleen of samen met je partner, staande te kunnen blijven.

De centrale boodschap van het overheidsbeleid is in essentie tweeledig: Je zult zélf de mouwen moeten opstropen, je zult je zelf moeten voorbereiden op een toekomst met mogelijke dementie. En de omgeving zal in actie moeten komen. Een goed sociaal netwerk in de vorm van familie, mantelzorg, buurt, lokale gemeenschap is van cruciaal belang om de kwaliteit van leven op een aanvaardbaar niveau te houden.

Binnen dit nieuwe zorgfirmament heeft de PGraad samen met Tilburg University een studieverkenning uitgevoerd naar oplossingsrichtingen om nu en in de toekomst mensen met dementie goed 'thuis' te kunnen laten blijven wonen. Het resultaat is een rijk en praktisch document geworden, waarin naast een compacte schets van de veranderingen in de zorg een zestal oplossingsrichtingen voor 'thuis kunnen blijven wonen' wordt geschetst. Naast een aantal concrete tips worden bij de verschillende oplossingsrichtingen de belangrijkste stakeholders geprikkeld om lef te tonen, daadwerkelijk stappen te zetten en nieuwe wegen in te slaan.

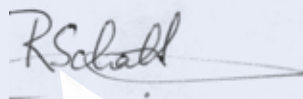
De problematiek is complex en de situatie van elke persoon met dementie is verschillend. Daarom is er niet één integrale, allesomvattende oplossing beschikbaar. De verkenning schetst een palet van verscheidene nieuwe wegen die moeten worden ingeslagen om voor de groeiende groep thuiswonende mensen met dementie een leefbaar woonklimaat te behouden en/of te realiseren.

Dat de bal vooral op de stip ligt van het gemeentelijk voetbalveld zal duidelijk zijn. Gemeenten, de burgers zelf en ondersteunende instellingen zijn samen aan de bal, zij moeten elkaar scherp houden, elkaar activeren en vooral samenwerken om de groeiende vraag naar goed wonen voor de kwetsbare burgers met dementie te beantwoorden.

Hopelijk helpt deze verkenning gemeenten, verzekeraars, aanbieders van wonen, zorg en welzijn, mantelzorgers, belangenbehartigers en ontwerpers/producenten in hun situatie passende acties te ondernemen.



Drs. Harrie Kempes
Voorzitter Programmaad Zorgvernieuwing
Psychogeriatric



Prof. dr. René Schalk
Tilburg University

1. Inleiding

'Het wonen met ondersteuning en dienstverlening, zoals we dat nu in Nederland hebben georganiseerd, wordt in de toekomst onbetaalbaar. Tevens blijkt in het gesprek met ouderen dat de huidige visie en het beleid van gemeenten op het gebied van wonen met ondersteuning en dienstverlening onvoldoende aansluiten op de woonwensen, maatschappelijke behoeften en bestaande woningvoorraad. Een herijking van visie en beleid is noodzakelijk. Bovendien leidt de financiële crisis ertoe dat nieuwbouwplannen onder druk staan.

We zullen dus opnieuw samen met alle stakeholders op het gebied van wonen, welzijn en zorg (senioren en hun sociale netwerk, overheid, kennisprijen, maatschappelijke organisaties en ondernemers) de vraag moeten articuleren. En op basis hiervan kunnen we samen nagaan hoe wonen met ondersteuning en dienstverlening in de toekomst meer 'toekomstproof' kan worden georganiseerd. Welke rollen kunnen ouderen zelf en private en publieke partijen hierin hebben?'

(Provincie Noord-Brabant, oktober 2012)

Binnen het bovenstaande kader heeft de PGrad in samenwerking met Tilburg University een verkenning uitgevoerd naar welke interventies gewenst/nodig zijn, gezien vanuit vragersperspectief, en welke bijdragen stakeholders kunnen leveren om het wonen met ondersteuning en dienstverlening voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers tot 2030 zo optimaal mogelijk vorm te geven en te organiseren.

De uit de verkenning voortgekomen beleidsadviezen zijn gericht op het behouden en vergroten van de mogelijkheden voor het thuis kunnen blijven wonen of het wonen in de eigen wijk of kern voor (alleenstaande) mensen met dementie, met waarborging van voldoende ondersteuning voor de mantelzorg zodat te zware belasting en overbelasting bij deze groep voorkomen wordt.

Leeswijzer

Na de inleiding, wordt in hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 ingegaan op de toename van mensen met dementie en de verwachte veranderingen in het zorgstelsel alsmede de effecten en gevolgen daarvan voor zowel mensen met dementie, hun mantelzorgers als andere stakeholders. In paragraaf 3.3 op bladzijde 13 worden er kansen beschreven die de veranderingen bieden voor de verschillende partijen.

In hoofdstuk 4 wordt in de paragrafen 4.1 tot en met 4.3 nader ingegaan op de behoeften van de doelgroep dementie, de mogelijke betrokkenen in de directe zorg voor de persoon met dementie en de fase van het dementeringsproces waarin zij betrokken zijn. Hierna volgt een overzicht van het gebruik van bestaande voorzieningen door doelgroepleden in Noord-Brabant. In paragraaf 4.4 en 4.5 worden de veranderingen in financiering van zorg voor de doelgroep nader onder de loep genomen onder andere door middel van een Behoefteprofiel Dementie.

In hoofdstuk 5 worden de zes oplossingsrichtingen, gebaseerd op de analyse van de uitkomsten van interviews met mantelzorgers, experts en de focusgroepbijeenkomst met burgerexperts, met aanbevelingen voor diverse stakeholders gepresenteerd. De oplossingsrichtingen geven aan hoe zo goed mogelijk thuis in eigen huis of thuis in eigen wijk of kern blijven wonen bevorderd kan worden en de noodzaak tot opname in het kader van de Wet langdurige zorg verminderd kan worden. De oplossingsrichtingen zijn: voorbereid zijn op je eigen toekomst, dementievriendelijke gemeenschap, overeind houden van de mantelzorg, kunnen blijven woning in eigen huis of eigen omgeving, al dan niet samen met mantelzorg.

Tot slot zijn in hoofdstuk 6 de aanbevelingen voor de gemeente, zorgverzekeraar, belangenbehartigers, aanbieders van ondersteuning, welzijn, wonen en zorg, ontwikkelaars en producenten en voor de provincie gebundeld.

2. Wat komt er op ons af?

Voor de toekomstige ontwikkelingen van dementie in Noord Brabant zijn de volgende perspectieven/verwachtingen van belang. Het gaat hierbij enerzijds om de verwachte toename van de doelgroep en anderzijds om de veranderingen in overheidsbeleid ten aanzien van zorg en welzijn.

2.1 Verwachte toename van mensen met dementie

1. Het aantal dementerenden en hun mantelzorgers zal sterk toenemen. Tot 2030 stijgt de omvang in Noord-Brabant met 75%. Het aantal mensen met dementie in Brabant wordt in 2030 geschat op 60.000.

Aantal mensen met dementie in Provincie Noord-Brabant

Populatie	2012	2020	2030
totale groep	34.325	44.473	59.983
40 t/m 64 jarigen	3.604	3.704	3.542
65-plussers	30.720	40.768	56.441
Index ten opzichte van 2012	100	130	175
Omvang van de populatie mantelzorgers	2012	2020	2030
	103.000	133.500	180.000

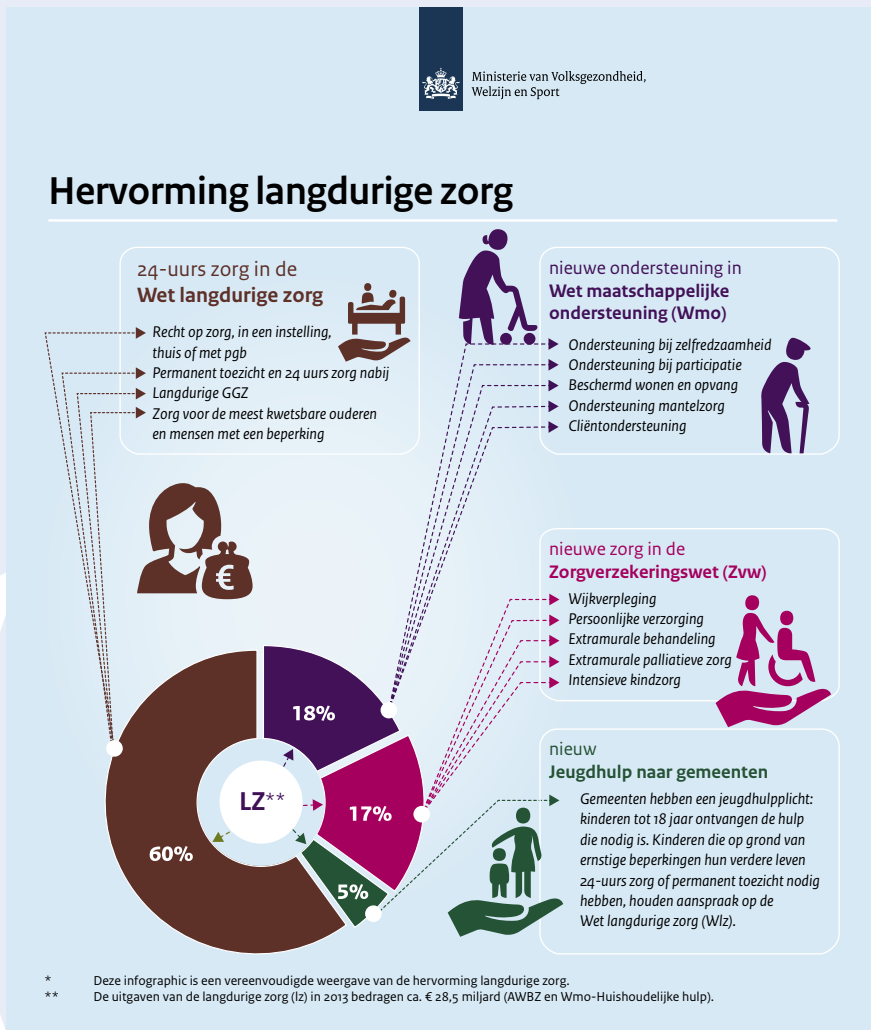
(Factsheet Provincie Noord-Brabant, 2012)

2. Het aantal alleenstaande mensen met dementie zal relatief nog sterker toenemen. Op dit moment (2013) wordt de groep alleenstaanden met dementie geschat op 44%¹ van de dementiepopulatie. Voor deze groep is mantelzorg vaak onvoldoende of niet beschikbaar. Een toename van ouderen zonder kinderen, een groter aantal scheidingen en het minder vaak dichtbij wonen van familieleden zijn hier onder andere debet aan.
3. In Noord-Brabant is sprake van een sterke 'dubbele' vergrijzing. De helft van de mantelzorggroep is een partner van de persoon met dementie en vaak zelf ook al op hoge leeftijd.

2.2 Veranderingen in het zorgstelsel

Langer zorg thuis

Het kabinet wil dat mensen langer zorg thuis ontvangen. In 2013 is hiermee een begin gemaakt. Bestaande cliënten, die op 1 januari 2013 een indicatie hebben voor zorg met verblijf, behouden hun recht op zorg in een instelling. Het kabinet wil dat op termijn ook zwaardere vormen van zorg (ZZP's 3 en 4) thuis worden geleverd.



Vanaf 2015: AWBZ-zorg via gemeente of zorgverzekering

Het kabinet wil de AWBZ vanaf 2015 ingrijpend hervormen. De AWBZ betaalt dan alleen nog de zwaarste, langdurige zorg. Lichtere zorg gaat dan naar gemeenten of naar de zorgverzekering. De taakverdeling ziet er vanaf 2015 zo uit:

- Gemeenten: begeleiding aan huis
De gemeente gaat zorgen voor begeleiding aan huis. De gemeente betaalt alleen nog de huishoudelijke hulp als men een laag inkomen heeft.
- Zorgverzekeraars: medische zorg en persoonlijke verzorging
De zorgverzekering regelt medische zorg, zoals verpleging en langdurige geestelijke gezondheidszorg. De zorgverzekering regelt ook persoonlijke verzorging, zoals hulp bij aan- en uitkleden en haren wassen.
- Rijksoverheid: langdurige zorg.

Per 1 januari 2015 wordt de Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd. Deze vervangt de AWBZ.

De Wlz is bedoeld voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben. Zij zijn niet langer in staat om met ondersteuning van hun sociaal netwerk, gemeente of met verpleging en verzorging aan huis zelfstandig thuis te kunnen wonen. Het gaat bijvoorbeeld om kwetsbare ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking of mensen met een psychische stoornis.

Hoofdpunten Wlz

- Recht op zorg
Kinderen en volwassenen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of op 24 uur per dag zorg in de nabijheid, hebben een verzekerd recht op zorg.
- Volledig zorgpakket
Cliënten hebben een verzekerd recht op een volledig zorgpakket. Dit pakket bestaat uit verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, behandeling en het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen. En vervoer naar dagbesteding en dagbehandeling.
- Zorg in een instelling of zorg thuis
Cliënten hebben de keuze tussen zorg in een instelling of zorg thuis. Maar alleen als de zorg thuis verantwoord is. En als de kosten niet hoger zijn dan opname in een instelling.
- Zorgplan
Zorgaanbieders zijn verplicht om met iedere cliënt een bespreking over de zorgverlening te voeren. De resultaten daarvan leggen zij vast in een zorgplan. Bij

de zorgverlening staan de wensen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt centraal. Het sociale netwerk van de cliënt wordt betrokken bij de bespreking van het zorgplan.

- Persoonsgebonden budget of volledig pakket thuis
- Wil de cliënt zorg thuis ontvangen? Dan heeft de cliënt de keuze tussen het persoonsgebonden budget (pgb) en het volledige pakket thuis (vpt).
- Scherpere eisen pgb en vpt voor verantwoorde zorg buiten instelling
Er komen strengere eisen voor het persoonsgebonden budget (pgb) en het volledige pakket thuis (vpt). Dit helpt om ervoor te zorgen dat de zorg buiten de instelling verantwoord is.
- Woningaanpassing
Aanpassingen aan de woning indien nodig voor pgb of volledig pakket thuis op grond van de Wlz wordt vergoed.

AWBZ zorg naar Wmo of Zvw²

Begeleiding en ondersteuning naar gemeenten

Gemeenten krijgen in het wetsvoorstel per 2015 een grotere rol bij het bieden van zorg op het gebied van begeleiding en ondersteuning. Gemeenten zijn vanaf dat moment verantwoordelijk voor het bieden van begeleiding, ondersteuning van mantelzorgers en het beschermd wonen. De gemeente is het eerste aanspreekpunt voor iedereen die behoefte heeft aan ondersteuning, en niet voor alle benodigde zorg een beroep kan doen op hun sociale kring. De gemeente organiseert de ondersteuning samen met cliënten, zorg- en welzijnsaanbieders en mantelzorgers. In de nieuwe Wmo krijgt de gemeente meer verantwoordelijkheden. De nadruk zal daarbij liggen op wat mensen zelf nog kunnen in plaats van op wat mensen niet meer kunnen.

Medische zorg naar de zorgverzekering

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) bestaat een verzekerd recht op zorg, gericht op genezing, behandeling en verpleging. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dit betekent dat zij moeten zorgen voor goede kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Ze zijn verantwoordelijk voor de zorginkoop bij zorgaanbieders. Vanaf 1 januari 2015 vallen in het wetsvoorstel extramuraal verpleging, extramuraal persoonlijke verzorging en langdurige, op behandeling gerichte GGZ vanaf 18 jaar onder de Zvw. Daarnaast wordt ook wijkverpleging, extramuraal behandeling, extramuraal palliatieve zorg en intensieve kindzorg vanaf dat moment vergoed uit de Zvw³. Zorgverzekeraars worden hierdoor verantwoordelijk voor alle verzorging en verpleging thuis, tot en met een ziekenhuisopname. Ook hierbij is het uitgangspunt: mensen zo lang mogelijk thuis helpen.

2.3 Wat betekenen deze veranderingen voor de doelgroep dementie?

De zorgstelselveranderingen betekenen samengevat het volgende voor mensen met dementie.

1. De instroom in de intramurale zorg wordt beperkt. (AWBZ-functie Verblijf vervalt stapsgewijs voor ZZP Verpleging en Verzorging 1 t/m 3 en gedeeltelijk voor ZZP 4.) Op dit moment woont naar schatting 70% van de doelgroep thuis. Het streven van bijvoorbeeld Alzheimer Nederland is gericht op het verhogen van dit percentage naar 80%.
2. De overgang van de AWBZ-functies Begeleiding en de AWBZ-functie Persoonlijke Verzorging naar de Wmo gaat met een budgetkorting van 25% gepaard. Hierdoor bestaat het risico dat er minder aanbod voor de doelgroep Dementie met financiering via de Wmo beschikbaar zal zijn.
3. Het budget voor Wmo-huishoudelijke hulp (HH) zal sterk gekort worden (met 60%). Sinds 2014 is deze voorziening inkomensafhankelijk voor nieuwe cliënten en voor bestaande vanaf 2015. Vier van de vijf cliënten heeft volgens CAK-gegevens een laag inkomen (VNG, 2012).
4. Door het overbrengen van AWBZ-functies naar de Wmo en de daaraan gekoppelde budgetkortingen zal de gemeente naar verwachting minder middelen beschikbaar stellen om het in 2014 bestaande voorzieningenniveau te handhaven. Gemeenten krijgen zeer ruime beleidsvrijheid. Het is de vraag of gemeenten de kaasschaafmethode zullen gaan hanteren of dat bewust gekozen wordt voor het schrappen van bepaalde typen voorzieningen en/of dat men nieuwe 'goedkopere' productvarianten wil gaan inkopen.
5. In Noord-Brabant worden tekorten verwacht in beschikbare plaatsen 'beschermd wonen', waartoe de AWBZ-(of Wlz)verblijfsplaatsen ZZP 5 en 7 (bestemd voor mensen met dementie, grondslag PG) ook behoren, en tekorten aan reguliere woningen 'Verzorgd' en 'Geschikt wonen'.

In de **Vraagaming WONEN MET ZORG EN WELZIJN** van de provincie Noord-Brabant (okt. 2012) wordt het aantal extra benodigde plaatsen 'Beschermd wonen' tot 2040 geschat op circa 13.000 plaatsen. Dit betekent een verdubbeling in vergelijking met beschikbare plaatsen in 2012. Mogelijke oplossingen om gewenste plaatsen te bereiken zouden gezocht kunnen worden in:

- het uitbreiden van het aantal verpleeghuisplaatsen
- het realiseren van kleinschalige complexen
- en het ombouwen 'van verzorging naar verpleging'.

Naast 'Beschermd wonen' schat de Provincie dat er tot 2040 ruim 100.000 reguliere woningen 'Verzorgd' en 'geschikt wonen' (nieuw en bestaand) extra nodig zullen zijn (waarvan > 26.000 'verzorgd' en > 76.000 'geschikt'). (Dit is exclusief het inlopen van de tekorten.)

Op dit moment verblijft 30% van de doelgroep dementie in een intramurale voorziening. Een deel van deze groep heeft een AWBZ-indicatie ZP 1 t/m 4. (Verzorgd wonen).

Behoeftte aan verblijfsplaatsen (30% van populatie dementie) Noord-Brabant	2012	2020	2030
	10.297	13.342	17.995

Op 1 januari 2014 hebben 24.625 mensen in Noord-Brabant een AWBZ-indicatie Verblijf Verpleging en verzorging⁴. Hiervan hebben 10.535 mensen een AWBZ-indicatie ZP 5 of 7 met de grondslag PG. Deze verblijfsplaatsen vallen binnen de categorie 'Beschermd wonen'.

Bij een gelijk blijvend percentage behoefte aan verblijf van 30% is er in 2030 behoefte aan bijna 18.000 plaatsen.

De Provincie raamt de benodigde plaatsen 'Beschermd wonen' in 2040 op 26.000 plaatsen voor alle doelgroepen van langdurige zorg. Dit zou betekenen dat in 2030 al 70% van dit aantal voor de doelgroep dementie nodig zou zijn.

Wanneer het percentage thuiswonende mensen met dementie stijgt naar 80%, dan is de behoefte aan verblijfsplaatsen voor de doelgroep dementie in 2030 naar schatting 15.000 plaatsen. Dit betekent een tot 2030 benodigde toename voor ZP 5 en 7 van 4750 plaatsen in Noord-Brabant.

Niet alleen de vraag/behoefte van de (toekomstige) mensen met dementie en hun mantelzorgers verandert, ook de wensen en verwachtingen veranderen in de tijd.

De veranderingen in wensen worden, naast door de patiëntgebonden kenmerken (aard van beperkingen en de daaruit vloeiende problematiek) en subjectieve belastingfactoren van de mantelzorg (zie Duijnste, 1992), ook beïnvloed door maatschappelijke trends, de gevolgen van de financieel-economische crisis en de aankomende zorgstelselveranderingen.

Op de verwachte gevolgen van al deze aspecten gaan we in de volgende paragraaf in.



3. Gevolgen voor mensen met dementie

Gevolgen van de aankomende zorgstelselveranderingen voor mensen met dementie, hun mantelzorgers en stakeholders

3.1. Trends en veranderingen

Onze samenleving is dynamisch en voortdurend in beweging. Enkele belangrijke trends die de context vormen waarin de te verwachten gevolgen van de aankomende stelselwijzigingen kunnen worden geplaatst bespreken we eerst.

a. De oudere van vroeger is niet de oudere van de toekomst

Een recent PON rapport (PON, 2013) verwoordt het kernachtig als volgt: "De nieuwe en toekomstige generaties ouderen zoeken en kiezen bewust hun eigen weg. Hun behoeften en wensen zijn heel divers. Ook omdat ze zelf steeds meer de kosten voor wonen met zorg en welzijn moeten gaan dragen, stellen ze hoge eisen aan de geleverde kwaliteit. Ze stellen zich op als kritische consumenten ten aanzien van het aanbod van woon- en zorgproducten. Relatief veel leden van deze generatie beschikken over voldoende financiële middelen (vermogen, eigen huis, pensioen), waardoor ze in principe in staat zijn zelf een bijdrage te leveren aan de financiering van hun eigen woon- en zorgkosten. Groepen burgers nemen ook zelf het initiatief en worden een zelfstandige partij op het terrein van wonen met zorg en welzijn."

b. Het overheidsbeleid verandert

Het overheidsbeleid wordt niet meer per doelgroep ingericht, maar het uitgangspunt is een integrale aanpak. Het beleid richt zich in principe niet op problemen of participatie van specifieke doelgroepen, zoals ouderen afzonderlijk. Beleid wordt ontwikkeld om iedereen te laten meedoen en participeren, en om bij burgers die in de problemen zijn, ondersteuning te bieden. Daarnaast verschuiven taken van de landelijke overheid naar het lokale niveau. In het kader van de Wet op de maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wordt de verantwoordelijkheid voor het realiseren van voorzieningen voor burgers die ondersteuning nodig hebben steeds meer bij het lokale bestuur neergelegd. Deze verschuiving gaat steeds verder.

c. Bezuinigen is het devies

De budgetten voor zorg en welzijn lopen terug. De budgetten staan niet alleen onder druk door de economische crisis en bezuinigingen. Ook de overdracht van taken van de lande-

lijke overheid naar de lokale overheid gaat steevast gepaard met een “efficiëntiekorting”. De gedachte daarachter is dat voorzieningen op het lokale niveau efficiënter ingericht kunnen worden en dat daarom het benodigde budget voor dezelfde taken lager kan zijn. Het PON-rapport constateert “Burgers moeten steeds meer zelf gaan bijdragen aan de kosten voor zorg en wonen”. Bovendien worden ze gestimuleerd een groter beroep te doen op hun eigen sociale netwerk. We zien een verschuiving van collectief georganiseerde en professionele zorg en ondersteuning naar meer informele en particuliere zorg en ondersteuning. Mensen worden in de toekomst meer aangesproken op ‘wat ze nog zelf kunnen’, al dan niet met ondersteuning van derden. Ook wordt van hen verwacht dat ze daarbij meer zelf de regie nemen. Deze verschuiving naar eigen regie en ondersteuning door het eigen netwerk wordt aangewakkerd door het dreigend tekort aan arbeidskrachten in de zorg, dat eveneens samenhangt met de vergrijzing.”

Deze algemene tendensen hebben ook gevolgen voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Door de zorgstelselveranderingen en de daarbij horende bezuinigingen zullen meer mensen, ook met dementie, langer thuis blijven wonen, zal de behoefte aan lokale (sociale) steun en de druk op de sociale omgeving (mantelzorg) toenemen. Mensen krijgen zelf een grotere verantwoordelijkheid voor het behoud van hun eigen kwaliteit van leven, zullen meer zelf moeten doen (ook bij een hulp-/zorgvraag) en zelf de regie moeten nemen. De Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (2014) concretiseert de problematiek als volgt: “In de komende vijf jaar krijgen jaarlijks gemiddeld tienduizend ouderen, dertienhonderd gehandicapten en achthonderd cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), met een lagere zorgindicatie, geen toegang meer tot intramuraal verblijf. Zelfstandig blijven wonen betekent niet vanzelfsprekend dat iemands huidige woning en leefomgeving geschikt zijn om dat - met beperkingen - te doen. Juist kwetsbare mensen kunnen de komende jaren in de knel komen, omdat betaalbare alternatieven voor thuis wonen met zorg nog slechts beperkt beschikbaar zijn.”

De veranderingen gaan snel en de gevolgen zijn groot. De vraag is of dit veranderingsproces wel goed zal gaan. Er worden van veel kanten vraagtekens gezet en vele mogelijke problemen worden benoemd. Een aantal van de kanttekeningen en problemen komen hieronder aan de orde.

- De veranderingen vergen een ‘mindshift’. Zo zal men af moeten van de gedachte dat ‘zorg’ gratis beschikbaar is en dient men te beseffen dat eigen bijdragen nodig, maar ook wenselijk zijn. Ofwel, dat men meer zelf zorg dient te dragen om zelfredzaam te zijn en te blijven.

- Het is van belang dat de overheid zorg draagt dat er goede vangnetten blijven bestaan of gecreëerd gaan worden voor die kwetsbare individuen die onvoldoende kunnen terugvallen op sociale steun en informele zorg binnen de eigen omgeving en /of over onvoldoende economische middelen beschikken.
- Het behoud van de eigen regie wordt steeds meer serieus genomen. Zeker bij dementie is het krijgen van ondersteuning hierbij erg belangrijk.
- Het **tempo** voor de veranderingen is te hoog.
- Er blijft een schot tussen zorgverzekering en Wmo bestaan. Dit maakt financiering van de inzet op preventie moeilijk. Wie krijgt de revenuen? Domeindiscussies tussen gemeenten en verzekeraars blijven bestaan: beiden willen hun schadelast beperken en zullen mogelijke oplossingen niet willen financieren omdat de benefits bij anderen terecht komen.
- De 'regiefunctie' ontbreekt.
- Een positieve ontwikkeling is het onderbrengen van verpleging en persoonlijke verzorging in de zorgverzekeringswet, waardoor geen indicatie nodig is, wel verwijzing door bijvoorbeeld huisarts of specialist. Echter er ontstaat een nieuw 'schot' tussen Begeleiding en Persoonlijke verzorging/verpleging.
- De Haagse hervormingen' leiden tot het verleggen van het probleem, ofwel deze worden lager, bij gemeenten en 1ste lijn gelegd en deze zijn er voor een goede uitvoering nog niet klaar voor.
- Er bestaat grote kans op rechtsongelijkheid voor burgers doordat er verschillen in regelingen en voorzieningenniveaus tussen de verschillende gemeenten gaan ontstaan.
- Er is sprake van botsende regelgeving, zodat er gaten gaan vallen en mensen kunnen tussen wal en schip terecht komen.
- Er wordt door zowel de burger als de aanbieders nog te weinig nagedacht over nieuwe vormen van samenleven en wonen.
- Er moet rekening mee gehouden worden dat zorgvragers pas een vraag formuleren als er een zorgprobleem is, dit geldt ook voor mantelzorgers.

- De druk op de sociale omgeving, mantelzorg en burens zal toenemen. Er zal een groot appèl op **vrijwilligers** gedaan worden. De vraag is hoe je deze vrijwilligers vindt.
- Het probleem van voldoende geschiktheid van de bestaande woningvoorraad om de toenemende zorgvragersgroep, die zelfstandig moet blijven wonen, van huisvesting te voorzien wordt door stakeholders onderschat. Dat burgers hierin zelf een belangrijke rol spelen en zelf preventieve maatregelen dienen te nemen om hun eigen woning geschikt te houden, betekent dat er veel ingezet dient te worden op bewustwording. 'Wees bij verbouwingen slim!'
- Voor eigenaars van eigen woningen, die naar een geschiktere woning zouden willen verhuizen, speelt op dit moment ook sterk de vraag of zij in staat zijn om hun huidige woning te verkopen zodat verhuizen naar een geschiktere woning of woonvorm financieel ook haalbaar is. Gemeenten zullen niet in alle situaties bereid zijn om woningaanpassingen te betalen en zullen aandringen op verhuizen.
- Gemeenten worden verantwoordelijk voor mantelzorgondersteuning. De vraag is wat moet een gemeente binnen dit kader aan Wmo-voorzieningen aanbieden. Wat zijn de specifieke behoeften van mantelzorgers. Nadere vraagarticulatie en inzicht in effectiviteit van ondersteuningsvormen is gewenst.

De Raad voor leefomgeving en infrastructuur (2014) vat de hervormingen langdurige zorg samen in een focus op vier verschuivingen:

- Meer zelfstandig wonen met zorg aan huis (van intramuraal naar extramuraal).
- Meer regie op lokaal niveau (minder Rijk, meer gemeenten en zorgverzekeraars).
- Gelijkblijvende collectieve kosten bij een grotere zorgbehoefte (hogere particuliere bijdragen).
- Minder formele zorg (en dus meer informele zorg).

We gaan nu meer specifiek kijken naar mogelijke bedreigingen en kansen ten gevolge van de zorgstelselverandering in relatie tot het thema dementie.

3.2. Bedreigingen

a. Dreigende onvoldoende ondersteuning, begeleiding en (tijdelijke) opvang van de persoon met dementie

Gevolgen hiervan kunnen zijn:

- Toenemende onveilige situaties voor de persoon met dementie en hierdoor meer ongelukken (zowel binnenshuis als buiten).

- Groter isolement, meer eenzaamheid en inkrimping van het sociale netwerk van de persoon met dementie. Met name wordt een sterke toename van eenzaamheid verwacht bij de groeiende groep alleenstaande/alleenwonende mensen met dementie. Van belang is dat de behoefte aan aandacht, contact (ook in letterlijke zin: aanraking) en positieve prikkeling tot activering ingevuld wordt. Zo niet, dan is de kans op (versterking) van eenzaamheid groter.
- Grotere kans op ondervoeding of verslechtering van voedingspatroon, zeker bij mensen met lagere inkomens.
- Te weinig tot geen afleiding meer.
- Meer moeite krijgen/hebben om de dag goed (zinnig, plezierig en met goede zorg voor zichzelf) door te komen.
- Overlast op straat.
- Meer toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuissituatie (bijvoorbeeld bij het alleen laten van een persoon met dementie het huis afsluiten of deze op een kamer opsluiten).
- Meer slachtoffers van oplichting en beroving (onveiligheid en onveilig voelen nemen toe).

b. Te zware belasting en overbelasting van de mantelzorg(er)s

- Door langer thuis (moeten) blijven wonen van de persoon met dementie en wellicht minder beschikbare respijtoorzieningen (groepsbegeleiding) zal de belasting voor mantelzorgers toenemen. Daardoor neemt de kans toe dat meer mantelzorgers zwaar belast worden en het risico op overbelasting bij mantelzorgers groter wordt.
- Grotere overbelasting bij de mantelzorg vergroot de kans op burn-out en meer medicijngebruik.
- Verantwoordelijkheidsgevoel (-dwang) bij mantelzorgers neemt toe.
- Meer kans op sociaal isolement bij mantelzorgers, mede doordat de werkdruk voor de mantelzorg zal toenemen en/of de 'zorg' niet kan worden overgelaten aan een ander.
- Indien mantelzorgers (de sandwichgeneratie), die nog werkzaam zijn, kiezen voor het zelf meer zorg en begeleiding te geven kan dit leiden tot een carrièreval en/of een inkomensachteruitgang. Dit heeft ook consequenties voor de hoogte van de pensioenopbouw voor deze groep.
- De combinatie werken en de zorg voor de persoon met dementie verhoogt de druk op de mantelzorg.
- Te zware belasting van de mantelzorg of overbelasting kan leiden tot ontspoorde zorg met het risico op toename van ouderen mishandeling en verwaarlozing van de persoon met dementie.
- Door grotere fysieke en vaak ook financiële inspanning te moeten leveren wordt mede de kwaliteit van leven van de mantelzorg bedreigd.
- De kans op (meer) conflicten en spanningen tussen de persoon met dementie en de mantelzorg en in de familie dreigen.

c. de kwaliteit van de zorg kan achteruit gaan

Als meer zorg door familie en de omgeving gedaan moet gaan worden kan de kwaliteit van zorg achteruit gaan. Bijvoorbeeld wanneer er te weinig deskundigheid is bij wondverzorging. Of dat het gebodene niet of onvoldoende aansluit bij de behoefte van de persoon met dementie. Er bestaat meer kans op verslechtering van signalering van ziekten en lichamelijk ongemak. Dit kan tot ernstige incidenten leiden.

Het is nog de vraag welke antwoorden (voorzieningen/diensten) gemeenten binnen ‘Begeleiding’ gaan aanbieden en of deze dan voldoende aansluiten op de vraag van het individu of de groep mensen met dementie.

Binnen de nieuwe wet Wlz (Wet langdurige zorg) blijft de voorziening langdurige 24-uurszorg voor mensen met dementie met zorgzwaartepakket 5 en 7 bestaan. Maar de instroom van mensen met zorgzwaartepakket 4 wordt sterk afgeremd. Dit kan ook de doelgroep dementie raken. Bij personen met beginnende dementie en waarbij sprake is van regieverlies is toezicht houden en veiligheid bieden erg belangrijk. Indien de mantelzorg het niet meer ‘bijbenen kan’, ook niet met hulp van de thuiszorg, wordt de kwaliteit van leven voor thuiswonenden bedreigd wanneer de behoefte aan toezicht en veiligheid niet in voldoende mate beantwoord kan worden. Ook wordt geconstateerd dat gemeenten via de Wmo terughoudend (kunnen) zijn met het toekennen van respijtvoorzieningen of kortdurende verblijf (logeeradressen).

d. Onvoldoende (verkrijgbaar) aanbod (binnen zorgstelsel)

Op korte termijn wordt niet verwacht dat binnen de AWBZ meer plaatsen ZP 5 en 7 gerealiseerd mogen worden, terwijl het aantal mensen met dementie in Noord-Brabant tot 2030 stijgt tot bijna 60.000 (in 2012 wordt de populatie geschat op ruim 34.000), waarbij 18.000 mensen met dementie de behoefte aan 24-uurs toezicht met zorg- en begeleiding bestaat (in 2012 bestaat deze behoefte bij ruim 10.000 mensen). Hierdoor zullen naar verwachting de wachtlijsten voor opname (ZP 5 en 7) snel gaan stijgen. De vraag is ook of voldoende overbruggingszorg (en overbruggingsmiddelen) voor de mensen, die op de wachtlijst voor opname staan, beschikbaar is.

Het bestaande extramurale voorzieningenniveau zal niet toereikend zijn voor de groeiende groep thuisblijvende kwetsbaren, mede doordat het budget voor de functie Begeleiding binnen de Wmo 25% lager ligt dan in 2014 en de korting van 40% op huishoudelijke hulp. In het nieuwe stelsel zullen burgers voor individuele Wmo-voorzieningen een eigen bijdrage dienen te betalen, waarvan de hoogte afhankelijk is van hun inkomen en vermogen. Mensen met echte lage inkomens, zonder vermogen, en grote ondersteuningsbehoefte, zouden bepaalde voorzieningen niet meer of in voldoende mate kunnen verkrijgen. Kwetsbare groepen (waaronder mensen met dementie), die ook een grote sociale en

economische kwetsbaarheid hebben, zullen eerder de behoefte hebben aan servicediensten, individuele Wmo-voorzieningen en aan een beschutte woonvorm. De vraag is of doelgroepleden met een klein inkomen servicediensten en eigen bijdragen voor Wmo-voorzieningen kunnen financieren en of er in voldoende mate (in de eigen gemeente) beschutte woonvormen beschikbaar zijn.

e. Risico op kapitaalvernietiging

Door het opschroeven van de indicatiecriteria voor intramurale zorg is het proces van het leeg komen te staan van verzorgingshuiskamers al in 2013 op gang gekomen en worden her en der verzorgingshuisafdelingen of zelfs locaties gesloten. Dit heeft ook directe gevolgen voor de huidige bewoners van zo'n afdeling of locatie. Zij worden gedwongen om te verhuizen, wat een grote negatieve impact heeft op de kwaliteit van leven van deze bewoners.

Aanbieders zijn dringend op zoek naar alternatieve exploitatiemogelijkheden voor leegkomende verzorgingshuisappartementen, doch regelgeving, geen nieuwe toekenningen tot het omvormen van deze plaatsen tot verpleeghuisplaatsen en verouderde gebouwen belemmeren de mogelijkheden om voldoende capaciteit voor de toekomstige vraag te behouden.

3.3. Kansen

Het behoud van kwaliteit van leven voor zowel de persoon met dementie als voor de mantelzorger komt steeds meer centraal te staan en wordt steeds meer richtinggevend bij het kiezen van oplossingen. Het aandacht hebben voor wat iemand echt nodig heeft om zijn/haar kwaliteit van leven te behouden of te verkrijgen wordt bij aanbieders van zorg en welzijn en bij producenten sterk gestimuleerd.

Zo wordt nu sterk ingezet op het stimuleren van de ontwikkeling en de implementatie van sociale wijkteams (meer wijk-/dorpsgerichte zorg).

De noodzaak wordt onderkend van het inzetten op preventie van eenzaamheid en op het versterken van het welzijn van (potentiële) thuiswonende doelgroepleden en kwetsbare ouderen. Belangrijke aandachtspunten zijn: meer aandacht en inzet op het 'aandacht hebben/krijgen' in plaats van een zorghandeling en de noodzaak tot het zorgdragen voor voldoende direct intermenselijke en/of fysieke contactmomenten.

Domotica en technologische oplossingen worden toegankelijker en/of de acceptatie daarvan neemt toe.

De vragers zoeken naar nieuwe creatieve oplossingen als bestaande voorzieningen niet meer beschikbaar zijn. Zo zal een deel van de vragers hun hulp-/zorgvraag anders gaan formuleren en deze ontdoen van het 'zorg'-imago. Hierbij zullen vragers op zoek gaan naar integrale oplossingen, zodat behoeften die op meerdere levensdomeinen van de vrager spelen middels een oplossing beantwoord kunnen worden en naar (slimme) sociale en technologische oplossingen.

Ook zullen burgers met hulp- en zorgvragen, die niet meer (in voldoende mate) via de Wmo, ZVW of AWBZ beantwoord kunnen worden, of wanneer de eigen bijdragen te veel beslag leggen op het besteedbaar inkomen, op zoek gaan naar alternatieve oplossingen en middelen die 'dichtbij' aangeboden worden. De opkomst van digitale informele zorgdiensten (bijvoorbeeld zorg voor elkaar, we helpen) helpen hierbij.

Burgers/wijkbewoners verenigen zich om voor elkaar zorg te dragen zodat wensen of behoeften beantwoord kunnen worden zonder aanspraak te doen op collectieve middelen (burgerinitiatieven, zorgcoöperatie, wijkinitiatieven).

Naar verwachting zullen er zowel vanuit burgers zelf als van (nieuwe) ondernemers nieuwe (slimme) samenlevings(woon)vormen ontwikkeld gaan worden of de implementatie van vernieuwende woonconcepten versneld worden.

Meer 55+ers dan voorheen gaan zelf op zoek naar een passend bij hun wensen nieuwe woning of willen deze realiseren in (collectief) particulier opdrachtgeverschap. Zo ontstaan er ook steeds meer initiatieven die deze ontwikkeling willen ondersteunen, zoals Stichting Initiatieven Realisatie 55+ Woningbouw⁵.

De klant bepaalt steeds meer zelf welk product of arrangement hij wil en welke kwaliteitseisen hij hieraan stelt. Producenten en aanbieders zullen steeds meer en beter vraaggericht dienen te gaan werken.

Bestaand leegstaand of leegkomend zorgvastgoed biedt ook kansen om nieuwe woon(zorg) varianten te ontwikkelen, bijvoorbeeld groepswoonvormen, thuishuizen, woonappartementen met de mogelijkheden van inkoop van servicediensten.

Zorgaanbieders zien ook kansen en steken actief in op het ontwikkelen en realiseren van kleinschalige woonvormen en nieuwe arrangementen, zoals pluspakketten, met aanvullingen op bestaand zorgaanbod of servicepakketten (niet zijnde zorgproducten) zodat er meer diversiteit binnen het aanbod voor de klant ontstaat en waarvoor de klant ook zelf (deels) voor wil betalen. Op de markt zullen ook nieuwe ondernemers, al dan niet met een

zorgachtergrond (bijvoorbeeld schoonmaakbedrijven, buitenlandse ondernemingen) verschijnen. De concurrentie zal toenemen, maar ook de keuzemogelijkheden voor de klant. Zorgaanbieders worden actiever en zoeken samenwerking op om samen een efficiënter aanbod te realiseren, passend bij de regelgeving en de vraag.

3.4 Wie zijn de stakeholders?

Een **belanghebbende** of **stakeholder** is een persoon of organisatie die invloed ondervindt (positief of negatief) of zelf invloed kan uitoefenen op een specifieke organisatie, een overheidsbesluit, een nieuw product of een project.

We kunnen 3 belangrijke groepen stakeholders onderscheiden die hier van belang zijn, de persoon met dementie en mantelzorger(s) (A), de aanbieders van zorg en welzijnsvoorzieningen (B), en partijen in de sociale en fysieke omgeving (C).

A. Doelgroepleden:

Mensen met dementie, thuiswonend

- Alleenstaanden met mantelzorg binnen 30 minuten reisafstand
- Alleenstaanden zonder mantelzorg
- Samenwonend met oudere partner
- Samenwonend met gezin (veelal jongdementerenden)

Mantelzorgers van mensen met dementie

- (oudere) Partner
- Dochter, schoondochter (veelal sandwichgeneratie)
- Zoon
- Overige familieleden
- Buren
- Vrienden
- Kennissen

B. Aanbieders van ondersteuning, welzijn en zorg

- Vrijwilligers(organisaties) (bijv. Zonnebloem)
- Welzijnsorganisaties
- Maatschappelijk werk
- Thuiszorg
- Huisarts
- GGZ
- Geheugenpoli

- Casemanagers (dementieconsulenten, zorgtrajectbegeleiders)
- Sociale wijk(zorg-/woon-)teams
- Intramurale zorgorganisaties
- Welzijnsservice-organisaties

C. Belangenbehartigersorganisaties

- Alzheimerafdeling
- Ouderenbond

D. Maatschappij

- Buurt/wijk
- Parochie
- Middenstand
- Onderwijs
- Bank
- Politie

E. Ondernemers

F. Beleidsmakers

- Gemeente
- Zorgverzekeraar
- Zorgkantoor

4. Behoeften van de doelgroep, zorgverlening en zorggebruik

In dit hoofdstuk gaan we op de volgende onderwerpen in.

- Behoeften van de doelgroep
- Betrokkenen in de directe zorg voor personen met dementie en de fase van het ziekteproces waarin deze voornamelijk actief zijn
- Het gebruik van bestaande voorzieningen door doelgroepleden in Brabant, voor zover dit te achterhalen is
- Veranderingen in financiering van zorg voor de doelgroep
- Financieringskader voor voorziening in behoeften vanaf 2015

4.1. Behoeften van de doelgroep

Tot de doelgroep rekenen we zowel mensen met dementie als hun mantelzorgers. Schema 1 op de volgende pagina geeft het behoefteprofiel Dementie weer.

Schema 1
Behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers

Doel/functie	Gevorderde/diepe dementie				Matige/ernstige/gevorderde				Beginnende dementie				Niet plusfase / vermoeden				
1. Informatie & voorlichting	Informatie en voorlichting																
	Meldpunt																
2. Samen leven in de wijk	Versterken van de civil society																
	Vergroten van de sociale leefbaarheid en veiligheid(sgevoel)																
3. Participatie	Educatie en scholing (niet regulier)																
	Ontmoeting																
	Lotgenotencontact																
	Ontspanning																
	Sociale dagopvang																
	Sociale dagopvang en toezicht																
	Belangenbehartiging																
	Burgerparticipatie en beleidsontwikkeling																
	Bemoediging																
	Zelfstandig wonen in levensloopbestendige woning of in woonzorgwoningen																
4. Specifieke preventie	Aangepaste woonomgeving																
	Fysieke woningaanpassing																
	Veiligheidstechniek in de woning																
	(Verpleeg-) hulpmiddelen																
	Aangepaste woonvorm																
	Adviserende en administratieve hulpverlening																
	Financiële tegemoetkoming																
	Inkomensondersteuning																
	Consultatie en advies																
	Bemiddeling																
5. Wonen	Indicatie en toewijzing van individuele Wmo-voorzieningen																
	Indicatie van toewijzing van Wet Langdurige zorg																
6. Financiële/administratieve hulpverlening	Adviserende en administratieve hulpverlening																
	Financiële tegemoetkoming																
7. Het verkrijgen van voorzieningen op maat	Inkomensondersteuning																
	Consultatie en advies																
7. Het verkrijgen van voorzieningen op maat	Bemiddeling																
	Indicatie en toewijzing van individuele Wmo-voorzieningen																
7. Het verkrijgen van voorzieningen op maat	Indicatie van toewijzing van Wet Langdurige zorg																
	Indicatie van toewijzing van Wet Langdurige zorg																

	Indicatie voor verkrijgen van materiële/ financiële hulp			
	Regie en coördinatie			
	Cliënt(-systeem)ondersteuning			
	Openbaar vervoer			
8. Mobiliteit	Individuele vervoers/verplaatsingshulpmiddelen			
	Aangepast vervoer buitenshuis			
9. Service	Haal- en breng servicediensten			
	Servicediensten thuis			
	Overige servicediensten			
10. Voeding	Ondersteuning bij bereiding van de maaltijd			
	Maaltijdlevering thuis			
	Eetpunt			
11. Screening, diagnostiek en behandeling	Screening en diagnostiek			
	Behandeling			
	Crisisinterventie			
12. Steun en hulp van mantelzorg	Begeleiding en ondersteuning van mantelzorg			
	Tijdelijk ontlasten van de mantelzorg			
	Verlichting van zorgtaken			
13. Zorg en thuis wonen	Ontheffing inkomensverwerving			
	Ondersteunende begeleiding			
	Toezicht			
	Huishoudelijke hulp			
	Persoonlijke verzorging			
	Verpleging			
	Activerende begeleiding (dagstructurering en activering)			
	Kleinschalig wonen (scheiden van wonen en zorg)			
14. Onzelfstandig wonen	Tijdelijk verblijf (kortdurend verblijf)			
	Langdurig verblijf (ZP 4, ZP 5 of ZP 7)			



■ Behoeftesysteem aanwezig
■ Behoeftesysteem aanwezig
■ Grote behoefte, beantwoording is noodzakelijk

4.2 Betrokkenen in de dementiezorg

Het merendeel van de ondersteuning, begeleiding, (24-uurs) toezicht en zorg wordt door familie geleverd. Vooral door partners en op de tweede plaats door (schoon-) dochters (de zogenoemde ‘sandwichgeneratie’). Naast de familie, kennissen en burens kunnen vrijwilligers en professionele hulpverleners een deel van de zorg en begeleiding bieden. Zie onderstaand overzicht met de mogelijke betrokkenen in de directe zorg, ingedeeld naar fase van dementie.

Schema 2
Mogelijke betrokkenen in de directe dementiezorg

	Voor de diagnose	Diagnosefase	Manifeste fase	
			Thuis	Opname
Familie				
Burens, kennissen, vrienden				
Informele zorg				
Verenigingen				
Welzijnsorganisatie				
Ouderenadviseur				
Wijkverpleegkundige				
Huishoudelijke hulp				
Persoonlijke zorgverleners (thuiszorg)				
Maatschappelijk werk				
Huisarts				
Specialist				
Geheugenpoli				
GGZ				
SPV-er				
Casemanager/dementieconsulent/ zorgtrajectbegeleider				
Ergotherapeut				
Logopedist				
Fysiotherapeut				
Serviceinstellingen				
Dagopvang				
Dagverzorging/zorgboerderij				
Dagbehandeling				
Kortdurend verblijf				
Kleinschalig wonen			Zonder CIZ-indicatie Verblijf	Met CIZ-indicatie Verblijf
Intramurale zorg (ZZP 4, 5 of 7)				Met CIZ-indicatie Verblijf

4.3 Gebruik van voorzieningen door de doelgroep

Helaas zijn niet van het gebruik van alle mogelijke ondersteuningsvormen en voorzieningen landelijke, provinciale of gemeentelijke gegevens bekend. Bij bepaalde voorzieningen wordt de diagnose van de persoon niet geregistreerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor welzijnsproducten; ook in de registratie van het CAK worden de gebruikers van Huishoudelijke Hulp niet ingedeeld naar diagnose, daar dit geen indicatiecriterium is om deze voorziening toegewezen te krijgen. Daarnaast heeft een deel van de doelgroep nog geen diagnose (de

omvang van deze groep wordt geschat op 40% van de populatie dementie). Over het gebruik van (specifieke) voorzieningen door mantelzorgers zijn geen gegevens bekend. Wel is meer bekend over de behoeften van de groep mantelzorgers van mensen met dementie. Zij hebben vooral behoefte aan de volgende 3 typen professionele zorg en ondersteuning 1. Informatie en voorlichting (77%), Casemanager (76%) en Activiteiten voor de persoon met dementie (74%)⁶.

Via het CIZ zijn wel gegevens over het gebruik van AWBZ-functies door de doelgroep PG 65+ beschikbaar. In de rapportages van het CIZ, die een keer per kwartaal verschijnen, worden echter het aantal geïndiceerden voor de verschillende AWBZ-functies voor jongdementerenden niet vermeld.

Aanspraak op AWBZ-voorzieningen door de doelgroep PG Noord-Brabant, peildatum 1 januari 2014⁷

Op 1 januari 2014 hebben 15.835 mensen een AWBZ-indicatie op basis van grondslag PG. Dit is 46,1% van de populatie dementie. Hiervan is 97,5% 65 jaar of ouder.

Extramurale AWBZ-functies	Aantal doelgroep PG	% van populatie dementie N = 34.325
Persoonlijke verzorging	1595	4,6
Verpleging	410	1,2
Begeleiding individueel	325	0,9
Begeleiding groep	2.360	6,9
Vervoer bij begeleiding	2.305	6,7
Kortdurend verblijf	25	0,1

Percentages zijn afgerond op 1 decimaal

Opvallend is het lage percentage mensen met dementie aan wie de AWBZ-indicatie 'Begeleiding' is toegekend, gezien het gegeven dat veel mantelzorgers de zorg voor hun naaste als een hoge en zware belasting ervaren en juist de functie 'Begeleiding' hen respijt zou kunnen bieden. Omgerekend naar het percentage thuiswonenden is 9,8% voor de functie 'Begeleiding groep' geïndiceerd en 1,4% voor de functie 'Begeleiding individueel'.

Een mogelijke verklaring voor dit lage percentage kan zijn dat met name mantelzorgers de zorg voor hun partner met dementie moeilijk los willen of kunnen laten of kunnen overdragen aan een ander. Daardoor zouden zij minder gemakkelijk om deze functie kunnen vragen. In de praktijk blijkt dat de functie 'Begeleiding' veelal pas ingezet wordt wanneer de dementie al 'matig gevorderd' is of wanneer de mantelzorger overbelast dreigt te raken of overbelast is. Uit de *Dementiemonitor Mantelzorg 2013* komt naar voren dat respijtzorg en dagopvang voor mantelzorgers belangrijk zijn om 'even op adem te komen' en om overbelasting te voorkomen. Mantelzorgers geven aan dat zij grote behoefte hebben aan activiteiten voor

de naaste, maar dat niet altijd van bestaande voorzieningen gebruik wordt gemaakt. De vraag is of het bestaande voorzieningenaanbod voldoende aansluit bij de individuele wensen en mogelijkheden van de doelgroep. Het is de vraag of de aangeboden activiteiten voldoende 'op maat' worden aangeboden.

Ook de andere extramurale AWBZ-functies zijn maar aan een beperkt aantal personen met dementie toegekend.

Veel thuiswonende mensen met dementie ontvangen geen begeleiding en/of zorg van professionele hulp- of zorgverleners bij HDL- en ADL-activiteiten en toezicht. Het leeuwendeel van deze zorg wordt in deze situatie door de mantelzorg en/of directe omgeving geboden.

AWBZ-verblijfsindicatie	Aantal mensen op 1 jan. 2014
ZZP V&V 1	535
ZZP V&V 2	1.865
ZZP V&V 3	3.310
ZZP V&V 4 (naar schatting 50% behoort tot doelgroep PG)	4.775

Op 1 januari 2014 hebben 24.625 mensen in Noord-Brabant een AWBZ-indicatie Verblijf V&V. Hiervan 12.425 met de grondslag PG van 65 jaar en ouder. Dit is 37,5% van de totale populatie dementie. Een AWBZ-indicatie ZZP 5 of 7 hebben 10.535 van de dementiepopulatie. Dit is 30,7 % van de totale populatie dementie. Deze verblijfsplaatsen vallen binnen de door de Provincie Noord-Brabant gehanteerde categorie 'Beschermd wonen'.

AWBZ-verblijfsindicatie	Aantal mensen met dementie op 1 jan. 2014
ZZP V&V 5	8.160
ZZP V&V 7	2.375

Op 1 januari 2014 hebben 2525 cliënten met de grondslag PG een geldige indicatie voor extramurale AWBZ-zorg met een of meer functies die overgaan naar de Wmo.

Het gaat hierbij om de volgende AWBZ-functies: Begeleiding (individueel en groep) en Kortdurend Verblijf. Van deze groep heeft 1630 als secundaire grondslag somatiek. 120 cliënten van deze groep behoren tot de groep van jongdementerenden (jonger dan 65 jaar).

4.4 Specifieke veranderingen in financiering van zorg voor de doel-groep

In het volgend overzicht worden de veranderingen binnen het zorgstelsel tot 2016 vermeld, die van invloed zijn op de vormgeving en organisatie van de begeleiding en zorg voor mensen met dementie.

Bezuiniging op budget Wmo-Huishoudelijke hulp

Vanaf 2014 wordt deze voorziening inkomensafhankelijk voor nieuwe cliënten. Vanaf 2015 ook voor bestaande cliënten. Het wordt een maatwerkvoorziening: cliënten komen alleen nog in aanmerking voor huishoudelijke hulp via de gemeente als de gemeente beslist dat zij echt huishoudelijke hulp nodig hebben en het niet zelf kunnen betalen. Budgetbezuiniging: tot 60% van het budget 2013.

AWBZ wordt ingetrokken en Wet Langdurige (Intensieve) Zorg gaat in werking

Vanaf 2015.

AWBZ Begeleiding

Vanaf 2015 wordt deze functie opgenomen in de Wmo. Dit gaat gepaard met een bezuiniging van € 1,6 miljard (25% van het huidige budget).

AWBZ Persoonlijke zorg

Vanaf 2015 opgenomen in de Zorgverzekeringswet (geen indicatie vereist, wel verwijzing huisarts of specialist).

AWBZ Verpleging

Zorgverzekeraars gaan vanaf 2015 de medische zorg uitvoeren: verpleging en langdurige geestelijke gezondheidszorg. In de Zvw wordt een nieuwe aanspraak opgenomen: thuisverpleging. Deze aanspraak omvat verpleging en indien onlosmakelijk daarmee verbonden ook verzorging.

AWBZ Kortdurend verblijf

Per 2015 kan geen aanspraak meer worden gemaakt op de extramurale functie begeleiding, kortdurend verblijf en bijbehorend vervoer in de AWBZ. Deze functies worden overgeheveld naar de gemeente, binnen de Wmo.

ZZP VV 1 en 2

Is vervallen voor nieuwe cliënten vanaf 2013.

ZZP VV 3

Is vervallen voor nieuwe cliënten vanaf 2014.

ZZP VV 4

Gedeeltelijk extramuralisering vanaf 2016 (50%), -> zorg in eigen omgeving.

ZZP VV 9a en 9b

Geriatrische revalidatie is per 1 jan. 2013 overgegaan naar de Zvw.



5. Oplossingsrichtingen

De oplossingsrichtingen geven aan hoe zo goed mogelijk thuis in eigen huis of thuis in eigen wijk/kern blijven wonen bevorderd kan worden en de noodzaak tot opname in het kader van de Wet langdurige zorg verminderd kan worden.

Onze analyse van de verkregen gegevens uit interviews met mantelzorgers, experts en de focusgroep bijeenkomst met burgerexperts leverde de volgende oplossingsrichtingen op.

1. Voorbereid zijn op je eigen toekomst
2. Dementievriendelijke gemeenschap
3. Goede zorg in de buurt
4. De mantelzorg overeind houden
5. Wonen in eigen huis en/of samen met mantelzorg
6. Wonen in je eigen omgeving

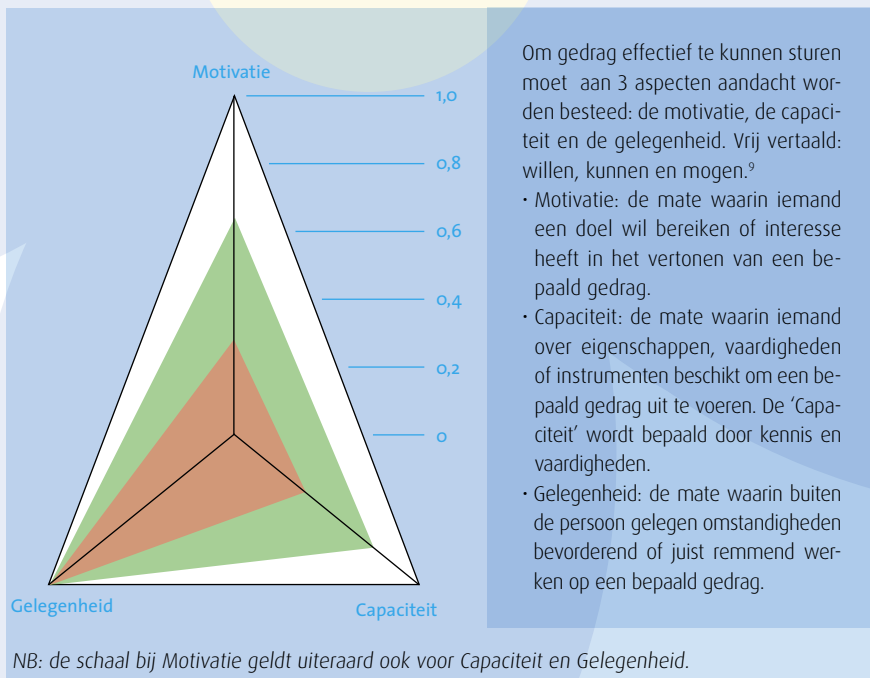
5.1 Voorbereid zijn op je eigen toekomst

Als je je goed wilt voorbereiden op de toekomst is nodig dat je bewust bent wat de toekomst zou kunnen brengen en wat mogelijkheden zijn om daarmee rekening te houden. Voorbereiding op de toekomst en bewustwording liggen in elkaars verlengde. Bewustwording houdt in dat er kennis aanwezig is over hoe een toekomstige situatie er uit kan zien en wat dan de mogelijkheden zijn om hiermee om te gaan. Voorbereiding houdt in het ondernemen van acties die preventief kunnen werken en mogelijke problemen kunnen voorkomen. Het gaat dan om het alvast maatregelen treffen om voorbereid te zijn op mogelijke problemen.

Om te bezien hoe bewustwording en voorbereiding op de toekomst kunnen worden bevorderd is inzicht in hoe het gedrag van mensen door beleid beïnvloed kan worden essentieel. Beleidsmakers maken nogal vaak een verkeerde inschatting van wat de effecten zullen zijn van hun plannen. Beleid kan daardoor soms zelfs het tegenovergestelde bereiken van wat de bedoeling was. Er zijn veel theorieën en modellen over de invloed van beleid op gedrag. Hier maken we gebruik van het zogenaamde Triade-model dat ontwikkeld is door Professor Theo Poiesz (zie bijvoorbeeld Poiesz, 2014). Dit model sluit aan bij de principes van vele andere modellen en laat op een inzichtelijke en eenvoudige wijze

zien welke factoren bepalen of beleid effect heeft op gedrag van mensen. Daarom kiezen we hier voor dit model. De kern daarvan zullen we nu toelichten. Volgens het model zijn er drie kernfactoren die bepalen of een bepaald (gewenst) gedrag zal plaatsvinden: de motivatie voor iets (in hoeverre is men gemotiveerd om iets te doen), de gelegenheid om iets te doen (in hoeverre zijn de mogelijkheden aanwezig), en de capaciteit om iets te doen (in hoeverre is men in staat om iets te doen). Volgens het model moeten alle factoren aanwezig zijn om te leiden tot een bepaald gedrag. Het ontbreken van een factor leidt ertoe dat het gedrag niet kan optreden. Als iemand bijvoorbeeld wel gemotiveerd is en er is gelegenheid, maar de eigen capaciteiten zijn onvoldoende, dan kan het gewenste gedrag niet optreden. De drie factoren hoeven niet met elkaar in evenwicht te zijn, maar het is wel belangrijk om er rekening mee te houden dat ze naar elkaar zullen toegroeien. Als we dit model toepassen op gedragingen die nodig zijn om voorbereid te zijn op de toekomst, dan kunnen we ons bijvoorbeeld afvragen wat er nodig is om iemand van 40 preventief aanpassingen in het huis te laten aanbrengen. De motivatie van deze persoon zal laag zijn omdat het nog zoveel jaren duurt voordat de aanpassingen eventueel nodig zijn, en ook omdat men er zich niets bij kan voorstellen. De capaciteit (bijvoorbeeld financiële middelen) en gelegenheid (tijd om te besteden aan een verbouwing) zijn er in principe wel, maar zullen niet worden ingezet omdat de motivatie laag is.

Triade-model Prof. Theo Poiesz⁸



Naarmate iemand ouder wordt kan de motivatie toenemen, omdat men dan inziet waarom aanpassingen nodig zijn. Men heeft de bereidheid om er wat aan te gaan doen. Maar dan kan het bijvoorbeeld zijn dat men over de jaren heen geen geld opzij gezet heeft voor aanpassingen in het huis. Dus dan is de (financiële) capaciteit onder de maat. Dit heeft tot gevolg dat de motivatie om er dan alsnog aan te gaan werken die eerst hoog was, dan zal wegzakken.

Dit kan leiden tot een soort vicieuze cirkel: op het moment dat men tijd heeft, is er het geld niet en op het moment dat er geld is, heeft men de motivatie niet. Ook de gelegenheid speelt een rol. Naarmate men ouder wordt neemt het aantal jaren af dat men nog voor toekomstvoorzieningen kan sparen. Met het verloop van de tijd wordt de gelegenheid kleiner.

Het is het doel van beleidsmakers om ervoor te zorgen dat het niet kan dat een situatie ontstaat waarin men zich nergens van bewust is. Als men denkt "dat zien we later wel", is men niet voorbereid op de toekomst. Beleidsmakers moeten zich richten op het bevorderen van activiteiten die mensen kunnen ondernemen om zich voor te bereiden op de toekomst. Maar "..... de beleidsmakers in de zorg hebben het heel veel over maatregelen en effecten, maar veel minder over wat mensen zouden moeten doen om de maatregelen daadwerkelijk effect te laten hebben." (Poiesz, 2014).

Hoe kan dan bewustwording en voorbereiden op de toekomst worden bevorderd?

- Belangrijk is te focussen op wat mensen zouden kunnen doen. Dit wordt vaak vergeten, beleidsmakers benoemen vaak niet wat mensen moeten doen. Dit geldt zowel voor de primaire doelgroep 'mensen met dementie' als ook voor hun sociale omgeving. Beleidsmakers dienen als eerste stap de gedragsdoelstellingen te definiëren. Als tweede stap het analyseren van de redenen waarom mensen iets wel zouden doen. Nog belangrijker is het achterhalen waarom mensen iets niet zullen doen! Op basis daarvan kan een communicatiebeleid worden opgesteld.
- Werken met voorbeelden die laten zien hoe mensen het wel geregeld hebben kan motiverend werken. Voorbeelden kunnen ook het beeld verbeteren dat mensen hebben van de gelegenheid. Dit werkt vooral als men zich kan identificeren met de persoon of als de situatie lijkt op de eigen situatie.
- Naast bewustwording over wat wenselijk is om te doen, dient ook informatie en kennis aangereikt te worden over hoe je het kunt doen of kunt bereiken. Veel mensen in de categorie 50-plus sparen al voor vakanties of een koelkast, maar echter niet voor structurele kosten of mogelijkheden in de toekomst. Men heeft de capaciteit en de gelegenheid, maar niet de motivatie. Men moet eerst geïnteresseerd worden, dan gaat men er over nadenken, en vervolgens is belangrijk om het concreet te maken (bijvoorbeeld: hoeveel geld moet ik dan hebben? Wat moet ik dan laten doen?). Als mensen dat niet weten zijn ze niet gemotiveerd. En zowel motivatie, capaciteit en gelegenheid zijn nodig voor actie.

- Het is belangrijk om duidelijke voorbeelden te geven van effecten van keuzes. Geef aan wat de verschillende effecten zijn voor mensen die iets wel of niet hebben gedaan. Wat zijn dan bijvoorbeeld de verschillen in leefsituatie, wat kan iemand dan nog wel en niet? Laten zien wat de effecten van keuzes zijn kan de motivatie vergroten om gedrag te bevorderen dat past bij de doelstellingen van het (overheids)beleid.
- Laat mensen ervaren hoe het is om dementie te hebben om de beleving dichterbij te halen. Met concretiseren wordt de capaciteit verhoogd. De motivatie en de gelegenheid kunnen dan dichterbij worden gehaald.
- De beleidsmakers (**overheid en zorgverzekeraars**) dienen de condities te scheppen zodat mensen ook het gewenste gedrag kunnen gaan vertonen en dienen na te gaan welke partijen daar een bijdrage aan kunnen leveren. Denk hierbij aan de stakeholders: woningbouwcorporaties, welzijn- en zorgorganisaties, maar ook pensioenfondsen, vakbonden, onderwijs en patiëntenverenigingen. Als aannemelijk gemaakt kan worden dat door gebruik van een bepaalde technologie of oplossing/product mensen langer zelfstandig thuis kunnen wonen en er dus zo op zorgkosten kan worden bespaard, dan liggen hier mogelijkheden om goede condities te scheppen. Besparingen op deze manier zijn interessant voor verzekeraars en lokale overheden.
- **Provinciale en lokale ouderenbonden** kunnen een belangrijke bijdrage leveren in het bewustwordingsproces, zodat mensen ook goed voorbereid zijn op hun toekomst na hun 55ste levensjaar. Deze ouderenbonden beschikken over een zeer groot netwerk aan opgeleide vrijwilligers die een signaalfunctie kunnen vervullen of ingezet kunnen worden voor individuele en groepsvoorlichting en/of coaching. Van belang is dat de **Provincie** de activiteiten en inzet van provinciale partijen blijft faciliteren.

5.2 Dementievriendelijke gemeenschap¹⁰

Net zoals andere kwetsbare groepen maken personen met dementie deel uit van de samenleving. Vooral het belang van een plaats binnen de lokale gemeenschap kunnen blijven hebben kan niet genoeg benadrukt worden. Mensen met dementie worden geconfronteerd met veel vooroordelen en clichés die een spontane communicatie in de weg staan. Dit treft ook de familie of de mantelzorg. Het contact met de lokale gemeenschap brokkelt af.

Uitgangspunt van 'dementievriendelijke gemeenschap' is dat mensen met dementie kunnen blijven meedraaien in de lokale gemeenschap, deel kunnen nemen aan het openbare leven en zich veilig en vertrouwd thuis voelen in de eigen wijk. Door hier op in te zetten



wordt ook gewerkt aan het verbeteren van de levenskwaliteit van de partners, familie, mantelzorgers en vrienden, doordat zij in een dementievriendelijke gemeenschap een grotere acceptatie ervaren en minder in een sociaal isolement terecht komen. Meer kennis over dementie bij de omgeving, in de wijk, zal een stimulerend effect hebben op het vergroten van het sociaal vangnet rond personen met dementie en zijn mantelzorgers. Doordat mensen met dementie in een dementievriendelijke gemeenschap langer thuis kunnen blijven wonen én hun levenskwaliteit toeneemt zal de vraag naar (maatwerk-) voorzieningen en/of (vroegtijdige) opname afgeremd worden.

Gemeinsam für ein besseres Leben mit demenz' (Robert Bosch Stiftung)

Waar richt de beweging Dementievriendelijke gemeenschap zich op?

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. Naar een andere beeldvorming | Weg met het taboe! |
| 2. Naar meer kennis | Inzicht biedt uitzicht |
| 3. Naar een betere integratie | Mensen met dementie tellen mee |
| 4. Naar meer ontmoetingen | Samen |
| 5. Naar betere contacten tussen generaties | Voor jong en oud |
| 6. Naar meer welzijn | Warme zorg |
| 7. Naar meer autonomie | Burgers zoals u en ik |
| 8. Naar lagere drempels | Iedereen welkom! |
| 9. Naar een veiligere samenleving | Veilig thuis! |
| 10. Naar de mobilisatie van een hele gemeente | Gemeentebreed |

Een verdere uitbreiding van de professionele zorgsector is door de grote zorgstelselveranderingen niet te verwachten. Om 'goed thuis kunnen blijven wonen' voor mensen met dementie te kunnen waarborgen dienen buiten de traditionele zorgsector andere elementen in de samenleving gestimuleerd en geactiveerd te worden om een bijdrage te leveren in het realiseren van een open, warme en veilige woon- en leefklimaat.

Op **lokaal** vlak dienen er initiatieven opgestart te worden, en dit niet enkel vanuit de traditionele sectoren, zoals de zorg en welzijn, die zich vandaag al aangesproken voelen.

De **gemeente** is bij uitstek de partij die hierin **regie** kan voeren.

Aanbevolen wordt om een lokaal samenwerkingsverband of netwerk, bestaande uit stakeholders uit alle levensdomeinen, op te bouwen dat aan de slag gaat met bijvoorbeeld de volgende vraagstellingen.

- Hoe kunnen we zorgen dat de omgeving 'dementiebewust' wordt? Welk gedrag is daarvoor nodig?
- Welke voorwaarden dienen we te scheppen voor contact en ontmoeting en om 'deuren' te openen, die anders voor mensen met dementie gesloten blijven?
- Hoe veranderen we onze wijken, dorpen, gemeenten en steden in plekken die een leven met dementie beter mogelijk maken? Wat moeten we daarvoor doen?
- Hoe kunnen mensen met dementie zich veilig voelen en zijn in supermarkten, restaurants, bioscopen en sportverenigingen en zorgen dat zij daar respectvol bejegend worden?
- Hoe kan een spontane omgang gestimuleerd worden tussen mensen met en zonder dementie? En tussen generaties?
- Hoe kunnen we de woon-/leefsituatie creëren, waarin de persoon met dementie zich thuis, vertrouwd en veilig voelt en waarin deze en zijn mantelzorger in de eigen thuissituatie voldoende ondersteuning, begeleiding en zorg kan ontvangen? Welke voorzieningen zijn dan nodig?
- Hoe kunnen we het zorgen voor elkaar in de gemeenschap stimuleren?
- Wat kunnen we doen om te zorgen dat familie of de mantelzorger voldoende respijt ervaart of heeft?

De **Provincie Noord-Brabant** kan de beweging, het proces van het dementieminde maken van de samenleving stimuleren door

- gemeenten en stakeholders te inspireren door inspiratie- en kennisbijeenkomsten te organiseren op subregionaal niveau (vergroten van de capaciteit en motivatie);
- goede voorbeelden beschrijven en presenteren, zowel digitaal (website) als tijdens conferenties (vergroten van de capaciteit);

Stakeholders in een lokaal samenwerkingsverband samenwerkend aan Dementievriendelijke gemeenschap:

- Gemeente
- Alzheimerafdeling
- Lokale ouderenbonden
- Informele zorgorganisaties
- Vrijwilligersorganisaties (ook buiten het zorgveld actief)
- Steunpunt mantelzorg
- Welzijnsorganisatie
- Zorgorganisaties (thuiszorg, GGZ en intramurale zorg)
- Ondernemers (MKB)
- Onderwijsinstellingen
- Horeca
- Winkeliers
- Banken
- Politie
- Vervoersorganisaties
- Culturele organisaties
- Sportorganisaties

Ook worden burgers opgeroepen om zich aan te sluiten bij het netwerk en initiatieven te ontplooiën en uit te voeren.

- faciliteren van het lokale netwerkvormingsproces en actieplanontwikkeling (vergroten van de gelegenheid)
- advisering en bieden van ondersteuning aan DVG-netwerken bij het uitwerken van plannen (vergroten van de capaciteit).

Bovenstaande taken kunnen het beste vorm gegeven worden door een provinciale advies en coördinatiepunt DVG, waar DVG-netwerken en belangstellenden informatie en advies kunnen inwinnen. Dit coördinatiepunt DVG kan netwerken en/of vraagstellers met elkaar in verbinding brengen om kennis uit te wisselen. Ook kan het coördinatiepunt DVG kennisuitwisselingsbijeenkomsten organiseren en begeleiden.

Uiteindelijk doel van de activiteiten is dat de dementievriendelijke gemeenschap gedrag van mensen met dementie en mantelzorgers ondersteunt. De capaciteit en gelegenheid om langer zelfstandig te blijven wonen kunnen worden vergroot. De dementievriendelijke gemeenschap kan ook de motivatie van mensen met dementie en mantelzorgers om langer thuis te blijven wonen bevorderen.

Als we meer specifiek kijken naar de vraag "Wat maakt de woon- en leefomgeving dementievriendelijk?", dan kunnen we aansluiten bij de zeven aspecten die genoemd worden als kenmerken van een leeftijdsvriendelijke woon-/leefomgeving. Deze aspecten zijn ook voor mensen met dementie en hun mantelzorgers van belang. Het gaat om:

1. De gezondheidszorg (bijv. collectieve en individuele voorzieningen, cure en care)
2. De sociale omgeving (bijv. de beschikbaarheid van sociaal netwerk, ontmoetingsmogelijkheden en respijtoorzieningen)
3. Participatiemogelijkheden
4. De fysieke omgeving (bijvoorbeeld de inrichting van de buitenruimte)
5. Huisvesting (bijv. levensloopbestendige woningen en alternatieve woonvormen voor mensen met dementie)
6. Vervoer
7. Toegang tot informatie

Paragraaf 5.3. gaat over de zorg en de sociale omgeving en participatiemogelijkheden en sluit aan bij punt 1, 2, en 3. Paragraaf 5.5. en 5.6. gaan nader in op de fysieke omgeving en huisvesting en sluiten aan bij punt 5 en 6. Paragraaf 5.4. kijkt specifiek naar het perspectief van de mantelzorg.

5.3 Goede zorg in de buurt en wijk

5.3.1 Zorginfrastructuur en goede 'zorg'

Het bieden van goede zorg en het inrichten van de zorginfrastructuur is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en overheid. Het cliëntperspectief moeten zij daarbij centraal stellen.

De zorg en infrastructuur moeten aan kwaliteitseisen voldoen. Hieronder bespreken we hoe de kwaliteit van de voorzieningen en het (gemeentelijk) beleid kan worden beoordeeld.

- Wat een goed **voorzieningenaanbod** is voor de doelgroep Dementie wordt bepaald door de vraag in hoeverre dit past bij de behoeften. Zijn de nodige en/of gewenste voorzieningen (producten, diensten, hulp of zorg) beschikbaar en bereikbaar? Het volgende overzicht (pag.48-49) geeft inzicht in het gewenste niveau van voorzieningen passend bij de verschillende behoeften van de doelgroep.¹³

Aan de hand van dit overzicht kunnen stakeholders (burgers, doelgroepleden, gemeente en aanbieders) het aanbod van voorzieningen doorlichten en zo mogelijke witte vlekken en/of overlappingen in het aanbod in kaart brengen. Met deze analyse kunnen acties bepaald worden om de capaciteit te verbeteren, zoals het realiseren van ontbrekende voorzieningen of het intensiveren van samenwerking van verschillende aanbieders. Doel is te komen tot een effectievere en efficiëntere inzet van middelen en tot een hogere kwaliteit.¹⁴

- Naast een optimaal aanwezig en bereikbaar voorzieningenaanbod dient de hulp, begeleiding, zorg en behandeling te voldoen aan de normen van goede dementiezorg zoals vastgelegd in de *Zorgstandaard Dementie*.¹⁵ De zorgstandaard is bedoeld voor aanbieders, huisartsen, beroepskrachten en vrijwilligers, die te maken krijgen met de preventie, diagnostiek, zorg en behandeling en ondersteuning bij dementie, maar ook voor de mensen met (een vermoeden op) dementie zelf en hun naasten en voor gemeenten en zorgverzekeraars.

Zorgstandaard Dementie

De zorgstandaard beschrijft de normen waaraan dementiezorg moet voldoen en geeft een beschrijving van het complete zorgcontinuüm: van vroegsignalering en preventie tot diagnostiek, casemanagement, behandeling, begeleiding en steun en levering van zorg en diensten. De beschrijving is functioneel. Dit wil zeggen: op welke wijze de zorg wordt georganiseerd en wanneer, maar niet wie deze uitvoert of waar dit gebeurt. De wensen en behoeften van mensen met dementie en hun naasten zijn uitgangspunt van optimale dementiezorg.

De kern van een zorgstandaard is een heldere beschrijving van de goede begeleiding, zorg en behandeling voor mensen met dementie en de organisatie daarvan, zodat een multidisciplinaire aanpak goed kan worden ingericht in een integrale benadering met de patiënt centraal.

Dankzij de heldere beschrijving weten mensen met dementie en hun naasten waarop zij mogen rekenen en is een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden mogelijk tussen de betrokken disciplines. Dit bevordert hoogwaardige zorgverlening en stroomlijning in efficiënte processen met optimale kwaliteit.

Bron: Alzheimer Nederland en Vilans, 2013

Om de Zorgstandaard Dementie goed te implementeren is afstemming tussen en samenwerking van **gemeenten en zorgverzekeraars** essentieel.

Ook dient de Zorgstandaard Dementie op de agenda te staan bij de ontwikkeling van de sociale wijkteams. (Zie hieronder.)

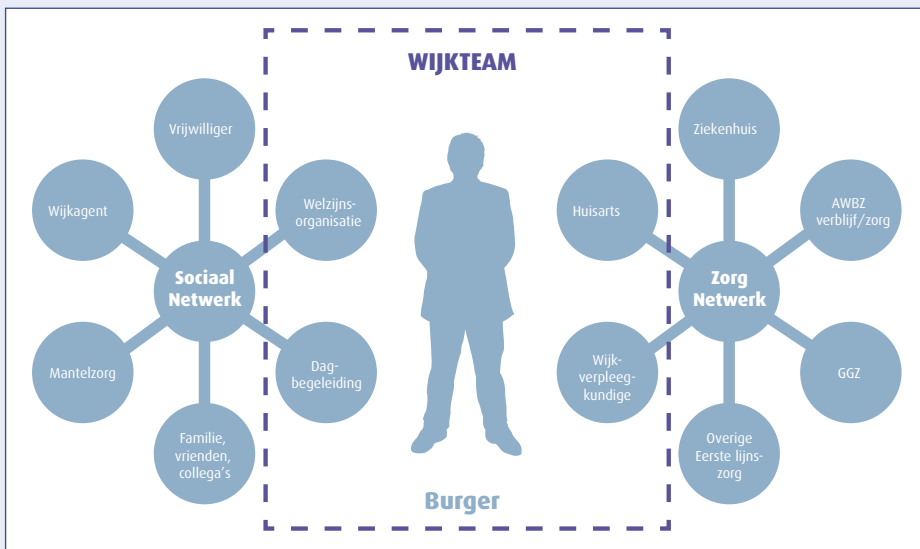
- Voor informatie over wie verantwoordelijk is voor de beschikbaarheid van een bepaalde voorziening verwijzen wij naar paragraaf 4.5 (Financieringskader voor beantwoording van behoeften vanaf 2015). Hierbij wordt onderscheid gemaakt in bekostiging uit: eigen middelen, Wmo, Overige regelingen van de overheid, ZVW en Wet langdurige zorg.
- Het **beleid van de gemeente** bepaalt, rekening houdend met de in de Wmo aan de gemeente toegekende verantwoordelijkheden, in grote mate of het voorzieningsniveau voldoende bijdraagt aan het behoud van de kwaliteit van leven voor thuiswonende mensen met dementie (70 % van de populatie, van wie bijna de helft zonder partner of inwonend familielid) en hun mantelzorgers. Met het instrument **Dementieproefmeter**, dat door de Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric in 2010 ontwikkeld en voor de periode vanaf 2015 bijgesteld is, kan het bestaand gemeentelijk dementiebeleid in kwalitatieve zin in beeld worden gebracht. Met andere woorden met de Dementieproefmeter wordt inzichtelijk in hoeverre de gemeente zorg draagt voor de noden van de thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers Gewenst aanbiedingsniveau

Doel/functie	Gewenst aanbiedingsniveau						
	Thuis	Buurt	Wijk	Gemeente	Dubregio	Regio	
1. Informatie & voorlichting							
2. Samen leven in de wijk							
3. Participatie							
4. Specifieke preventie							
5. Wonen							
6. Financiële/administratieve hulpverlening							
7. Het verkrijgen van voorzieningen op maat							

• **Sociale wijkteams**

Samenwerking tussen **gemeenten en zorgverzekeraars** is cruciaal om te komen tot een integraal en samenhangend pakket van zorg en ondersteuning voor cliënten waaraan zorg en ondersteuning uit verschillende stelsels wordt verleend.¹⁶ Om dit te stimuleren zijn de taken van de wijkverpleegkundige en de vereiste samenwerking met gemeenten en participatie in de sociale wijkteams wettelijk vastgelegd in het besluit zorgaanpak krachtens de Zvw. Daarin is opgenomen dat de wijkverpleegkundige moet participeren in een sociaal wijkteam (indien aanwezig). Coördineren, signaleren en coachen vallen expliciet onder de wettelijke aanspraak van de wijkverpleging, evenals individuele, geïndiceerde preventie.



Model wijkteam (VGZ)

In de bekostiging wordt een deel van het budget beschikbaar gesteld om ‘niet-toewijsbare zorg’, zoals de mogelijkheid om ‘achter de voordeur te komen’ en deelname in een sociaal wijkteam mogelijk te maken. Dat betekent dat zorgverzekeraars en gemeenten afspraken moeten maken over de inzet van de wijkverpleegkundige.

Bij de ontwikkeling van het sociale wijkteam dient de **gemeente** er zorg voor te dragen dat er een binding is met de bewoners van de betreffende wijk. Vertegenwoordigers van bewoners, zoals Alzheimerafdeling, ouderenbonden en wijkorganisaties dienen als volwaardige partner in het ontwikkelingstraject en in de monitoringsfase van het sociale wijkteam te participeren.

5.3.2 Sociale steun versterken en/of vergroten

Informele steunsystemen zijn voor de kwaliteit van leven van zowel de mantelzorger als de persoon met dementie van groot belang. Vrijwilligerswerk (werk dat in enig georganiseerd verband, onverplicht en onbetaald wordt verricht ten behoeve van anderen of de samenleving), burenhulp (informele hulp- en dienstverlening die mensen die dicht bij elkaar wonen aan elkaar geven, buiten enig organisatorisch verband om) en wederzijdse hulpdiensten¹⁷ kunnen in dit steunsysteem belangrijke rollen innemen.

Ook de **gemeente** heeft een groot belang bij veel maatschappelijke verbanden in een wijk of de gemeente, daar deze bijdragen aan het laag houden van de vraag naar en het gebruik van individuele (zorg-)voorzieningen. De gemeente kan dit beïnvloeden door:

1. het verenigingsleven (bijvoorbeeld ouderenverenigingen) en het ontstaan van vrijwilligersinitiatieven te stimuleren (bieden van gelegenheid);
2. wederzijdse hulpdiensten en informele vormen van mantelzorgondersteuning te helpen opzetten en deze te faciliteren (capaciteit vergroten);
3. vrijwilligerswerk te ondersteunen bijvoorbeeld door het subsidiëren van een vrijwilligerscentrale (bieden van gelegenheid);
4. Verenigingen, bijvoorbeeld sportverenigingen, te waarderen voor het inzetten van vrijwilligers voor een bepaald goed doel (vergroten motivatie);
5. drempels voor het realiseren of het in stand houden van steunsystemen wegnemen (vergroten gelegenheid);
6. acties ondernemen om sociale netwerken te vergroten en te versterken (netwerkgericht werken) en mensen te mobiliseren voor het ondersteunen van mensen met beperkingen.

Netwerkgericht werken kan op vele manieren. Goede voorbeelden van instrumenten en methodieken om sociale netwerken in kaart te brengen en het sociale netwerk te versterken zijn onder andere beschreven in de publicatie 'Aan de slag met sociale netwerken' van Movisie (maart 2014).

Vaak wordt gesteld dat de onderlinge behulpzaamheid in het verleden gebruikelijk was, maar dat we dit uit het oog hebben verloren. Andere bronnen vermelden dat de onderlinge behulpzaamheid nooit helemaal weg is geweest maar wel is veranderd. Er zou sprake zijn van handelingsverlegenheid in combinatie met vraagverlegenheid en taboes, waardoor mensen niet gemakkelijk om hulp aankloppen bij anderen (lage motivatie en capaciteit). Linders ontdekte dat mensen die hulp bieden in de wijk Drentsdorp in Eindhoven ook de mensen zijn die zelf hulp ontvangen. Soms lijkt er ook nauwelijks een zichtbare vraag: het taboe is nog steeds groot. Aan de andere kant zien we dat steeds meer

individuen en groepen mensen de verantwoordelijkheid nemen voor de samenleving. De zorgcoöperaties zijn hier een goed voorbeeld van.

In het digitale tijdperk ontstaan internettoepassingen (apps) die de gelegenheid vergroten om informatie met elkaar te delen op een gebruiksvriendelijke en vaak leuke wijze. De toepassingen lenen zich ook uitstekend om ruilsystemen te faciliteren. Voorbeelden: Facebook, GoudaBruist, Evie, Wikiwijk, Buurtmarktplaats BUUV, Wehelpen en Zorgvoorelkaar, Makkie en Tijd voor elkaar. De internettoepassingen richten zich op iedereen die actief is en een positieve bijdrage levert (of wil gaan leveren). Via het digitale netwerk, al dan niet in besloten groepen, kan men elkaar ontmoeten, een hulpvraag stellen en/of een hulpaanbod doen en inspireren.

Enkele voorbeelden van systemen om het steunsysteem rond de vrager te vergroten

- **Onbeperkt Actief Deventer** is ontwikkeld door de Rastergroep, in opdracht van de gemeente. De uitvoering wordt gedragen door zowel professionele als vrijwilligersorganisaties. Onder de noemer 'samen is leuker dan alleen' worden vriendenkringen in de buurt georganiseerd. Op basis van interesse of hobby worden matches tussen 2 tot maximaal 6 buurtbewoners gemaakt, waaronder mensen met een beperking.
- De **Seniorengenossschappen** zijn vormen van onderling dienstbetoon in zorg- en ondersteuningsvragen door en voor ouderen met het doel te zorgen dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Wie zorg of ondersteuning verleent, kan kiezen tussen betaling in geld of uitkering in tijdpunten voor toekomstig gebruik (uitgestelde wederkerigheid). Deze punten kunnen opgespaard worden en worden uitgekeerd als daar noodzaak toe is. De Seniorengenossschappen vormen daarmee als het ware een individueel verzekeringssysteem. Dit dienstenruilmodel lijkt op het Nederlandse LETS-systeem. Het biedt ouderen meer zekerheid en gelijkheid dan andere vormen van vrijwillige ondersteuning.
- **Zorgvoorelkaar** is een online marktplaats voor vrijwillige en professionele hulp.
- **WeHelpen** is een online marktplaats voor het vinden en verbinden, organiseren en delen van hulp. U kunt met wehelpen.nl hulp vragen en aanbieden, maar ook hulp organiseren – voor uzelf of een ander - binnen een hulpnetwerk van familie en vrienden. WeHelpen is een coöperatie, opgericht door Achmea, BureauVijftig, CZ, Menzis, PGGM, Rabobank, The Caretakers en VitaValley.
- **BUUV** is de buurtmarktplaats voor en door bewoners waar vraag en aanbod elkaar vinden. Bij BUUV gaat het om diensten die je als bewoners voor elkaar kan doen zonder dat er iets tegenover staat. Via de website www.buuv.nl kunnen burgers een hulpvraag stellen en/of een hulpaanbod doen. Vraag en aanbod zijn daarnaast fysiek te vinden in buurtontmoetings-

plaatsen zoals de bibliotheek of multifunctioneel buurthuis. In Haarlem betrekken bemiddelaars in vier wijken bewoners actief erbij en proberen tevens de 'vraag achter de vraag' te achterhalen. Zij bundelen individuele vragen tot een groepsaanbod en proberen bewoners in hun eigen kracht te zetten.

- **Tante Kwebbel** is een burenhulpcentrale in Rotterdam die mensen via een telefoonsysteem met elkaar in contact brengt, zodat laagdrempelige burenhulp/onderlinge zorg voor iedereen mogelijk wordt gemaakt. De hulp kan van alles bevatten: de hond uitlaten, mee naar het ziekenhuis gaan en samen koffie drinken. De inzet van burenhulp heeft verlichting van de mantelzorg als neveneffect. Als niemand beschikbaar is, schakelt Tante Kwebbel door naar een van de fall-backdiensten, zoals de stichting Thuiszorg.
- **Buurthulp Nijmegen** is een samenwerkingsproject van de Gemeente Nijmegen, Tandem, de Vrijwilligerscentrale, SWON (Stichting Welzijn Ouderen Nijmegen) en de Wijkposten in drie wijken in Nijmegen. De professionele organisaties zetten een vrijwillig zorg- en dienstencircuit op waarbij bewoners elkaar ondersteunen bij het verrichten van diensten, zoals kleine klusjes in huis of in de tuin, het aansluiten van technische apparaten, mensen begeleiden naar buurtactiviteiten etc. Hierdoor kunnen kwetsbare bewoners langer zelfstandig in hun wijk wonen.

Om participatie te vergroten is het van belang dat de **gemeente** hiervoor gelegenheid biedt. Een gemeenschapshuis, wijkgebouw of MFA in de buurt of wijk is van groot belang, ook in relatie tot het behouden van een goede zorginfrastructuur en zorg.

Een gemeenschapshuis, wijkgebouw of multifunctionele accommodatie (MFA) fungeert als fysiek ontmoetingspunt voor bewoners waar het maatschappelijk dienstenaanbod voor een dorp, wijk of buurt op een centrale plek is gebundeld. Het centrale punt is vaak het hart van een woonservicegebied en kan burgerinitiatieven en verenigingen onderdak bieden voor hun activiteiten of doelen. Er is sprake van tweerichtingsverkeer van mensen die naar het centrum komen om diensten te ontvangen en/of halen en omgekeerd dient het centrale punt als uitvalsbasis om zorg en diensten naar de wijkbewoners te brengen.

Het centrum kan ruimte bieden aan de volgende functies:

- informatie en advies: op het gebied van wonen, welzijn en zorg;
- activiteiten: ontmoeting (al dan niet inclusief een restaurant of grand café) recreatie, cultuur, sport, educatie;
- dagopvang (respijtovereenkomst)
- zorg, bijvoorbeeld (integraal) zorgteam, wijkziekenboeg of logeerkamers;
- diensten, zoals bibliotheek, maaltijden, linnenservice, klussendienst, gemakswinkel;
- gezondheid: huisartsen, therapeuten, apotheek, ambulante GGZ.

Een 'levend' fysiek ontmoetingspunt in de buurt of wijk met een divers aanbod van diensten draagt bij aan het vergroten van de participatiemogelijkheden van de burgers, het versterken van de sociale cohesie en het elkaar ontmoeten. Juist voor mensen met demantie kan een vertrouwd centraal punt een bijdrage leveren aan het langer kunnen blijven wonen in de eigen buurt of wijk.

Ook de gemeente heeft een groot belang bij goed functionerende en levendige centrale, multifunctionele centra in buurten of wijken. Mede als gevolg van de economische crisis en de bezuinigingsopgaven voor gemeenten komt het steeds vaker voor dat gemeenten hun deel van de financiering van deze multifunctionele punten/accommodaties stopzetten of drastisch verminderen, waardoor er een acuut probleem ontstaat om deze centra in stand te houden.

Anderzijds zien we bij gemeenschapshuizen en wijkcentra een streven naar autonomie, dat om financiële onafhankelijkheid vraagt. Echter bij zelfbeheer is de financiële huishouding een voortdurend punt van zorg.

Toch zijn er genoeg kansen om deze negatieve ontwikkeling om te vormen tot iets positiefs. Hierbij kan de **gemeente** een belangrijke, initiërende rol spelen.

1. Geef burgerinitiatieven vertrouwen en de ruimte om succesvol te kunnen worden. (Zie kader: wijkcentrum In de Boomtak.)
2. Geef de exploitatie van het ontmoetingspunt (gemeenschapshuis, wijkgebouw of MFA) uit handen en laat het deels of geheel in eigen beheer van vrijwilligers. Doe het ontmoetingspunt voor een symbolisch bedrag van de hand.
3. Denk creatief mee met het vergunningenbeleid; geef bijvoorbeeld een horecavergunning sneller af zodat er inkomsten met de verkoop van drank worden gegenereerd.
4. Investeer als gemeente in het energiezuinig maken van een ontmoetingspunt, zo kunnen de exploitatiekosten sterk worden gedrukt.
5. Stel je als gemeente coulant op als het gaat om vrijwilligerswerk dat wordt uitgevoerd door uitkeringsgerechtigden.

Wijkcentrum In De Boomtak, Tilburg¹⁹

In 2011 besloot de gemeente Tilburg om te bezuinigen op het beheer van vijf wijkcentra met als resultaat dat onder andere wijkcentrum In De Boomtak gesloten zou worden. Veel buurtbewoners uit de Bomenbuurt kwamen hiertegen in verzet tijdens een zeer druk bezocht buurtcafé in 2011. Ze dwongen bij de gemeente af dat ze gedurende twee jaar, bij wijze van proef, de exploitatie van het wijkcentrum in eigen beheer mochten voortzetten.

In het wijkcentrum worden verschillende activiteiten georganiseerd zoals Repair Cafés, biljarttoernooien, proefavonden, optredens van zang en dans, feesten, wijkwandelingen, voorlichtingsbijeenkomsten en buurt cafés. Tevens is er iedere maandag een eetpunt ingericht waar buurtbewoners kunnen komen eten. Daarnaast zijn in het wijkcentrum diverse ruimten te huur, van klein tot groot en met veel faciliteiten.

Inmiddels draait het wijkcentrum sinds augustus 2011 voor 100 % op vrijwilligers. Het exploiteren van een wijkcentrum in zelfbeheer, zonder subsidie en tegen marktconforme prijzen, is geen sinecure. Enerzijds is de Stichting Beheer & Exploitatie In De Boomtak erin geslaagd om onder deze omstandigheden meer bezoekers naar In De Boomtak te krijgen, anderzijds blijft het een lastige zaak om de exploitatie gezond te houden en daarmee het voortbestaan van In De Boomtak veilig te stellen.

Om de exploitatielasten naar beneden te krijgen is koop van het wijkgebouw de beste optie waarmee de toekomst van In De Boomtak definitief wordt gegarandeerd.

De Stichting heeft een constructie hiervoor bedacht waarmee buurtbewoners "mede-eigenaar" kunnen worden van In De Boomtak. Zij kunnen een overeenkomst sluiten met de Stichting waarbij de buurtbewoners een lening verstrekken aan In De Boomtak. Hoogte en duur van de lening kan zelf worden bepaald. De buurtbewoner ontvangt een door een notaris uitgeschreven certificaat, waarmee hij of zij dan officieel mede-eigenaar van Stichting In De Boomtak is.

5.4 De mantelzorg²⁰ overeind houden

De belangrijkste factoren, die bepalend zijn voor de vraag naar zorg en/of opname bij dementie, zijn:

1. het al of niet beschikbaar zijn van mantelzorg
2. de conditie van de mantelzorg, ofwel de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt en/of zich voldoende competent voelt
3. de mate van het voorkomen van problematisch gedrag bij de persoon met dementie
4. de mate van HDL(huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen)- en ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen)-afhankelijkheid van de persoon met dementie

Gesteld kan worden dat de **mantelzorger de cruciale factor** is die het 'thuis' kunnen blijven wonen voor de persoon met dementie mogelijk maakt.

Uit de Dementiemonitor, 2014²¹ komen o.a. de volgende feiten naar voren.

- Bijna 80% van de mantelzorgers geeft aan moeite te hebben met de veranderingen in het gedrag van zijn naaste. 61% heeft behoefte aan ondersteuning bij het omgaan met gedragsverandering van zijn naaste.
- De overbelasting van mantelzorgers in de thuissituatie is hoog. Ruim 50% van de mantelzorgers voelt zich tamelijk tot zeer belast.
- 54% van de totale groep mantelzorgers heeft alle familieleden, burens en vrienden op de hoogte gebracht van de diagnose, 35% heeft dit bij een aantal van deze gedaan en 10% heeft het aan niemand verteld.

Waarvoor voelen mantelzorgers zich belast? (Dementiemonitor, 2014)

72%	geeft aan dat hij/zij door de situatie van zijn/haar naaste te weinig toe komt aan zijn/haar eigen leven
64%	vindt dat het combineren van de verantwoordelijkheid voor zijn/haar naaste en de verantwoordelijkheid voor zijn/haar werk en/of gezin niet mee valt.
45%	vindt dat hij/zij anderen door zijn/haar betrokkenheid bij zijn/haar naaste tekort doet
78%	vindt dat hij/zij altijd klaar moet staan voor zijn/haar naaste
52%	is van mening dat zijn/haar zelfstandigheid in de knel komt
82%	geeft aan dat de situatie van zijn/haar naaste voortdurend zijn/haar aandacht vraagt
25%	geeft aan dat door zijn/haar betrokkenheid bij zijn/haar naaste hij/zij conflicten thuis en/of op het werk krijgt
84%	geeft aan dat de situatie van zijn/haar naaste hem/haar nooit los laat
69%	voelt zich over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van zijn/haar naaste

Het **nooit kunnen los laten** van de situatie van de naaste wordt door de grootste groep mantelzorgers als belangrijkste probleem genoemd. Ook het voortdurend aandacht vragen van de mantelzorgers wordt door meer dan 82% van de mantelzorgers als druk ervaren. Het minst vaak wordt het krijgen van conflicten thuis en/of het werk genoemd als factor die bijdraagt aan ervaren druk of belasting.²²

Hoe kan de draagkracht van de mantelzorgers behouden blijven ofwel welke interventies zijn effectief om te zware belasting en overbelasting te voorkomen?

Effectieve interventies zijn interventies die gericht zijn op een of meer van de volgende doelen:

- het beter kunnen omgaan met de persoon met dementie, specifiek met de gedragsveranderingen van de naaste, het leren omgaan met achterdocht en wantrouwen, onrust, dwalen en angst van de naaste met als doel het verbeteren van het acceptatie- en hanteringsvermogen van de mantelzorger (door bewustwording, erkenning en psycho-educatie) (vergroten van de capaciteit);
- het zorg hebben over de situatie van de persoon met dementie verminderen (door inzet van technologie, respijtzorg) (vergroten van de capaciteit, bieden gelegenheid);
- het tijdelijk overnemen van zorgtaken (informeel en/of professioneel) zodat de mantelzorger meer respijt krijgt/heeft en zijn/haar eigen tijd krijgt/heeft en mogelijkheden behoud om te blijven participeren (bieden van gelegenheid);
- het verlichten van de uitvoering van zorgtaken (bijvoorbeeld door technologie/woningaanpassingen/hulpmiddelen) (vergroten van de capaciteit).

Interventies die ingezet kunnen worden om mantelzorgers beter toe te rusten in het **omgaan met de persoon met dementie en zijn gedrag** zijn bijvoorbeeld:

- casemanager dementie of dementieconsulent,
- lotgenotencontactgroepen,
- ondersteuningsgroepen,
- dementelcoach²⁴ en
- e-learningprogramma's voor mantelzorgers van mensen met dementie (bijv. Dementie-online²⁵).

Mantelzorgers van mensen met dementie kunnen ook voor elkaar en voor de naasten met dementie en met elkaar van grote betekenis zijn. Denk enerzijds aan het met elkaar delen van gevoelens en ervaringen, het elkaar emotionele steun bieden of adviseren, maar ook gezamenlijk dingen te ondernemen zodat zowel de mantelzorger als de persoon met dementie mee kunnen blijven doen in de samenleving en samen kunnen genieten.

Welzijnsorganisaties, wijkorganisaties en Alzheimerafdelingen dienen zich in te zetten op het bieden van ontmoetingsmogelijkheden voor lotgenoten. De gemeente dient in haar collectief Wmo-voorzieningenbeleid randvoorwaarden te scheppen en organisaties die hierin actief te zijn te faciliteren.

Om vragen, gevoelens en belevingen als mantelzorger met een ander te bespreken is een vaste, vertrouwd aanspreekpunt, die de situatie van de mantelzorger kent, zeer belangrijk. Deze rol kan ingevuld worden door een casemanager, dementieconsulent of coach. Ook ervaringsdeskundigen (ex-mantelzorgers) kunnen hierin een grote betekenis hebben.

In *Dementiemonitor Mantelzorg 2013*²⁶ worden de volgende aanbevelingen voor gemeenten genoemd.

- Gemeenten dienen in te zetten op het versterken van het sociaal netwerk van de mantelzorgers, zodat zij zich sterker voelen bij het uitvoeren van hun taken en om het (eventuele) sociale isolement te doorbreken.
- Mantelzorgers hebben grote behoefte aan activiteiten voor hun naaste, maar er wordt niet altijd gebruik gemaakt van bestaande activiteiten. Gemeenten moeten passende activiteiten 'op maat' bieden voor mensen met dementie die aansluiten bij de individuele wensen en mogelijkheden.
- Gemeenten moeten blijven inzetten op het vergroten van de bekendheid van de ondersteuningsmogelijkheden die er in een gemeente en regio zijn en welke ondersteuning via het Wmo-loket geregeld kan worden. De Wmo-loketmedewerkers dienen ook rekening te houden met de situatie van de mantelzorger, door te vragen naar zijn/haar situatie zodat zij daar een goed beeld van krijgen en zo op maat oplossingen kunnen bieden.

(Kennis van) sociale kaart

Medewerkers van Wmo-loketten, frontoffice Wmo, behandelaars en verwijzers dienen goed op de hoogte te zijn van aanwezige voorzieningen, niet alleen op het gebied van zorg en begeleiding, maar ook op het gebied van participatie, ontmoeting, ontspanning, veiligheid, lotgenotencontact.

De **gemeente** heeft de verantwoordelijkheid om inhoud te geven aan informatie en advies, zodat burgers met een behoefte bij hun behoefte passende antwoorden kunnen vinden. Een up-to-date (digitale) sociale kaart is hiervoor een eerste vereiste.

Het **sociaal netwerk** rond de mantelzorg kan hulpbronnen leveren voor het bieden van **respijt**. Zo kunnen 'gezonde ouderen', burens, vrienden, dementievrijwilligers en leden van ouderenbonden hand- en spandiensten leveren, maatjes of buddy's kunnen mensen met dementie gezelschap en/of toezicht op hen houden, hen activeren en begeleiden bij het bereiden van maaltijden en ontspanningsactiviteiten. (Zie verder paragraaf 5.3.2)

Zowel **casemanagers dementie, wijkverpleegkundigen, huisartsen, welzijnswerkers als Wmo-loketmedewerkers** dienen alert te zijn op de mogelijkheden die de directe sociale omgeving van de mantelzorger zou kunnen bieden.

5.5 Wonen in eigen huis en/of met mantelzorg

Uit onderzoek naar *Vergrijzing en de woningmarkt* uit 2013 blijkt dat ouderen het liefst zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen woning blijven wonen en dat zij niet of nauwelijks verhuisbereid zijn.

Het Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijkrelaties constateert in zijn brief d.d. 4 juni 2014, gericht aan de Tweede Kamer, dat over vijftien tot twintig jaar als de baby-boomgeneratie geleidelijk komt te overlijden, er een groot aantal woningen beschikbaar komt op de woningmarkt. De oplossing moet vooral gezocht worden in aanpassing en transformatie van de bestaande woonvoorraad.

Naast 'Beschermd wonen' schat de Provincie (2012) dat er tot 2040 ruim 100.000 reguliere woningen 'Verzorgd' en 'Geschikt wonen' (nieuw en bestaand) extra nodig zullen zijn (waarvan > 26.000 'verzorgd' en > 76.000 'geschikt'). (Dit is exclusief het inlopen van de tekorten.)

Mogelijke oplossingen kunnen gezocht worden in:

- woonzorgcomplexen en kleinschalige vormen van groepswonen.
- opzetten/uitbouwen van zorgsteunpunten.
- nieuwbouw nultredenwoningen / om- en verbouw van woningen.
- gerichte woningtoewijzing en woonruimteverdeling.

5.5.1 Bouwkundige aanpassing van de eigen woning

Hoe eerder de aanpassingen geïntroduceerd worden bij de bewoner met dementie, hoe beter. Als de bewoner nog in een vroeg stadium van dementie verkeert, is het voor hem of haar veel makkelijker om aan het gebruik van aanpassingen en hulpmiddelen te wennen. Juist simpele ingrepen en aanpassingen kunnen bijdragen aan het veilig, vertrouwd en comfortabel kunnen blijven wonen.

Echter veel mensen stellen aanpassingen of aanschaf van hulpmiddelen uit. Ook ontbreekt vaak kennis over mogelijkheden bij de doelgroep, maar ook bij professionals. Folders en specifieke websites kunnen hierbij helpen, maar kennen ook hun beperking in het bereiken van de doelgroepen.

Voor het laten doen van aanpassen van de eigen woning zijn motivatie, gelegenheid en capaciteit van de bewoner belangrijke factoren (zie het Triade-model van Poesz, en paragraaf 5.1 'Voorbereid zijn op je eigen toekomst').

Het geven van tips voor aanpassingen werkt het beste als dit een onderdeel vormt van een persoonlijk gesprek en waarbij de tips aansluiten op de persoonlijke situatie, ervaren knelpunten en wensen. Ook kan hierbij meer uitleg gegeven worden hoe de aanpassingen het beste geïmplementeerd kunnen worden en acceptatie van de verandering door de

persoon met dementie begeleid kan worden.

Dit vraagt wel om voldoende kennis bij casemanagers dementie, wijkverpleegkundigen, ouderenadviseurs en/of woonadviseurs.

De volgende uitgangspunten zijn bij het maken van keuzes of en welke woningaanpassing wenselijk zijn van belang.²⁷

1. Vertrouwdheid en herkenbaarheid zijn belangrijk. Rigoureuze verbouwingen en grote veranderingen in de sfeer van de woning hebben regelmatig een averechts effect.
2. Mensen met dementie doen steeds meer op hun gevoel, hun intuïtie. Zorg dat de indeling en inrichting van de woning zo logisch mogelijk is.
3. Bewegen is voor iedereen, maar zeker voor mensen met dementie heel belangrijk. Stimuleer beweging daarom zo veel mogelijk, zowel in de woning (zelf dingen pakken zo lang het gaat, actief blijven) als om de woning.
4. De invloed van licht op iemands welbevinden is groot. Licht helpt om te zorgen dat iemand überhaupt dingen kan waarnemen. Zorg voor voldoende licht op de plekken waar de persoon met dementie vaak is.
5. Hou het simpel. Het gezonde verstand en uw eigen intuïtie volgen, zijn vaak goede raadgevers.

Op de website www.thuiswonenmetdementie.nl krijgen mensen met dementie en hun mantelzorgers praktische adviezen op het gebied van woningaanpassingen. In bijgaand kader zijn de tips van een van de thema's op deze site weergegeven.

Adviezen bouwkundige aanpassingen bij bestaande bouw :

- Haal drempels weg. Dit voorkomt struikelen en vallen.
- Markeer glazen deuren met een sticker of band op ooghoogte om verwarring of stoten te voorkomen. Is de deur niet van veiligheidsglas gemaakt, dan kunt u deze beveiligen met (doorzichtig) glasfolie die bij breuk de scherven bij elkaar houdt. Verkrijgbaar bij beveiligingswinkels en glasleveranciers of glaszetters. Deurstoppers, deurklemmen en deurstrips beveiligen tegen afklemming van vingers. Verkrijgbaar bij baby- en kindwinkels als beveiligingsartikelen.
- Maak bij gebruik van glas zoveel mogelijk gebruik van veiligheidsglas.

In het project *Technologie Thuis Nu!* van het Ontwikkelings- en Installatiefonds voor het Technisch InstallatieBedrijf (OTIB) zijn vier modelwoningen, waaronder een dementievriendelijke woning, in Woerden gerealiseerd. Deze modelwoningen laten zien welke bevoegde technische mogelijkheden, ook in bestaande bouw, er zijn om te voldoen aan de behoeften van mensen die extra zorg nodig hebben, zodat zij langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

Enkele tips zijn:

1. Tijdens de bouw al voorbereidingen in de infrastructuur voor domotica-toepassingen doorvoeren (loze leidingen).
2. Hanteer het plug- en play-concept: naargelang de behoefte iets installeren of activeren.
3. Maak gebruik van kleurcontrasten voor vloeren tussen leefruimten en sanitaire ruimten.
4. Let bij bouwen en verbouwen bij het plaatsen van deuren en hun draairichting op de gewenste looprichtingen in de woning.
5. Stel een goed lichtplan op zodat overal de gewenste lichtsterkte bereikt kan worden, kies armaturen die geen ongewenste schaduwen geven. Maak gebruik van veel direct natuurlijk en kunstmatig licht. Automatische verlichting kan bij dementie tot verwarring en onrust leiden.
6. Gebruik eenvoudige en eenduidige en van oudsher herkenbare bedieningsknoppen/schakelaars voor bediening van apparatuur, licht en kranen e.d. (Geen tiptoets bediening of sensoren gebruiken voor bijvoorbeeld de schakeling van het licht.)
7. Plaats bij voorkeur een seniorenslot, hierbij zit het sleutelgat boven de deurkruk.
8. De inrichting en aanpassingen altijd afstemmen op de individuele bewoner: op maat naar behoefte en wens.
9. Gebruik inrichtingselementen die vertrouwd zijn voor de bewoner, zowel qua vorm als qua toepassing en/of bediening. Geef de bewoner bij het uitkiezen van elementen de keuze uit maximaal 2 opties.
10. Op voorhand niet meteen aanpassingen in de woning doorvoeren, zoals het plaatsen van een verhoogd toilet, maar laat dit mede afhankelijk zijn van de fysieke en cognitieve conditie van de bewoner.
11. Vervang een gasfornuis, dat voor een persoon met dementie bekend is qua gebruik, niet door een inductiekookplaat of keramische kookplaat, maar zorg voor een gasfornuis met een thermokoppelbeveiliging zodat vrijstromend gas onmogelijk is. Plaats eventueel een fornuisrekje.
12. Om ongewenst naar buiten gaan tegen te gaan kan de voordeur door middel van bijvoorbeeld een gordijn uit het zicht gehouden worden.
13. Maak ook binnen een ruimte gebruik van contrasterende inrichtingselementen, bijvoorbeeld een witte wc-pot met gekleurde wc-bril.

De **gemeente** kan

- specifieke voorwaarden opnemen in de bouwvergunning zodat levensloopbestendig en modulair bouwen gestimuleerd worden en woningaanpassingen naderhand goed mogelijk zijn;
- het aanpassen van bestaande woningen te stimuleren door het faciliteren van vertegenwoordigers van de doelgroepopulatie (zoals leden van ouderenbonden of leden van een wijkorganisatie), zodat zij in staat zijn om persoonlijke - en groepsvoorlichting te geven;

· individuele advisering en coaching van thuiswonende mensen met dementie en hun naasten bij het beoordelen van gewenste woningaanpassing en het leren omgaan met deze aanpassingen, door bijvoorbeeld woonadviseurs, mantelzorgmakelaars of ouderenadviseurs subsidiëren.

Corporaties en projectontwikkelaars dienen het levensloopbestendig bouwen als uitgangspunt te nemen en bij het bouwen of verbouwen van woningen gebruik te maken van de adviezen en aanbevelingen voor een dementievriendelijke woning.

In voorlichtingstrajecten en -materialen, die het doen van woningaanpassingen willen stimuleren, dient gebruik gemaakt te worden van positieve frames: bijvoorbeeld de aanpassing leidt tot een hoger wooncomfort. Ook positieve getuigenissen van anderen kunnen drempels verlagen.

5.5.2 Hulpmiddelen in eigen huis en omgeving

Als een persoon met dementie moeite heeft een bepaalde activiteit zelfstandig uit te voeren, kunnen handige producten uitkomst bieden. Er is een enorm aanbod voor mensen met een lichamelijke beperking, producten specifiek voor mensen met cognitieve problemen zijn schaarser.

Hulpmiddelen kunnen ook de taak van de mantelzorger verlichten, zeker als deze lichamelijke beperkingen heeft.

Hulpmiddelen die vaak gebruikt worden bij mensen met dementie, richten zich op:

1. Oriëntatie: sprekende klok of horloge, 24 uur planner e.d.
2. Dwaalgedrag: toezicht op afstand, polsband met zendertje e.d.
3. Mobiliteit: loophulpmiddelen, rolstoelen e.d.
4. Veiligheid in huis: thermostaatkranen, camera's en sensoren, beugels e.d.
5. Veiligheid buitenshuis: bijvoorbeeld track- en tracingsystemen
6. Persoonlijke verzorging : wassen en eten e.d.
7. Organisatie van begeleiding, toezicht en zorg: bijvoorbeeld een internetprogramma waarmee je met een groep mensen de zorg voor een familielid of bekende kunt plannen en verdelen.

Veilig alleen naar buiten

Verdwalen of onrust bij de familie wanneer iemand met dementie alleen naar buiten gaat, komt vaak voor. Gelukkig bestaan er steeds meer toepassingen die helpen bij het terugvinden van een naaste met dementie. Door middel van een zender met GPS kan iemand snel weer gevonden worden of gemakkelijk zelf de route naar huis terug vinden. Ook hebben veel systemen de mogelijkheid dat er een bericht wordt gestuurd wanneer iemand een vooraf ingesteld gebied verlaat. Ook zijn er veel (gratis) apps voor smartphones waarmee u iemand kunt volgen.

Of een hulpmiddel voor de doelgroep succesvol is ofwel een efficiënt hulpmiddel is hangt sterk af in hoeverre dit aansluit bij de behoefte, het gebruiksgemak en de betrouwbaarheid tijdens het gebruik.

Van belang is dat **ontwikkelaars en producenten** van begin af aan doelgroepleden betrekken bij de conceptontwikkelingsfase en het hele innovatietraject. Gedurende dit traject dienen de prototypes uitgebreid getoetst te worden door doelgroepleden, ook in hun eigen woon- en leefsituatie. Maak doelgroepleden co-producent!

De **Provincie** kan de ontwikkeling van de door de eindgebruikers (burgers/consumenten, dienstverlenende organisaties) gewenste hulpmiddelen of producten, die het zelfstandig kunnen blijven leven en wonen bevorderen. Door eindgebruikers, ondernemers, kennisinstututen en overheden samen te brengen en de opstart van de samenwerking, kennisontwikkeling en -deling te faciliteren.

Casemanagers, ergotherapeuten, ouderenadviseurs en/of woonadviseurs dienen een op maat gesneden advies te geven en na de keuze mensen met dementie en/of hun mantelzorger te begeleiden bij het gebruik van deze hulpmiddelen.

Gemeenten kunnen bijdragen aan het vergroten van kennis over beschikbare hulpmiddelen door er mede zorg voor te dragen dat deze producten in de sociale kaart worden opgenomen.

Hulpmiddelen, geschikt bij dementie

- Babyfoon
- Daglichtlamp
- Magneetslot op kastjes
- Pictogrammen op deuren/laden/kasten
- Rookmelder
- Strijkijzer met automatische afslag
- Automatische routeverlichting
- Deuralarm gekoppeld aan smartphone
- Doorgangsmelder
- Vloeralarm
- Draaiknopslot
- Kierstandhouder
- Digitaal fotoalbum
- Schuifslot
- Antislipstrips op trap/markering traptreden
- Traphek
- Sleutelkoord
- GPS-apparatuur
- Smartphone
- SOS-armband/hanger
- Tijdschakelklok
- Fototelefoon met afsluitklep nummers
- Telefoonbel flitslamp
- Eenvoudige afstandsbediening
- Zorgsite
- Anti-overkookplaatje
- Kookwekker
- Fornuisknopbeschermer
- Inductie kookplaat
- Kookplaat met vlambeveiliging
- Simpele magnetron
- Koolmonoxidealarm
- Thermostaatkraan
- Waterkoker
- Automatische routeverlichting
- Badverkorter
(lengte/diepte bad verminderen)
- Afsluitbare medicijnkast
- Pillendoos met alarmfunctie
- Nachtverlichting met bewegings-sensor
- Sleutelvinder
- 24 uren planner
- Dagkalender
- Keuzebalk voor datum en dag
- Memobord
- Kalenderklok
- Sprekende klok

Wil de inzet van technologische hulpmiddelen met als doel monitoring, detectie, toezicht op afstand en/of het doorgeven van informatie effectief en efficiënt zijn dan is niet alleen het goed en betrouwbaar functioneren van de technologie van belang. Het gaat immers niet alleen om het kunnen opvangen van signalen. De technologie wordt juist ingezet om zorg te kunnen dragen dat er naar aanleiding van een bepaalde situatie/signaal de gewenste en/of noodzakelijke reactie gegeven wordt. Dit vraagt bij detectiesystemen om een infrastructuur waarbij de achterwacht goed en betrouwbaar geregeld is.

Daarnaast zijn de volgende aspecten van belang: deskundige introductie van het hulpmiddel of product bij de gebruikers (zender en ontvanger), begeleiding bij het leren omgaan met de apparatuur en het bieden van service en onderhoud van het systeem.

5.5.3 Met de mantelzorgers samen wonen

Als zelfstandig wonen niet meer mogelijk is, kan met aanpassingen in het huis van bijvoorbeeld familie, het familielid met dementie opgevangen worden. De mantelzorgwoning en de aanbouwkamer zijn daarvan de bekendste voorbeelden. Mantelzorgwoningen en aanbouwkamers zijn tijdelijke voorzieningen, welke na overlijden van het familielid van dementie, verkocht worden of teruggegeven worden aan de woningcorporatie in het geval van huur.

Door huisvesting ten behoeve van mantelzorg te faciliteren, kunnen tal van wederzijdse voordelen worden geboden, zoals de mogelijkheid langer zelfstandig te wonen en bijvoorbeeld het voorkomen van vereenzaming en isolement.

Aanbouw-zorgkamer

Een aanbouw-zorgkamer wordt door middel van een op maat gemaakte sluis gekoppeld aan een bestaande woning en kan gezien worden als alternatief voor grootschalige woningaanpassingen. De zorgkamer is een uitbreiding van de begane grond van een woning, zodat iemand met een zorgvraag in het eigen gezin kan blijven wonen. De aanbouw-zorgkamer is speciaal ontworpen voor mensen met een zorgvraag waarbij de voorzieningen op maat aangemeten worden aan de hand van het ziektebeeld.

Mantelzorgwoning

Een mantelzorgwoning is een aangepaste kant-en-klare woning die in de achtertuin geplaatst kunnen worden. Deze woningen zijn snel te plaatsen en kan ook weer weggehaald worden als de mantelzorg niet meer nodig is. Ze zijn leverbaar met allerlei aanpassingen. Een ruime tuin is nodig die een stuk groter is dan de oppervlakte van de te plaatsen woning.

Kangoeroewoning

Kangoeroewoningen zijn aan elkaar gekoppelde, zelfstandige woningen of wooneenheden met een inpanidige verbinding voor ouderen of mensen met dementie en hun familie. De familie verleent mantelzorg vanuit de (grotere) hoofdwoning. De kangoeroewoning bestaat uit twee zelfstandige woningen, ook wel de buidelwoning (voor de hulpbehoevende) en hoofdwoning (voor de zorgverlener) genoemd. De zorgbehoevende is dichtbij de hulpvrager, maar beide hebben toch privacy. Kangoeroewoningen kunnen binnen de bestaande woningvoorraad of binnen nieuwbouw worden gerealiseerd. De woningen zijn ontwikkeld door zowel woningcorporaties als particulieren.

Wie voor zijn bejaarde ouders of andere hulpbehoevende een ‘mantelzorgwoning’ in de tuin wil bouwen, hoeft daarvoor per 1 oktober 2014 geen vergunning meer te vragen. Ook voor verbouwing van garage of schuur tot aanleunwoning hoeft dit niet meer. Het moet bij de woning wel gaan om een voorziening voor een hulpbehoevende die vanuit de hoofdwoning mantelzorg krijgt. Het hoeft niet per se te gaan om ouders of een ander familielid.³⁰ In de regel geldt rond vergunningen, dat vergunningverstrekkers willen dat na wegvallen van de (mantel)zorg, de tuin weer in oude staat wordt teruggebracht. Ook in de nieuwe regels blijft dat zo. Het vergunningvrij zijn is nadrukkelijk gekoppeld aan mantelzorg; zodra die wegvalt moet alsnog een vergunning worden aangevraagd als het bouwwerk blijft staan.³¹

De aanschaf van een mantelzorgwoning of -chalet is erg duur. In een paar gemeenten betalen woningcorporaties en/of de gemeente de aanschaf van zo’n woning. De verzorgde betaalt dan gewoon huur.

Aanbevelingen voor gemeenten:

- Binnen de gemeente is het belangrijk dat afdelingen ruimtelijke ordening, bouw- en woningtoezicht en maatschappelijke ontwikkeling structureel samenwerken. Als er een aanvraag voor het aan- of bijbouwen in relatie tot zorg bij één van de afdelingen binnenkomt, moet de aanvraag meteen worden kortgesloten met de andere relevante afdelingen. Op deze manier kan de aanvrager in één keer de juiste informatie en antwoorden krijgen.
- Een aanvrager krijgt te maken met allerlei regels en procedures. Daar kan hij moeite mee hebben. De gemeente kan een aanvrager dan begeleiden, bijvoorbeeld door een dossierhouder te benoemen. Die stemt de aanvraag met de betrokken partijen af, bewaakt de procedures en zorgt voor een heldere en eenduidige communicatie met de aanvrager.
- Stel als gemeente een duidelijke informatiebrochure op waarin het beleid omtrent mantelzorgwoningen zeer verhelderend wordt uitgelegd en draag zorg voor brede verspreiding van deze informatie. Zeker onder verwijzers zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, sociaal werkers en casemanagers. Zie voorbeeld van de Provincie Utrecht.³²

Woningcorporaties

Het onroerendgoed bezit van de corporatie leent zich vaak niet voor het plaatsen van een mantelzorgwoning. De achtertuin van de meeste corporatiewoningen is daarvoor te klein.

Een principiële keuze voor de zorggerelateerde woningen en het al dan niet toepassen van mantelzorgwoningen is voor woningcoöperaties aan te raden. Dit om te voorkomen dat het realiseren van een mantelzorgwoning of het afwijzen van een verzoek daartoe een ad hoc besluit is. Aedes-Actiz heeft in 2012 een handreiking voor wonigbouwcorporaties over mantelzorgwoningen uitgebracht.³³

5.6 Blijven wonen in je eigen omgeving

Wanneer het niet meer mogelijk is om in het eigen huis te kunnen blijven wonen of samen te wonen met de mantelzorger, is het kunnen blijven wonen in een vertrouwde buurt of wijk voor mensen met dementie belangrijk.

In de studie 'Met 'zorg' wonen in wijken en kernen' (PGraad, 2011)³⁴ zijn mogelijke extramurale woonvormen, die ook voor mensen met dementie geschikt zijn of gemaakt kunnen worden, geïnventariseerd. Voorbeelden zijn:

- **Aanbouw-zorgkamer, mantelzorgwoning en kangoeroewoning** (zie verder bij 5.5.3)
- **Intergenerationele wooncomplexen of meergeneratiewonen:** in het complex wonen oudere en jonge generaties bij elkaar met de bedoeling elkaar te ondersteunen en gemeenschappelijke activiteiten te ondernemen. De woonruimten zijn gesitueerd rond een gemeenschapsruimte of dienstencentrum. Een moderator of coördinator speelt een cruciale rol. Deze stimuleert de bewoners en mensen uit de buurt of het dorp tot het nemen van initiatief om zich in te zetten voor elkaar (burenhulp) en draagt zorg voor verbindingen met buurt/dorp en verenigingen. Deze coördinator vervult een veelzijdige functie als organisator en facilitator van onderlinge diensten en gemeenschappelijke activiteiten. Het dienstencentrum doet dienst als ontmoetingsplek voor de buurt of het dorp. De onderlinge hulp versterkt de banden binnen de gemeenschap en gaat vereenzaming en sociale isolatie tegen.

Gemeenten kunnen de ontwikkeling van deze woonvorm stimuleren door het aanbieden van goedkope grond op gunstige locaties.

Een andere vorm van meergeneratiewonen is de woning delen met een student, die een helpende hand of respijtzorg kan bieden, zodat de 'gezonde' partner tijdelijk verlicht kan worden van zijn zorgtaken en kan blijven participeren en mee blijven doen aan activiteiten buitenshuis. Ook voor alleenwonende ouderen kan deze variant voordelen opleveren, de student krijgt onderdak en de oudere ontvangt in ruil gezelschap.

- **De gemeenschap draagt zorg** (een voorbeeld hier van is de Burgergemeenschap Eichstetten e.V.). Bij deze variant wordt naast professionele zorg burenhulp, al dan niet betaald, geboden. Ook in kleinschalige woonprojecten kan deze combinatie van inzet geboden worden. De 'burgers' die voor de zorg voor personen met dementie ingezet worden, hebben een intensieve cursus gevolgd.

Zorgcoöperaties en de dorpsondersteuner Elsendorp³⁵ kunnen tot deze variant gerekend worden.

De Zorgcoöperatie Hoogeloo³⁶ zet zich in voor het behoud en het ontwikkelen van zorg, diensten en faciliteiten in het dorp. Zij wil hiermee bereiken dat ouderen en mensen met een beperking, ook bij een toenemende zorgvraag, in Hoogeloo kunnen blijven wonen. Het aanbod van de Zorgcoöperatie moet leiden tot minder noodgedwongen vertrek van zorgbehoevende mensen uit Hoogeloo. Dit heeft een positieve uitwerking op de leefbaarheid binnen het dorp. Een ander belangrijk punt is dat de Zorgcoöperatie de onderlinge solidariteit van de inwoners van Hoogeloo vergroot, door gezamenlijk te zorgen voor een goed sociaal klimaat waar alle inwoners van kunnen profiteren. Sinds medio 2012 wordt ook kleinschalig wonen (groeps wonen met zorg) voor mensen met dementie aangeboden.

- **Kleinschalig wonen voor mensen met dementie.** Bij deze variant, waar 24-uur toezicht, begeleiding en zorg geboden wordt, wonen 6 tot 8 mensen met dementie samen in een groepswooning en is er een gemeenschappelijk huishouden. Elke bewoner heeft een zit-slaapkamer al dan niet met eigen sanitair. Bij de variant 'scheiden van wonen en zorg' kan de hulp en begeleiding vanaf 2015 gefinancierd worden via de Wmo en persoonlijke en verpleegkundige verzorging via de Zorgverzekeringswet. Herbergiershuizen en Martha Floorhuizen zijn hier een voorbeeld van. Maar ook intramuraal organisaties bieden deze verblijf- met 24-uurs zorgvariant; wonen, hoteldiensten, behandeling, begeleiding en zorg worden via de AWBZ en vanaf 2015 via de Wlz gefinancierd. PGB-financiering is bij beide varianten mogelijk.

Geschikte woningen voor ouderen (of mensen met beperkingen) kunnen in zes categorieën worden ingedeeld.³⁷ De indeling is min of meer hiërarchisch, waarbij ouderenwoningen met zorg het meest toegesneden zijn en de overige woningen het minst.

1. Woningen met verzorgd wonen. Hiervan is sprake als een huishouden in een ouderenwooning gebruik kan maken van verpleging of verzorging in een bij de woning gelegen steunpunt, verzorgingshuis of dienstencentrum.
2. Woningen met diensten. Dit betreft ouderenwoningen waar huishoudens gebruik kunnen maken van diensten uit een verzorgingshuis, dienstencentrum of steunpunt, zoals huishoudelijke hulp en maaltijdverzorging (maar niet van

verzorging of verpleging). Ook wooncomplexen met een huismeester, receptie, recreatieruimte, kamers waar verzorging of verpleging mogelijk is of een sociaal alarm, worden hiertoe gerekend.

3. Overige woningen voor ouderen. Dit zijn alle woningen die speciaal bestemd zijn voor ouderen, maar waar geen zorg- of dienstverlening aangeboden wordt.
4. Woningen met ingrijpende aanpassingen, die niet tot de categorieën 1, 2 of 3 behoren.
5. Overige nultredenwoningen³⁸: nultredenwoningen die niet tot categorie 1, 2, 3 of 4 behoren.
6. Overige woningen.

De ontwikkeling van vernieuwende initiatieven, zoals de zorgcoöperaties en de dorpsondersteuner, staan flink onder druk. Huidige (aanbesteding)regels, bestaande contractverhoudingen en relaties en het (politieke) perspectief op de (rol van) burgers vormen een drempel voor kleinschalige burgerinitiatieven; zij komen moeilijk als volwaardig partner aan de overlegtafel.

- De **Provincie** kan in deze een grote rol van betekenis spelen door het proces, waarin op zoek gegaan wordt naar haalbare exploitatievormen die de gewenste zorg op maat in de gemeenschap waarborgen, te faciliteren, waarbij in het proces van de expertise van kennis- en ondersteuningsinstituten gebruikt wordt gemaakt.
- **Gemeenten, aanbieders** van wonen, welzijn en zorg dienen burgerinitiatieven als volwaardige partner te erkennen en uit te nodigen aan de overlegtafel.

Verhuizen naar klein- of grootschalig complex?

Kleinschalige woonzorgcomplexen worden vaak als ideale plek voor ouderen om te wonen gezien, want deze zijn voor bewoners en bezoekers overzichtelijk en men woont hier minder anoniem dan in grootschalige complexen. Uit promotieonderzoek van Spierings³⁹ komt naar voren dat een grote groep ouderen liever grootschalig wil wonen, omdat men juist de anonimiteit op prijs stelt en men meer keuze heeft in hebben van contacten.

Echter voor mensen met dementie kan een grootschalig complex eerder leiden tot oriëntatieproblemen en de kans dat een mogelijk dwaalgedrag van de persoon met dementie door andere bewoners als lastig ervaren wordt.

Uit het onderzoek van Spierings komt ook de volgende aanbeveling: 'Wil je dat vitale ouderen de minder vitale ouderen helpen of ondersteuning bieden en met hen sociale contacten onderhouden, moet je maximaal 20 tot 25 procent ouderen met een hogere zorgzwaarte in een complex plaatsen. Anders wordt het voor de vitalere ouderen te confronterend en te belastend.'⁴⁰

Kansen

De zorgstelselverandering is een grote bedreiging voor intramurale zorgaanbieders als zij leegkomende zorgappartementen/-plaatsen niet meer kunnen invullen. Maar de zorgstelselverandering biedt ook kansen voor het realiseren van nieuwe woonvarianten en zorg en dienstenarrangementen voor onder andere mensen met dementie, die niet in een intramurale voorziening opgenomen wensen te worden.

Vooraf middelgrote, centraal gelegen (zorg)gebouwen zijn kansrijk voor succesvolle herbestemming, terwijl naorlogs zorgvastgoed zich lastiger laat herbestemmen. Samenwerking tussen alle partijen is bij herbestemming cruciaal: opdrachtgever, eigenaar, huurder, eindgebruiker, gemeente, architect en de buurt zijn allemaal nodig.

Intramurale zorgaanbieders kunnen appartementen in **verzorgingstehuizen** als zelfstandige appartementen gaan verhuren. In kwalitatief moderne complexen kan dat aan dezelfde doelgroep en wordt het zelfstandig wonen met zorg. In kwalitatief oudere complexen zou men kunnen kijken naar andere doelgroepen zoals studenten of starters.

Een andere optie is het slopen van het verzorgingshuisgebouw. Op de vrijgevallen plek kan in woningmarktgebieden, waar voldoende marktdruk is, nieuwbouw gerealiseerd worden, bijvoorbeeld een meergeneratiewooncomplex.

Het Collectief Particulier Opdrachtgeverschap (CPO) als collectieve opdrachtgever voor het realiseren van de woonwensen van een specifieke groep particulieren is in opkomst. Zo ontstaan er initiatieven voor kleinschalige woonvormen en groepswoningen voor senioren, waarbij ook voorzieningen voor diensten en zorg geregeld worden en binnen de sociale huursector vallen. Het nieuwe vergoedingstelsel in de zorg biedt cliënten meer vrijheid om eigen kwaliteitskeuzes te maken. Nader onderzocht dient te worden of een CPO ook geschikt is voor het realiseren en exploiteren van (groeps-)woonvormen voor mensen met dementie die 24uurs-zorg en toezicht behoeven.

De **gemeente** kan de ontwikkeling van nieuwe woonvormen en/of CPO's stimuleren door:

- het aanbieden van goedkope grond op gunstige locaties,
- adequate informatie en begeleiding te organiseren of
- belemmeringen in het bestemmingsplan- en vergunningentraject weg te nemen.

6 Aanbevelingen

In deze paragraaf zijn de aanbevelingen voor de gemeente, zorgverzekeraar, belangenbehartigers, aanbieders van ondersteuning, welzijn, wonen en zorg, ontwikkelaars en producenten en voor de provincie gebundeld.

Gemeente

Oplossingsrichting: Voorbereid zijn op je eigen toekomst

- Bij het inzetten op preventie en/of bij het voorkomen van vragen naar Wmo-voorzieningen is het van belang om allereerst de gewenste gedragsdoelstellingen, die u als gemeente bij uw burgers, met name bij 50-plussers, wil bereiken, te formuleren en een analyse te maken van mogelijke redenen waarom burgers wel of niet het gewenste gedrag zullen vertonen. Aan de hand van deze informatie kan de best bij uw doelen passende interventie gekozen worden.

Oplossingsrichting: Samenwerken aan een dementievriendelijke gemeenschap

- Neem als de gemeente de regie om een breed en divers samengesteld lokaal netwerk van stakeholders in de zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers te realiseren, waarin u als gemeente samen met de netwerkpartners werkt aan het dementievriendelijk maken van de gemeenschap, buurt, wijk en gemeente als geheel.
- Toets uw eigen gemeente-organisatie op de mate van dementievriendelijkheid en onderneem acties om deze te verbeteren. (Denk bijvoorbeeld aan deskundigheidsbevordering van medewerkers die in contact (kunnen) komen met mensen met dementie en hun mantelzorgers.)

Oplossingsrichting: Goede zorg in de buurt en wijk

- Toets uw gemeentelijk dementiebeleid met behulp van de Dementieproofmeter⁴⁰ zodat u inzicht heeft/krijgt in hoeverre uw uitvoeringsbeleid aansluit bij de behoeften van de doelgroep.
- Toets in hoeverre het bestaande voorzieningenaanbod op buurt-, wijk- en gemeenteniveau voldoende aansluit bij de behoeften van de doelgroep. Zie kaart: *Gebiedsaanbiedingsniveau's voor antwoorden bij dementie* (pagina 48-49). Onderneem bij geconstateerde hiaten en/of overlappingsen met aanbieders acties om tot een goed voorzieningenaanbod te komen.

- Blijf inzetten op het vergroten van de bekendheid van de sociale kaart, zowel bij burgers, kwetsbare groepen als bij informele en professionele hulp- en zorgverleners. Draag zorg voor een up-to-date (digitale) sociale kaart. In de sociale kaart dienen ook beschikbare hulpmiddelen opgenomen te zijn.
- Hanteer bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid gericht op de doelgroep mensen met dementie en hun mantelzorgers en bij inkoop van voorzieningen de Zorgstandaard Dementie.
- Werk samen met zorgverzekeraars om de Zorgstandaard Dementie te implementeren, zodat er in uw gemeente een integraal en samenhangend pakket van zorg en ondersteuning voor de doelgroep dementie gerealiseerd wordt.
- Betrek bij de ontwikkeling van sociale wijkteams bewoners en met name de groep 50-plussers. Zij zijn volwaardige partners in de ontwikkeling en bij de monitoring van de sociale wijkteams.
- Onderzoek in hoeverre het bestaande aanbod van dagvoorzieningen en respijtvormen voor de doelgroep dementie voldoet aan de behoeften en wensen van mantelzorgers. Ga na of dit qua invulling voldoende aansluit bij de preferenties van mensen met dementie: 'activiteiten en respijt op maat'. Stimuleer aanbieders tot meer diversiteit en geef nieuwe initiatieven kansen en toets de waarde voor doelgroepleden in de praktijk.

Oplossingsrichting: Sociale steun versterken en/of vergroten

- Stimuleer de ontwikkeling van sociale netwerken door de mogelijkheden van ontmoetingen van burgers, mantelzorgers en mensen met dementie te vergroten. De gemeenschapshuizen, wijkgebouwen of MFA's, belangenbehartigersorganisaties (zoals ouderenbonden en Alzheimerafdeling) vrijwilligers- en/of welzijnsorganisaties kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.
- Stimuleer en faciliteer het verenigingsleven en vrijwilligersinitiatieven, die de sociale cohesie in buurten en wijken versterken en de mogelijkheden voor informele sociale steun, mantelzorgondersteuning, informele hulp en/of respijt vergroten.
- Waardeer de mantelzorger⁴¹ en vrijwilligers en verenigingen⁴², die zich inzetten voor kwetsbare groepen. Zij zijn de smeerolie van de samenleving!
- Bied ondersteuning bij de implementatie van (digitale) systemen die de matching van vraag en (informeel/professioneel) aanbod stimuleren.

Oplossingsrichting: De mantelzorg overeind houden

- Wmo-uitvoeringsbeleid: Tijdens vraagverhelderingsgesprekken en het inschatten van de behoefte aan hulp dienen de Wmo-loketmedewerkers en frontline-medewerkers altijd de mantelzorger te bevragen naar zijn/haar (on-)mogelijkheden en alert te zijn op risico's voor te zware belasting of overbelasting van de mantelzorger.

- Faciliteer de Alzheimerafdeling, wijkorganisaties en/of welzijnsorganisaties zodat zij met inzet van vrijwilligers mantelzorgers ontmoetingsmogelijkheden en/of groepsondersteuning kunnen bieden en geef hen een financiële bijdrage (subsidie) voor de locatie- en coördinatiekosten.

Oplossingsrichting: Wonen in eigen huis en/of met mantelzorg

- Stimuleer en faciliteer individuele- en groepsvoorlichting over mogelijkheden van woningaanpassingen en woonvormen door vertegenwoordigers van ouderenbonden en/of leden van een wijkorganisatie. Subsidieer individuele advisering en coaching/begeleiding van thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers bij het beoordelen of woningaanpassingen en/of hulpmiddelen gewenst zijn en bij het leren omgaan met deze aanpassingen. Dit kan worden aangeboden door woonadviseurs, mantelzorgmakers, ouderenadviseurs, dementieconsulenten en casemanagers dementie. Hierdoor zet u in op het voorkomen van het ontstaan van de vraag naar fysieke woningaanpassingen.
- Neem in de bouwvergunningen specifieke voorwaarden op die het levensloopbestendig en modulair bouwen stimuleren, zodat ook naderhand woningaanpassingen eenvoudig en goedkoop te realiseren zijn.
- Stel een duidelijke informatiebrochure op waarin het gemeentelijk beleid omtrent mantelzorgwoningen uitgelegd wordt en draag zorg voor een brede verspreiding, zeker onder verwijzers.
- Draag zorg voor een goede en structurele samenwerking tussen de afdelingen ruimtelijke ordening, bouw- en woningtoezicht en maatschappelijke ontwikkeling zodat aanvragen voor aan- of bijbouwen (bijv. mantelzorgkamer en mantelzorgwoning) in relatie tot zorg snel en adequaat afgehandeld kunnen worden. Benoem bij elke aanvraag een dossierhouder.

Oplossingsrichting: Blijven wonen in eigen buurt of wijk

- Toets bestemmingsplannen en vergunningentrajecten op mogelijke belemmeringen voor het snel realiseren van nieuwe woonvormen voor kwetsbare ouderen en in het bijzonder voor mensen met dementie en wijzig zo nodig het beleid.
- Stimuleer de ontwikkeling van intergenerationeel wonen in samenwerking met woningbouwcorporaties door in de woonvisie prestatieafspraken op te nemen.
- Help initiatiefnemers, die via de constructie Collectief Particulier Opdrachtgeverschap (CPO) nieuwe woonvormen voor mensen met dementie en hun partners willen realiseren, door deze adequaat te informeren en te begeleiden bij het opzetten van een CPO.

Zorgverzekeraars

Oplossingsrichting: Voorbereid zijn op de eigen toekomst

- Besparingen van zorgkosten zijn mogelijk wanneer vragen naar (langdurige)zorg voor personen met dementie uitgesteld kunnen worden. Uitstel van vragen kan o.a. bereikt worden door het bevorderen van gezonde levenswijzen. Ook kunnen mantelzorgers voor-

bereid worden op aspecten van het dementeringsproces. Ook zijn er preventieve maatregelen die men zelf al in een vroeg stadium kan ondernemen. Voorlichtingsprogramma's over bijvoorbeeld woningaanpassingen en geschikte hulpmiddelen bij dementie kunnen hier een bijdrage aan leveren. Ook methodieken als 'Eigen Krachtcentrale' om het sociaal netwerk te versterken en te vergroten, kunnen ingezet worden, zodat de mantelzorger niet alleen komt te staan.

Oplossingsrichting: Goede zorg in de buurt en wijk

- Werk samen met de gemeente om de Zorgstandaard Dementie te implementeren, zodat er een integraal en samenhangend pakket van zorg en ondersteuning voor de doelgroep dementie gerealiseerd wordt.

Oplossingsrichting: De mantelzorg overeind houden

- Geef meer voorlichting en informatie over de mogelijkheden van financiering van respijtvorzieningen voor mantelzorgers, die u via uw (aanvullende) verzekeringspakketten kunt aanbieden.
- Bied uw verzekerden en mantelzorgers van mensen met dementie via uw aanvullende pakketten de mogelijkheid om gratis gebruik te maken van Dementieonline en de Dementelcoach.

Belangenbehartigersorganisaties: (provinciale/lokale) ouderenbonden en Alzheimer-afdelingen

Oplossingsrichting: Voorbereid zijn op je eigen toekomst

- Zet als ouderenbond uw netwerk van deskundige leden in voor het geven van individuele voorlichting, advies en coaching van 50-plussers zodat zij zelf proactief acties en maatregelen nemen om zo lang mogelijk zelf de regie te kunnen behouden, zelfstandig te kunnen blijven wonen en hun sociaal netwerk op peil te kunnen houden.
- Werk mee aan het taboe doorbreken rond dementie en het vergroten van de kennis over dementie bij burgers door het organiseren voorlichtingsbijeenkomsten over dementie voor 50-plussers in samenwerking met lokale aanbieders en de gemeente.

Oplossingsrichting: Samenwerken aan dementievriendelijke gemeenschappen

- Participeer als lokale ouderenbond en als Alzheimerafdeling in het DVG-netwerk (Dementievriendelijke gemeenschap) en zet uw leden in om samen het taboe rond dementie te slechten en het isolement van mensen met dementie en/of hun mantelzorgers te doorbreken.

Oplossingsrichting: De mantelzorg overeind houden

- Neem het initiatief om met doelgroepleden te onderzoeken in hoeverre het bestaande aanbod van respijtvorzieningen tegemoet komt aan de wensen en preferenties van de mensen met dementie en van hun mantelzorgers. Bied vervolgens de resultaten, aangevuld met uw aanbevelingen aan de gemeente en aanbieders aan.
- Bied lokale ouderenbondleden scholing en deskundigheid aan in het kunnen signaleren van vragen om hulp, steun of zorg, vraagverlegenheid en mantelzorgbelasting.
- Zet als Alzheimerafdeling in op het verruimen van de mogelijkheden voor lotgenotencontact, zowel voor mantelzorgers als voor mensen met dementie in een gemeente, en voor een diversiteit aan respijtvormen. Werk hierbij samen met vrijwilligers- en/of welzijnsorganisaties.

Oplossingsrichting: Blijven wonen in eigen woning en/of eigen buurt/wijk

- Zet als ouderenbond met opgeleide vrijwilligers actief in op het bieden van voorlichting en advies over mogelijke woningaanpassingen die de bewoner zelf kan (laten) doen, hulpmiddelen en welke woonvariatie er in een buurt of wijk aanwezig is.

Aanbieders van ondersteuning, welzijn, wonen en zorg

Oplossingsrichting: Goede zorg in de buurt of wijk

- Onderzoek in samenwerking met doelgroepvertegenwoordigers en de gemeente in hoeverre het bestaande voorzieningenaanbod op buurt-, wijk- en gemeenteniveau aansluit bij de behoeften van de doelgroep dementie. Zie kaart: *Gebiedsaanbiedingsniveau's voor antwoorden bij dementie* (pagina 48-49). Onderneem hierna bij geconstateerde hiaten en/of overlappingsen met van belang zijnde aanbieders acties om tot een goed totaal voorzieningenaanbod te komen.
- Draag zorg dat uw aanbod voldoet aan de normen van de Zorgstandaard Dementie.
- Ga voortdurend op zoek naar de wensen ten aanzien van de invulling van het ondersteunings- of zorgaanbod van mensen met dementie en hun mantelzorgers zodat op de individuele maat een aanbod geboden kan worden.

Oplossingsrichting: De mantelzorg overeind houden

- Wees voortdurend alert op signalen van te zware mantelzorgbelasting en/of overbelasting, stimuleer het bespreekbaar maken van de zorg voor de naaste met dementie in de eigen omgeving en speur samen met de mantelzorgers naar mogelijkheden om het sociaal netwerk te vergroten/versterken.

Oplossingsrichting: Blijven wonen in eigen huis

- Maak in voorlichtingstrajecten en –materialen die als doel hebben om tijdig te kiezen voor woningaanpassingen en/of het gaan gebruiken van hulpmiddelen die de zelfredzaamheid bevorderen gebruik van positieve frames. Denk aan: toepassen leidt tot hoger wooncomfort of lichtere uitvoeringstaak. Ook positieve getuigenissen van anderen (liefst leden van dezelfde populatie) kunnen figuurlijke drempels verlagen.
- Bied door deskundigen (zoals ergotherapeuten, woongemaksadviseurs, ouderenadviseurs of opgeleide vrijwilligers) doelgroepleden een op maat gesneden advies aan wat betreft mogelijke woningaanpassing en hulpmiddelen en bied ook coaching bij het gebruik maken van een toepassing of hulpmiddel.

Oplossingsrichting: Blijven wonen in de eigen omgeving

- Neem als woningbouwcorporatie of projectontwikkelaar levensloopbestendig bouwen als uitgangspunt bij nieuw- en verbouw van woningen en neem hier aanbevelingen voor dementievriendelijke woning in mee.
- Maak als woningbouwcorporatie een principiële keuze voor wat u wilt gaan doen met zorggerelateerde woningen.
- Leg als corporatie in uw beleid vast of het realiseren van mantelzorgwoningen al dan niet mogelijk is. Zo voorkomt u bij een mogelijke aanvraag ad hoc besluiten.
- Bouw vrijkomende/-vrijstaande zorgappartementen om tot zelfstandige appartementen, die voor zowel voor jong als oud geschikt zijn en ontwikkel samen met potentiële nieuwe bewonersgroepen servicedienstpakketten.

Ontwikkelaars en producenten

Oplossingsrichtingen: Goede zorg en Blijven wonen in eigen huis

- Betrek van het begin af aan actief doelgroepvertegenwoordigers/potentiële klanten/eindgebruikers bij het ontwikkelen van een mogelijk nieuw product, zet hen in bij toetsing van het idee (levert het een meerwaarde op?), concept (voldoet dit aan de eisen/wensen?) en prototype (voldoet dit aan gebruiksgemak en levert dit de beoogde meerwaarde op?).
- Geef duidelijke instructie aan de gebruikers bij de aanschaf van hulpmiddelen en nieuwe producten die het behoud van zelfstandigheid kunnen bevorderen.
- Begeleid mensen met dementie en mantelzorgers in het leren omgaan met het hulpmiddel of nieuw product/toepassing.
- Bied altijd service en onderhoud van het hulpmiddel of product aan.

Provincie

Oplossingsrichting: Voorbereid zijn op de eigen toekomst

- Provinciale en lokale ouderenbonden kunnen een belangrijke bijdrage leveren in het bewustwordingsproces, zodat mensen goed voorbereid zijn op hun toekomst na hun 55ste levensjaar. Deze ouderenbonden beschikken over een zeer groot netwerk aan opgeleide vrijwilligers die een signaalfunctie kunnen vervullen of ingezet kunnen worden voor individuele en groepsvoorlichting en/of coaching. Van belang is dat de Provincie de activiteiten en inzet van provinciale partijen blijft faciliteren.

Oplossingsrichting: Dementievriendelijke gemeenschap

- Stimuleer de beweging, het proces van het dementiemind maken van de samenleving door gemeenten en stakeholders te inspireren door
 - inspiratie- en kennisbijeenkomsten te organiseren op subregionaal niveau (vergroten van de capaciteit en motivatie);
 - goede voorbeelden beschrijven en presenteren, zowel digitaal (website) als tijdens conferenties (vergroten van de capaciteit);
 - faciliteren van het lokale netwerkvormingsproces en actieplanontwikkeling (vergroten van de gelegenheid);
 - advisering en bieden van ondersteuning aan DVG-netwerken bij het uitwerken van plannen (vergroten van de capaciteit);

Oplossingsrichtingen: Blijven wonen in eigen huis en in eigen buurt/wijk

- Stimuleer de ontwikkeling van nieuwe wooninitiatieven en -vormen door kennis te vergaren en te verspreiden, initiatiefnemers met van belang zijnde partijen samen te brengen en veelbelovende initiatieven bij conceptontwikkeling financieel te ondersteunen.
- Ga na welke mogelijke belemmeringen er op het gebied van ruimtelijk ordening in uw provinciaal beleid voorkomen die de realisatie van nieuwe woonvormen stremmen en zoek samen met stakeholders naar gewenste oplossingen voor deze belemmeringen.
- Breng eindgebruikers, ondernemers, kennisinstututen en overheden samen zodat de door de eindgebruikers (burgers/consumenten, dienstverlenende organisaties) daadwerkelijk gewenste hulpmiddelen of producten, die het zelfstandig kunnen blijven leven en wonen bevorderen, ontwikkeld worden.
- Faciliteer de opstart van de samenwerking van eindgebruikers, ondernemers, kennisinstututen en overheden, kennisontwikkeling en -deling.

Noten

1. Alzheimer-Nederland, oktober 2013, (http://www.alzheimer-nederland.nl/media/808426/factsheet_alleenwonenden_dementie_prognose_-_publieksversie_10-10-2013.pdf) gebaseerd op onderzoek van TNO voor Alzheimer Nederland
2. Bron: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/awbz/Veranderingen-vanaf-2015/AWBZ-zorg-naar-Wmo-of-Zvw>, d.d. 18 maart 2014
3. De langdurige intramurale GGZ zonder behandeling (RIBW's) wordt overgeheveld naar de gemeenten.
4. CIZ, Aanspraak op AWBZ-zorg, provincie Noord-Brabant, juni 2014. <http://www.ciz.nl/actueel/vernieuwde-awbz-rapportages>. geraadpleegd op 22 juli 2014
5. Als consumentenorganisatie wil SIR-55 ervoor zorgen dat 55-plussers – medioren en senioren – meer invloed en zeggenschap krijgen over hun eigen woning en woonmilieu. Particulier en Collectief Particulier Opdrachtgeverschap zijn sleutelwoorden.
6. *Dementiemonitor Mantelzorg Problemen, zorgbehoeften, zorggebruik en oordelen van mantelzorgers* (Nivel, 2012)
7. *CIZ: Op weg naar andere zorg CIZ-rapportage voor gemeenten over AWBZ-zorg voor volwassenen provincie Noord-Brabant* 1 januari 2014, juni 2014. <http://www.ciz.nl/actueel/vernieuwde-awbz-rapportages>. geraadpleegd op 22 juli 2014
8. http://www.draagvlakkrijgen.nl/images/triade_model_03_blanco%20achtergrond.jpg
9. <http://www.mvonderland.nl/mvo-tool/prof-theo-poesz-gedragmanagement-triademodel> (25 juli 2014)
10. Zie voor meer informatie: www.pgraad.com/dementievriendelijke-gemeente.html en www.dementievriendelijk.nl.
11. *Dementievriendelijke gemeente. Een inspirerende gids*. KBS, 2011.

12. Fabian Dekker, Monique Stavenuiter, Jessica van den Toorn en Roos van Straten: *De leeftijdsvriendelijke gemeente. Op zoek naar positief ouderenbeleid*. Verwey-Jonker-instituut, 2012.
13. Bron: Lahaije, Marjo, Hilde Stoop en Han te Brummelstroete, *Kwetsbare burgers langer thuis. schets gewenst aanbod op verschillende geografische gebiedsniveaus*, Gemeente Tilburg, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, juli 2011.
14. Voor het werken met de schets wordt verwezen naar: Stoop, Hilde: *Toepassen van de wijk-/dorpsschets. Draaiboek*. Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, maart 2012
15. Alzheimer Nederland & Vilans: *Zorgstandaard Dementie*, 18 juli 2013
16. Brief van Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties aan VNG: Reactie op de uitslag van de VNG-ledenraadpleging over het overlegresultaat decentralisatie van langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, d.d. 29 januari 2014
17. Wederzijdse hulpdiensten: mensen kunnen zich aanmelden bij een burenhulpcentrale of burennetwerk, niet als vrijwilliger, maar als deelnemer die zowel hulp kan bieden als ontvangen. Wederkerigheid is hier essentieel, zonder dat overigens die wederkerigheid aan de orde moet zijn tussen twee mensen. De een kan de ander helpen, maar kan zelf weer van een derde hulp ontvangen.
18. Lilian Linders: *De betekenis van nabijheid*. SDU uitgevers, Den Haag 2010.
19. <http://indeboomtak.nl>
20. Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meerdere leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie. (VWS, 2001)
21. Alzheimer Nederland en Nivel (2014): *Ervaren problemen van mantelzorgers, professionele ondersteuning en zorg bij dementie. Dementiemonitor Mantelzorg 2013 - 2014*
22. Mogelijke verklaring voor dit lage percentage: de grootste groep mantelzorgers zijn partners van de persoon met dementie en zijn zelf veelal ook al op hoge leeftijd en of hebben de pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Eventuele kinderen behoren veelal niet meer tot het huishouden.

23. Vanaf 2015 financiering via Zvw.
24. Dementelcoach biedt telefonische hulp aan de mantelzorgers van mensen met dementie. In circa 10 gesprekken met een vaste coach kan de mantelzorger zijn/haar hart luchten, adviezen inwinnen en problemen bespreken. Zodra de diagnose gesteld is of later kan een mantelzorger dit aanvragen. Op dit moment is er nog geen structurele financiering en is er een stop voor gratis deelname (augustus 2014).
25. DementieOnline is een internetcursus voor mantelzorgers. De meeste zorgverzekeraars vergoeden de kosten voor deelname door de mantelzorger. Zie www.dementieonline.nl
26. *Mantelzorgers over ondersteuning bij dementie door het sociaal netwerk en de gemeente. Dementiemonitor Mantelzorg 2013. Deelrapportage 2. Alzheimer Nederland & Nivel, Utrecht, 2014*
27. Platform 31. *Handreiking comfortabel wonen voor mensen met dementie Tips en suggesties voor de aanpassing van bestaande woningen ten behoeve van familieleden en hulpverleners.* 2014
28. www.thuiswonenmetdementie.nl
29. *Handig bij zelfstandig, hulpmiddelengids voor mensen met dementie*, Gemeente Amsterdam, 2010
30. ANP, 5-6-2014
31. www.stwonen.nl
32. *'Wel thuis! Mantelzorgwoningen mogelijk maken'*, Provincie Utrecht 2010
33. *'Mantelzorgwoningen. Een handreiking voor woningcorporaties'*, Aedes-Actiz, 2012
34. Anja van der Schoot: *Met 'zorg' wonen in wijken en kernen'* Programmaad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, 2011
35. www.provincialeraadgezondheid.nl/actueel/blogs/duurzame_zorg/Wie_participeert_hier_eigenlijk_.html?id=552&highlight=Elsendorp

36. www.zorgcorporatie.nl
37. <http://www.kcwz.nl/doc/levensloopgeschied/Geschied%20wonen>
38. Een nultredenwoning is een woning die extern en intern toegankelijk is. Dit betekent dat de woonkamer zonder trappen van buiten af bereikbaar is en dat de keuken, het sanitair en minimaal één slaapkamer vanuit de woonkamer eveneens zonder traplopen te bereiken zijn. Drempels in de woning zijn laag of ontbreken.
39. In het promotieonderzoek *'De wenselijke schaal'* onderzocht Spierings de invloed van schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau op de sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen. Bron: Aedes, http://www.kcwz.nl/dossiers/wonen_zorg/veel-ouderen-wonen-graag-in-grootschalig-complex, 22 juli 2014
Aedes, http://www.kcwz.nl/dossiers/wonen_zorg/veel-ouderen-wonen-graag-in-grootschalig-complex, geraadpleegd op 22 juli 2014
40. De nieuwe versie van de Dementieproefmeter wordt door de PGraad begin 2015 uitgebracht.
41. Mantelzorgers geven volgens Mezzo aan dat zij zich het meest gewaardeerd voelen door een vast geldbe-drag. Gemiddeld maken mantelzorgers namelijk per jaar € 1.100, - aan extra kosten, onder andere reis- en telefoonkosten. Daarnaast vinden mantelzorgers het belangrijk er- en herkend te worden door waardering; dat gemeenten inzetten op preventie van overbelasting en dat gemeenten inzetten op innovatie wat betreft de ondersteuning van mantelzorgers. De gemeente kan de waardering zo breed mogelijk insteken maar kan ook ervoor kiezen (daarbinnen) te differentiëren voor één of meer specifieke doelgroepen mantelzor-gers.<https://www.vng.nl/files/vng/publicaties/2014/20140709-informatiekaart-mantelzorgwaardering.pdf> (d.d. 14 - 10 -2014)
42. Bijvoorbeeld door het vertrekken van een waarderingssubsidie voor de activiteiten van de vrijwilligers of van de vereniging.

Geraadpleegde bronnen

Aedes-Actiz *Mantelzorgwoningen. Een handreiking voor woningcorporaties*, 2012

Alzheimer Nederland & Vilans: *Zorgstandaard Dementie*, 18 juli 2013

Alzheimer Nederland en Nivel (2014): *Ervaren problemen van mantelzorgers, professionele ondersteuning en zorg bij dementie. Dementiemonitor Mantelzorg 2013 - 2014*

Alzheimer Nederland & Nivel *Mantelzorgers over ondersteuning bij dementie door het sociaal netwerk en de gemeente. Dementiemonitor Mantelzorg 2013. Deelrapportage 2*, Utrecht, 2014

CIZ: *Aanspraak op AWBZ-zorg*, provincie Noord-Brabant, 1 januari 2014, juni 2014, <http://ciz.databank.nl/report/awbz.html>, geraadpleegd op 21 juli 2014

CIZ: *Op weg naar andere zorg CIZ-rapportage voor gemeenten over AWBZ-zorg voor volwassenen provincie Noord-Brabant* 1 januari 2014, juni 2014. <http://ciz.databank.nl/report/awbz.html>, geraadpleegd op 21 juli 2014

Dekker, Fabian Monique Stavenuiter, Jessica van den Toorn en Roos van Straten: *De leeftijdsvriendelijke gemeente. Op zoek naar positief ouderenbeleid*. Verwey-Jonkerinstituut, 2012.

Lahaije, Marjo, Hilde Stoop en Han te Brummelstroete, *Kwetsbare burgers langer thuis. schets gewenst aanbod op verschillende geografische gebiedsniveaus*, Gemeente Tilburg, Programmaad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, juli 2011

Linders, Lilian: *De betekenis van nabijheid*. SDU uitgevers, Den Haag 2010.

KBS: *Dementievriendelijke gemeente. Een inspirerende gids*. 2011.

Nauta, Kees en Henriette Maas: *Wonen met zorg en welzijn in tijden van verandering*, Tilburg, PON, september 2013

Nivel: *Dementiemonitor Mantelzorg Problemen, zorgbehoeften, zorggebruik en oordelen van mantelzorgers* (2012)

Platform 31. *Handreiking comfortabel wonen voor mensen met dementie Tips en suggesties voor de aanpassing van bestaande woningen ten behoeve van familieleden en hulpverleners*. 2014

Poiesz, prof. dr. Theo Gedragsmanagement, *waarom mensen zich (niet) gedragen*, Wormer Inmerc bv, 1999

Provincie Utrecht *Wel thuis! Mantelzorgwoningen mogelijk maken*, 2010

Rli (Raad voor de leefomgeving en infrastructuur): *Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn*. Den Haag, 15 januari 2014

Schoot, Anja van der: *Met 'zorg' wonen in wijken en kernen* Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, 2011

http://www.kcwz.nl/dossiers/wonen_zorg/veel-ouderen-wonen-graag-in-grootschalig-complex, 22 juli 2014

www.alzheimer-nederland.nl

www.alzheimer-nederland.nl/media/808426/factsheet_alleenwonenden_dementie_prognose_-_publieksversie_10-10-2013.pdf

www.dementieonline.nl

www.dementievriendelijk.nl

www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/awbz/Veranderingen-vanaf-2015/AWBZ-zorg-naar-Wmo-of-Zvw, d.d. 18 maart 2014

www.kcwz.nl/doc/levensloopgeschied/Geschied%20wonen

http://www.kcwz.nl/dossiers/wonen_zorg/veel-ouderen-wonen-graag-in-grootschalig-complex, 22 juli 2014

www.pgraad.com

www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/veranderingen-in-de-awbz, d.d. 17 maart 2013

www.stwonen.nl

www.thuiswonenmetdementie.nl

www.zorgcorporatie.nl

Bijlage 1.

Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric

Dementie is een van de grote maatschappelijke vraagstukken nu en in de toekomst. Zeker in een sterk vergrijzende provincie als Noord-Brabant is dit vraagstuk zeer actueel en zal, mede gezien de toename van de doelgroep en de afname van het potentieel aan mantelzorg (familiezorgers), de ontwikkelingen in de zorg (en zorgwetgeving), de komende decennia hoog op de agenda blijven.

De Programmaraad wil medeverantwoordelijkheid dragen voor het aanpakken van dit grote maatschappelijke vraagstuk. Haar rol in deze is:

- Signaleren
- Agenderen
- Adviseren
- Op vraag van lokale overheden (tijdelijk) ondersteuning bieden in ontwikkelingstrajecten.
- Met het veld nieuwe oplossingen mee ontwikkelen of implementatie hier van stimuleren.

Het programma Zorgvernieuwing Psychogeriatric richt zich op

- Verbetering van de zorg voor de thuiswonende mensen met dementie.
- Verbetering van het wonen met zorg voor niet meer thuiswonende patiënten.
- Versterking van de mantelzorg.
- Verbeteren van de kwaliteit van zorg.

De Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric is een Brabants kennis- of expertisenetwerk, waarin naast doelgroepbelangenbehartigers (Alzheimerafdelingen) alle disciplines op het gebied van psychogeriatric, middels deskundige sleutelfiguren uit de verschillende sectoren, zijn vertegenwoordigd.

Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric (2014)

De heer drs. H. Kemps	Voorzitter
De heer drs. P. Baetsen	Futura
De heer drs. L. Bisschops	Alzheimerafdeling Zuidoost-Brabant
Mevrouw J. de Boer	Alzheimerafdeling Uden/Veghel
De heer drs. E. Dirx	Welzijn Ouderen (RIGOM Oss)
De heer drs. A. van den Dungen	Gemeente Michielsgestel
Mevrouw dr. T. Eerenberg	TweeSteden ziekenhuis
De heer L. van Erp	RSZK
De heer em. prof. dr. G. van Heck	UvT
De heer drs. C. Hammen	VBOB
Mevrouw A. Heezemans	Summa-college, ROC Eindhoven
De heer drs. B. Janssen	Alzheimerafdeling Midden-Brabant
Mevrouw drs. W. de Jong	BrabantZorg
Mevrouw drs. A. Kaag	Provincie Noord-Brabant
De heer A. Megens	Zet
De heer M. van Oosterhout	Gemeente Drimmelen
Mevrouw drs. T. Rietveld	PON
De heer drs. S. Roufs	GGzE
De heer prof. dr. R. Schalk	UvT/Tranzo
Mevrouw drs. I. Smoor	Alzheimerafdeling 's-Hertogenbosch
Mevrouw drs. R. Sohier	Provinciale Raad Gezondheid
Mevrouw H. Stoop	Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric
Mevrouw J. Tacke	BRIZ
De heer A. Vos	Alzheimerafdeling West-Brabant
Mevrouw K. Wiersema	VGZ-Zorgkantoor Midden-Brabant
Mevrouw dr. E. Wouters	Fontys Hogeschool

Bijlage 2. Geraadpleegde experts

Geraadpleegde Experts

Drs. Peter Baetsen	Beleidsmedewerker Futura
Drs. Leo Bisschop	Voorzitter Alzheimerafdeling Zuidoost Brabant
José de Boer	Bestuurslid Alzheimerafdeling Uden/Veghel
Arnold van den Broek	Senior beleidsmedewerker Gemeente Boxtel
Harry Dirx	KBO
Drs. Eric Dirx	Directeur RIGOM
Caroline van Dongen	Projectassistent Programmaad Zorgvernieuwing Psychogeriatric
Dr. Trudy Eerenberg	TweeStedenziekenhuis
Drs. Cor Hammen	VBOB
Dr. Riet Hammen	ANBO
Ans Heezemans	Summa-college
Truus Houtepen	PVR
Drs. Ben Janssen	Bestuurslid Alzheimerafdeling Midden-Brabant
Leo van Erp	Lid van RvB RSZK
Em. prof. dr. Guus van Heck	Tilburg University
Drs. Astrid Kaag	Beleidsmedewerker Provincie Noord-Brabant
Ank Keereweer	Alzheimerafdeling Zuidoost-Brabant
André Megens	Manager Zet
John Moolenschot	Lid van RvB Schakelring
Drs. Harrie Kemps	Voorzitter Programmaad Zorgvernieuwing Psychogeriatric
Prof.dr. Theo Poiesz	Tilburg University
Jan Roes	Zorgeloos huis
Ronald Rueb	Zorgelooshuis
Drs. Trude Rietveld	Adviseur PON
Drs. Serge Roufs	GGzE
Prof. dr. René Schalk	Tilburg University /Tranzo
Drs. Anja van der Schoot	Adviseur Zet
Hilde Stoop	Programmacoördinator Programmaad Zorgvernieuwing Psychogeriatric
Ad Vos	Voorzitter Alzheimerafdeling West-Brabant
Drs. Renate Werkhoven	Beleidsmedewerker provincie Noord-Brabant

Bijlage 3 Publicatielijst

Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric

1. Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric: Factsheets: *'Behoeftenprofiel Dementie', 'Betrokkenen in de dementiezorg', 'Financieringskaders dementiebehoeften (vanaf 2015)' en 'Gewenst aanbiedingsniveau's voor antwoorden bij dementie'*, Tilburg, juli 2014
2. Schoot, Anja van der en Ingrid Dam: *Wijkgericht werken en dementie. welke meerwaarde heeft integrale zorg en ondersteuning in de buurt voor mensen met dementie en hun mantelzorgers?*, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric/BRIZ, april 2013, € 10,- ex-cl. BTW
3. Stoop, Hilde: *Brabants gemeentelijk dementiebeleid anno 2012 in beeld*. Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, oktober 2012
4. Westelaken, Anja van de: *42% van de mantelzorgers zorgt voor een persoon met dementie. Facts & Figures 2012*, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, april 2012
5. Stoop, Hilde: *Toepassen van de wijk-/dorpsschets. Draaiboek*. Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, maart 2012
6. Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, *Factsheets van Noord-Brabantse gemeenten 2012*, te downloaden via www.pgraad.com.
7. Programmaraad Zorgvernieuwing *Psychogeriatric Dementieproofmeter 2012*, Tilburg, februari 2012
8. Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric: *AWBZ-veranderingen 2012 - 2014. Wat komt op u af?*, Tilburg, oktober 2011
9. Schoot, Anja van der, *Met 'zorg' wonen in wijken en kernen*, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, september 2011, € 15,- excl. BTW
10. Lahaije, Marjo, Hilde stoop en Han te Brummelstroete, *Kwetsbare burgers langer thuis. schets gewenst aanbod op verschillende geografische gebiedsniveaus*, Gemeente Tilburg, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, juli 2011.

11. Stoop, Hilde en Anja van der Schoot, *Brabants Actieprogramma dementie 2011 – 2015*, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, april 2011.
12. Stoop, Hilde, *Brabants gemeentelijk dementiebeleid in beeld*. Tilburg, mei 2010, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, € 12,50.
13. Stoop, Hilde, *Zuidoost-Brabants gemeentelijk dementiebeleid anno 2010 in beeld*, Tilburg, april 2010, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric.
14. *Gemeenten moeten dementie serieus nemen*. Verslag van het regionaal debat Noord-oost-Brabant: *Dementie vergeten?....Toch zeker niet!* (2-12-2009 Heesch), Tilburg, januari 2010, Programma Zorgvernieuwing Psychogeriatric en Alzheimerafdelingen Noord-oost-Brabant.
15. *Advies Empowerment en Dementie: Vergeet mij niet!* Tilburg, oktober 2009, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric.
16. Redactie: prof. dr. Guus van Heck & Hilde Stoop: *Vergeet mij niet!*, Tilburg, september 2009, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric.
17. Redactie: Hilde Stoop en mr. Ietje de Rooij, *Grote kwaliteit op kleine schaal. Is kleinschalig wonen voor mensen met dementie een succesvolle parel in de ouderenzorg?* Tilburg, mei 2008, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric en De Kievitshorst/De Wever, € 12,50, inclusief BTW.
18. Alexander van den Dungen (PRVMZ) en Hilde Stoop (Zet) *Klein, maar fijn?*, PRVMZ, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric en Zet, 's-Hertogenbosch, 2008.
19. Stoop, Hilde, *Behoeftenkaart dementie en Kaart Voorbeelden van Wmo-antwoorden*, Tilburg, mei 2008, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric.
20. Stoop, Hilde, *Evaluatie Dementieconsulent Tilburg*, Tilburg, mei 2005, BOZ, € 10,00.

De producten zijn te bestellen bij:
Zet, Afdeling Documentatie
Telefoon: 013 54 41 440
E-mail: info@wijzijnzet.nl