

Ouderenzorg
in de provincie

GRONINGEN

KIJK OP DE KETEN.

Knelpunten, opgaven
en inspirerende initiatieven

KIJK
OP DE KETEN.

VOORWOORD.

EELCO EIKENAAR

Gedeputeerde provincie Groningen

Ouderen worden tegenwoordig niet alleen steeds ouder maar blijven ook langer zelfstandig thuis wonen. Ik vind het daarom belangrijk dat de zorg in onze provincie voor deze ouderen op een hoog peil staat en blijft staan. Ouderenzorg die voor alle oudere inwoners bereikbaar, dichtbij en op maat is en die zo georganiseerd is dat het goed aansluit op de gezondheidssituatie en behoefte van deze ouderen.

Het door Sociaal Planbureau Groningen uitgevoerde onderzoek “Kijk op de keten; ouderenzorg in de provincie Groningen” biedt een goed inzicht in de zorg en ondersteuning voor ouderen in de provincie Groningen. De onderzoekers hebben vastgesteld dat de ouderzorg in onze provincie van een hoog niveau is, maar dat deze zorg wel onder druk staat.

Meerdere knelpunten zijn geconstateerd die om gezamenlijke inspanningen en acties vragen. In een dunbevolkte provincie met een dalende bevolking, ontgroening en vergrijzing kan en mag je gewoonweg niet achterover leunen en het allemaal maar laten gebeuren. Acties voor het verbeteren van de ouderenzorg zijn wat mij betreft hard nodig en worden door de provincie gestimuleerd en ondersteund.

Het is dan ook prachtig te zien dat er in onze provincie al veel initiatieven zijn die de samenwerking in de ouderen zorg verbeteren en de zorg en ondersteuning toekomstbestendig maken. Of het nu gaat om bewonersinitiatieven waarbij inwoners de verantwoordelijkheid nemen om de zorg en ondersteuning te regelen voor hun dorpsgenoten. Of dat het gaat om reguliere zorginstellingen en ketenpartners die

de samenwerking intensiveren en werkprocessen beter op elkaar afstemmen. Dit soort initiatieven zijn waardevol en nodig. Overigens waak ik er voor deze initiatieven als twee gescheiden werelden te zien. Zoek elkaar op en betrek ouderen. Leg verbindingen en versterk elkaar. Want alleen zo lukt het om goede ouderen zorg in onze provincie te behouden.

Tot slot het volgende. Om er voor te zorgen dat dit rapport niet de zoveelste ‘papieren tijger’ wordt, roep ik u op de uitkomsten en aanbevelingen niet alleen te lezen en te agenderen maar ze daadwerkelijk te gebruiken en tot gezamenlijke actie over te gaan.

Eelco Eikenaar
Gedeputeerde provincie Groningen

INHOUD.

Voorwoord	5		
Samenvatting	8		
1 Inleiding	11		
1.1 Doelstellingen en werkwijze van het onderzoek	12		
2 Ontwikkelingen in de ouderenzorg	17		
2.1 Ontwikkelingen	19		
3 Ketenbrede blik	23		
3.1 Ervaringen en knelpunten van ouderen en mantelzorgers	24		
3.2 Perspectief, knelpunten en inspirerende initiatieven volgens deskundigen	26		
3.3 Belangrijkste opgaven	31		
4 Wijknetwerk zorg en ondersteuning	33		
4.1 Ervaringen en knelpunten van ouderen en mantelzorgers	35		
4.2 Perspectief, knelpunten en inspirerende initiatieven volgens deskundigen	37		
4.3 Belangrijkste opgaven	41		
5 Acute zorg	43		
5.1 Ervaringen en knelpunten van ouderen en mantelzorgers	45		
5.2 Perspectief, knelpunten en inspirerende initiatieven volgens deskundigen	46		
5.3 Belangrijkste opgaven	49		
6 In en uit het ziekenhuis	51		
6.1 Ervaringen en knelpunten van ouderen en mantelzorgers	53		
6.2 Perspectief, knelpunten en inspirerende initiatieven volgens deskundigen	55		
6.3 Belangrijkste opgaven	57		
7 Overgang naar langdurige zorg	59		
7.1 Ervaringen en knelpunten van ouderen en mantelzorgers	61		
7.2 Perspectief, knelpunten en inspirerende initiatieven volgens deskundigen	63		
7.3 Belangrijkste opgaven	65		
8 Conclusies en aanbevelingen	67		
8.1 Aanbevelingen	68		
Bijlagen			
1 Onderzoeksverantwoording	72		
2 Geraadpleegde bronnen	73		
3 Overzicht van geraadpleegde deskundigen	75		
4 Toelichting op de wetten Wmo, Zvw en Wlz	77		
Sociaal Planbureau Groningen	82		
Colofon	84		

SAMENVATTING.

De zorg en ondersteuning voor ouderen in Nederland is van hoog niveau. Maar niet alles gaat goed en door vergrijzing, stijgende zorgkosten en arbeidstekorten dreigen nieuwe problemen te ontstaan. Dit onderzoek biedt inzicht in de knelpunten en gezamenlijke opgaven in de ouderzorgketen. Meer dan honderd ouderen (70+), mantelzorgers en deskundigen vanuit zorg en welzijn deelden hun ervaringen en inzichten.

Ouderen zijn overwegend tevreden. Mantelzorgers benadrukken dat het lastig en tijdrovend is om tijdig passende zorg te regelen. Deskundigen zien als grootste knelpunt de complexiteit van de keten, met drie wetten voor de ouderenzorg die niet soepel op elkaar aansluiten.

Gezamenlijk staan de ketenpartners voor de forse uitdaging om samenhangende zorg en ondersteuning te realiseren, die ouderen in staat stelt langer zelfstandig en zelfredzaam te zijn. Dit is alleen haalbaar (personeel gezien), betaalbaar en toekomstbestendig als de keten veel efficiënter georganiseerd wordt.

Opgaven in de hele keten

- Organiseer de zorg veel eenvoudiger en efficiënter.
- Pak de arbeidstekorten aan, inclusief tekorten aan geriatrische kennis.
- Ontwikkel een ketenbreed patiëntendossier.
- Stel welbevinden en zingeving (nog meer) centraal en versterk het welzijnsaanbod.
- Zet meer in op persoonlijke communicatie met ouderen en mantelzorgers.

Extra opgaven wijknetwerk

- Investeer meer in preventie, (positieve) gezondheid en behoud van vitaliteit. Trek daarin samen op met (toekomstige) ouderen. Benut technologische mogelijkheden.
- Versimpel de toegang tot Wmo en andere zorg in de thuisomgeving.
- Screen ouderen vroegtijdig op kwetsbaarheid.
- Werk aan een gemeenschappelijk kader voor alle tijdelijke bedden (vanuit Zvw, Wmo en Wlz).

Extra opgaven acute zorg

- Realiseer één, goed geïnformeerd zorgloket met 24/7 bereikbaarheid.
- Stel proactieve zorgplannen op rond zorg aan kwetsbare ouderen.

Extra opgaven in en uit het ziekenhuis

- Reduceer belemmeringen voor een soepele overgang van ziekenhuis naar vervolgzorg.
- Verbeter informatie-overdracht en communicatie tussen ketenpartners.
- Werk samen met ouderen en mantelzorgers en betrek hen bij de zorg.

Extra opgaven bij overgang naar langdurige zorg

- Geef ouderen goede informatie over de overgang naar langdurige zorg en ondersteun hen bij te maken keuzes.
- Pas meer flexibiliteit en maatwerk toe bij de toegang tot langdurige zorg.
- Werk aan meer variatie in woon- en verblijfsvormen tussen volledig zelfstandig wonen en verpleeghuis.

INLEIDING.

Het Sociaal Planbureau Groningen en het Trendbureau Drenthe hebben onderzoek gedaan naar de zorgketen rond ouderen in beide provincies. De zorg en ondersteuning voor ouderen in Nederland kent een hoog niveau en veel ouderen zijn tevreden. Bestuurders, professionals en ouderen zelf vragen zich af of we deze hoge kwaliteit van zorg kunnen behouden.

Het aantal ouderen in Groningen neemt toe en steeds meer ouderen blijven tot op hoge leeftijd zelfstandig wonen. Hierdoor is meer en complexere zorg nodig. Naar verwachting stijgen de zorgkosten verder en loopt het tekort aan zorgverleners op. Op dit moment zijn zowel de informele zorg als de professionele zorg onvoldoende daarop voorbereid.

1.1 Doelstellingen en werkwijze van het onderzoek

Met ons onderzoek willen we het gesprek over de ouderenzorg voeden en bevorderen dat vroegtijdig op de ontwikkelingen wordt ingespeeld. Zo hopen we bij te dragen aan blijvende inzet op gezondheidswinst, hoge zorgkwaliteit en beperking van kosten (triple aim). Daarom spraken we met ouderen, mantelzorgers en deskundigen in Groningen en Drenthe over knelpunten en opgaven in de zorgketen. We brengen deze perspectieven samen in dit rapport met als uiteindelijk doel: het behouden van de gezondheid van ouderen en bijdragen aan waardig oud worden.

DOELSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN

Met dit onderzoek willen we een overzicht bieden van de knelpunten in de (regionale) zorgketen voor ouderen. Het tweede doel is om duidelijk te maken welke opgaven er liggen voor zorgaanbieders, gemeenten, ouderen en hun netwerk om gezamenlijk de zorg en ondersteuning in de provincie Groningen toekomstbestendig te houden. Hiertoe stellen we de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Hoe beleven zelfstandig wonende ouderen (70-plus) de zorg en ondersteuning die zij (willen) ontvangen en wat zijn ervaringen van hun mantelzorgers? Welke knelpunten komen zij beiden tegen?
- 2 Welke knelpunten signaleren deskundigen vanuit verschillende ketenpartners in de zorg en ondersteuning aan zelfstandig wonende ouderen?
- 3 Wat zijn de belangrijkste opgaven voor de komende jaren om knelpunten aan te pakken en de kwaliteit in de zorg en ondersteuning aan zelfstandig wonende ouderen te behouden?
- 4 Welke (veelbelovende) initiatieven zijn ontwikkeld om het zorglandschap te vernieuwen?

ZORGKETEN VOOR OUDEREN

Het figuur 'Kijk op de keten' op pagina 14/15 visualiseert de keten van zorg en ondersteuning voor ouderen. We lichten vier deelketens toe waarmee ouderen vooral te maken kunnen krijgen:

- I Het wijknetwerk
- II Acute zorg
- III In en uit het ziekenhuis
- IV Overgang naar langdurige zorg

De pijlen geven de mogelijke routes aan die ouderen kunnen doorlopen als ze zorg of ondersteuning nodig hebben. Deze routes zijn een vereenvoudigde weergave van de keten. In werkelijkheid is de organisatie en samenwerking binnen de ouderenzorg nog complexer.

DRIE WETTEN VOOR OUDERENZORG

In het Nederlandse zorgstelsel kunnen ouderen vanuit meerdere wetten formele zorg of ondersteuning krijgen. Deze wetten hebben elk hun eigen financieringsstromen. Dit maakt de keten voor ouderenzorg nog complexer. Voor de ouderenzorg zijn drie wetten relevant.



Figuur 1 schematische verhouding van de drie wetten voor zorg en ondersteuning voor ouderen. Oppervlakte correspondeert met uitgaven. (Bron: NZa, Monitor Zorg voor ouderen, 2018).

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wmo regelt allerlei vormen van ondersteuning en voorzieningen waarmee inwoners zoveel mogelijk zelfstandig kunnen (blijven) wonen en meedoen in de samenleving. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zvw regelt medisch noodzakelijke zorg, zowel lichamelijke (somatische) als geestelijke (GGZ) zorg. Dit omvat zowel zorg in de eerste- als de tweede lijn. Zorgverzekeraars voeren de Zvw uit.

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz geeft recht op zware, langdurige en intensieve zorg als iemand 24 uur per dag zorg in nabijheid nodig heeft om ernstige problemen te voorkomen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij de Rijksoverheid.

Figuur 1 laat de verhouding zien tussen de drie wetten, informele zorg en de totale uitgaven op basis van de wetten voor ouderen in 2016 (voor de Zvw zijn die inclusief medisch-specialistische zorg). Als we echter de balk voor informele zorg zouden kapitaliseren zou deze vele malen groter zijn.

WERKWIJZE IN HET ONDERZOEK

Om zicht te krijgen op de knelpunten en oplossingen in de zorgketen voor ouderen gebruikten we verschillende onderzoeksmethoden die we integreerden in deze publicatie:

- 1 Deskresearch gericht op het ophalen van wat al bekend is over de onderzoeksvragen. Voor deze analyse benutten we landelijk en regionaal onderzoek.
- 2 Interviews met ruim 70 ouderen en mantelzorgers verspreid over Drenthe en Groningen, waarbij we ervaringen ophaalden over hun ervaringen met de zorg en de knelpunten die zij signaleren.
- 3 Interviews met ruim 40 deskundigen die vanuit het perspectief van gemeenten, zorgaanbieders, onderzoek of belangenorganisaties informatie en hun visie gaven over de knelpunten en onderlinge samenwerking in de zorgketen. De analyse in deze rapportage geeft een beeld over alle sectoren heen. De genoemde knelpunten kunnen voor specifieke organisaties anders liggen dan we in dit rapport beschrijven.

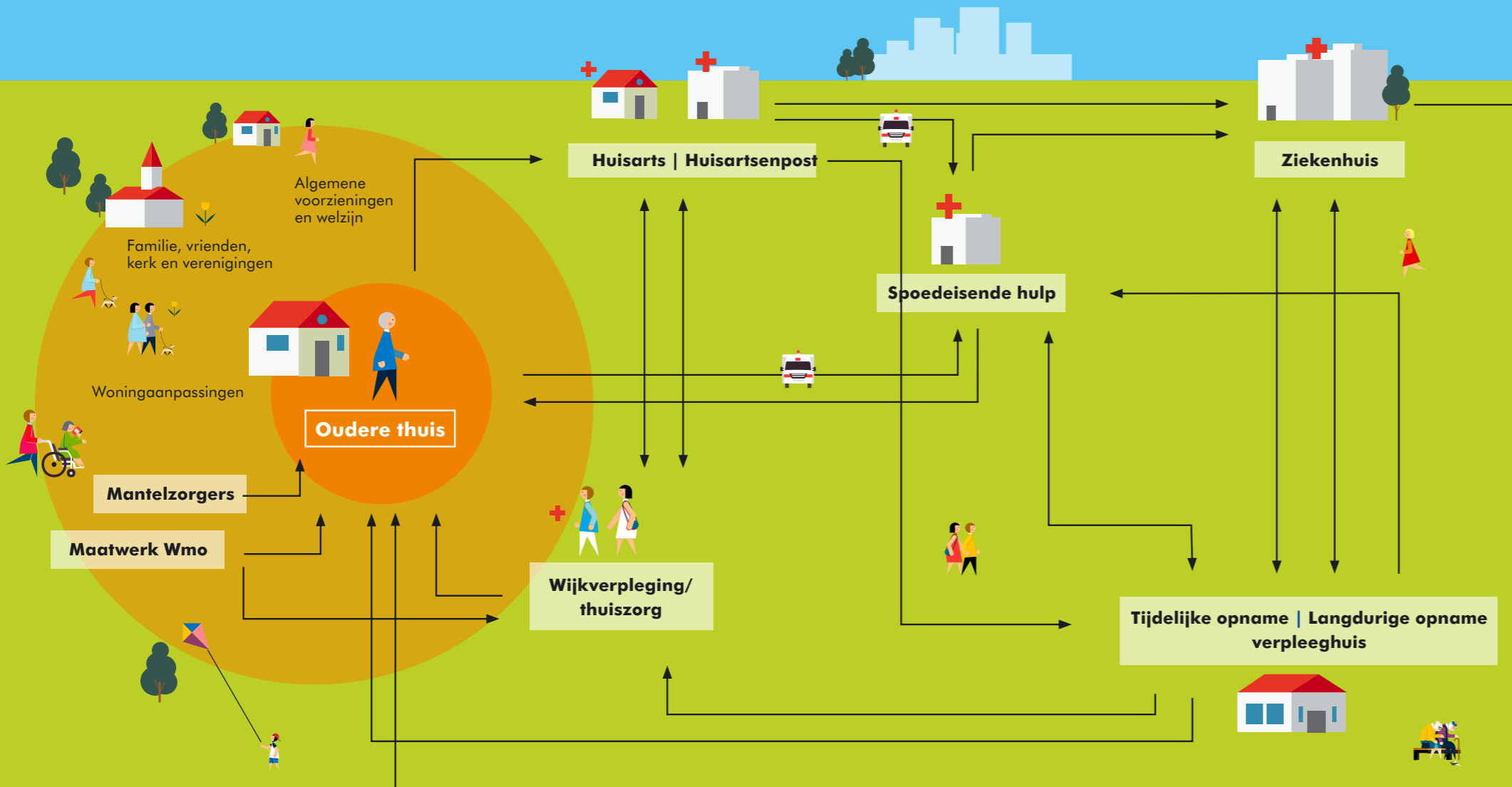
LEESWIJZER

In dit rapport geven we als eerste een overzicht van de ontwikkelingen in de ouderenzorg (hoofdstuk 2). Vervolgens geven we een brede blik op de zorgketen als geheel (hoofdstuk 3). In de hoofdstukken daarna belichten we de specifieke deelketens: het wijknetwerk zorg en ondersteuning (hoofdstuk 4), acute zorg (hoofdstuk 5), in en uit het ziekenhuis (hoofdstuk 6), overgang naar langdurige zorg (hoofdstuk 7). We sluiten af met conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 8).



Kijk op de keten

De 4 deelketens



- I WIJKNETWERK ZORG EN ONDERSTEUNING**
 Het wijknetwerk geeft zorg en ondersteuning thuis of dichtbij huis. In dit netwerk zijn vaak mantelzorgers en vrijwilligers betrokken en professionele zorgverleners, zoals de huisarts, het wijkteam, de thuiszorg en de gemeente.
- II ACUTE ZORG**
 Acute zorg. De acute zorg bij medische situaties is 24/7 beschikbaar. Verschillende organisaties werken hierin samen, zoals de huisartsenpost, de ambulance en de spoedeisende hulp.
- III IN EN UIT HET ZIEKENHUIS**
 Het ziekenhuis biedt medische zorg en behandeling. Na ontslag gaan ouderen terug naar huis of naar een (tijdelijk) verblijf in een verpleeghuis, zorghotel of dergelijke. In de vervolgzorg hebben mantelzorgers, huisarts en thuiszorg een belangrijk aandeel.
- IV OVERGANG NAAR LANGDURIGE ZORG**
 Overgang naar de langdurige zorg betekent dat de oudere 24/7 zorg of toezicht nodig heeft en vaak dat een einde komt aan het zelfstandig thuis wonen. Hierbij zijn verschillende organisaties betrokken, zoals het verpleeghuis, de huisarts en de thuiszorg.

ONTWIKKELINGEN.

HOOFDSTUK

2

Ontwikkelingen in de ouderenzorg

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van ontwikkelingen in de ouderenzorg die de context vormen van dit onderzoek. Op dit moment behoort de kwaliteit van de zorg en ondersteuning in Nederland tot een van de hoogste in Europa, volgens de European Health Consumer Index (2018).

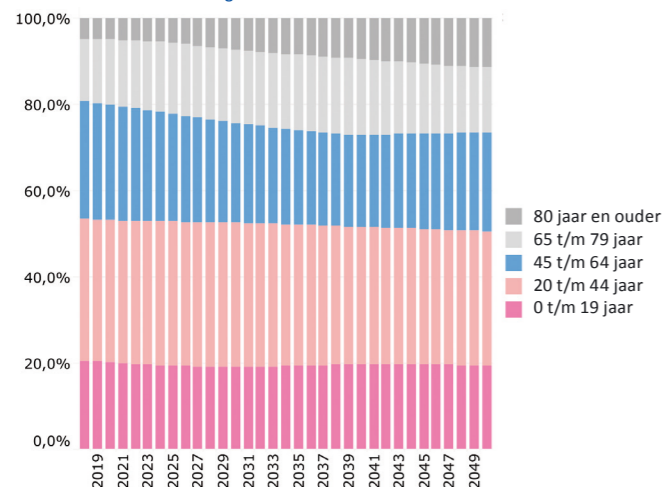
2.1 Ontwikkelingen

Op alle gemeten indicatoren in de European Health Consumer Index 2018 scoorde Nederland goed tot heel goed, zoals patiëntrechten, toegankelijkheid, verscheidenheid en bereik van de gezondheidszorg, behandeluitkomsten, preventie en medicijngebruik. Diverse trends stellen ons echter voor de uitdaging hoe we de zorg en ondersteuning aan ouderen toekomstbestendig kunnen maken.

STERKE GROEI VAN AANTAL EN AANDEEL OUDEREN

In de Groningse bevolking neemt het aantal en het aandeel ouderen toe in de komende jaren. Onderstaand figuur laat voor de periode 2018 tot 2040 zien dat het percentage 80+'ers in de provincie Groningen verdubbelt; hun aantal groeit van 27 duizend tot bijna 54 duizend. In dezelfde periode neemt ook het aandeel 65-79 jarigen toe. Het aandeel 45-64 jarigen neemt af met ongeveer 6%.

Figuur 2 Bevolkingsopbouw provincie Groningen 2018-2050
bron: ABF/Primos en CBS, 2018 – bewerking door Sociaal Planbureau Groningen



OUDEREN WONEN LANGER ZELFSTANDIG THUIS

Volgens onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) wil het overgrote deel van de ouderen langer zelfstandig blijven wonen. Van de 75+'ers woont in 2017 bijna 88% zelfstandig, terwijl dat in 1997 nog 81% was. Ook woont een steeds kleiner aandeel van de 80+'ers in een verpleeg- of verzorgingstehuis. Pas rond de leeftijd van 95 jaar wonen meer senioren in een tehuis dan in hun eigen huis. Mensen met een goede gezondheid, veel eigen regie, een hoger opleidingsniveau, een groter sociaal netwerk en een hoger inkomen kunnen veelal langer zelfstandig blijven wonen (SCP, 2017a). Verder blijkt uit het onderzoek dat mensen die nu al kwetsbaar zijn het vaakst problemen voorzien bij het langer zelfstandig wonen.

Onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) onder bewoners van dorpen en buitengebieden laat zien dat naarmate mensen ouder worden, hun contacten met de omgeving afnemen. Dit kan komen omdat mensen om hen heen 'wegvallen'. Hulp vragen hoort niet zozeer bij die mensen. Echter, hoe ouder mensen worden, hoe meer hulp wordt aangeboden vanuit de omgeving.



Naarmate mensen ouder worden nemen beperkingen en problemen met gezondheid, welzijn en eenzaamheid toe. Ongeveer een op de twee Nederlanders ouder dan 65 jaar, heeft beperkte gezondheidsvaardigheden (Nivel, 2018). Deze ouderen hebben moeite met het begrijpen, beoordelen en gebruiken van informatie over hun gezondheid en kunnen hierdoor meer gezondheidsproblemen ervaren.

Van de Groningse ouderen voelt 40% zich eenzaam en 9% voelt zich

zelfs ernstig eenzaam. Ouderen voelen zich vaker eenzaam als ze alleenstaand zijn, of als ze een lager opleidingsniveau of (zeer) laag inkomen hebben. De verwachting is dat in Groningen het aantal inwoners met dementie stijgt, van 9500 mensen in 2015 naar 15.000 in 2030 (Alzheimer Nederland, 2018).

GROTER BEROEP OP MANTELZORG

Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt toe, met name onder ouderen die alleen lager onderwijs hebben afgerond, een laag inkomen hebben of alleenstaand zijn. Mantelzorg aan ouderen wordt vooral ontvangen van de kinderen en de echtgeno(o)t(e) of partner, afhankelijk van de leeftijd. In Groningen gaf in 2016 ruim een kwart van de ouderen aan dat zij het aantal uren dat zij aan mantelzorg krijgen onvoldoende vinden (GGD Groningen, 2017a).

TOEGANG TOT ZORG IN GEVAAR IN KRIMPREGIO'S?

Vooral in de plattelandsregio's krimpt en vergrijsd het aantal inwoners door een groter aantal ouderen en afnemend aantal jongeren (PBL/CBS, 2016). De verschillen tussen stad en platteland worden groter doordat jongeren, hoger opgeleiden en gezondere mensen vaker wegtrekken uit krimpregio's (RIVM, 2014). Hierdoor neemt het aantal (potentiële) zorgverleners af en het aantal (potentiële) zorgvragers toe. Deze ontwikkeling bedreigt de toegang tot goede zorg en ondersteuning in krimpgebieden, vooral voor de oudere en kwetsbare inwoners.

TOENEMENDE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Volgens onderzoek van de GGD Groningen (2017a) zijn de meeste ouderen positief over hun gezondheid.

Onder volwassenen van 18-65 jaar gaf 13% mantelzorg in Groningen (GGD Groningen, 2017). Door de vergrijzing neemt ook de behoefte aan mantelzorgers de komende jaren toe. Dit terwijl de leeftijdsgroep in omvang afneemt, waaruit mantelzorgers gerekruteerd kunnen worden (SCP, 2017). Op dit landelijke beeld vormt de provincie Groningen geen uitzondering.

GROTER BEROEP OP ZORG EN STIJGENDE ZORGCOSTEN

Ongeveer 54% van zelfstandig wonende 75+'ers in Nederland maakt gebruik van een vorm van formele zorg en/of ondersteuning en 22% krijgt hulp van mantelzorgers (SCP, 2016). Cijfers over het huidige zorggebruik laten zien dat 85+'ers meer beroep doen op de langdurige zorg, de wijkverpleging, de huisarts, medicijnen en hulpmiddelen en op de bijbehorende

zorgbudgetten dan jongere leeftijdsgroepen (Vektis, 2018). Huisartsen hebben te maken met een toenemend aantal kwetsbare patiënten die langer thuis blijven wonen. Uit onderzoek door ActiZ en fluent Healthcare (2017) blijkt dat landelijk jaarlijks 322.000 ouderen zonder medisch specialistische noodzaak in een ziekenhuisbed belanden. Ook is er een forse toename (>10%) van het aantal bezoeken van ouderen aan de spoedeisende hulp (SEH).

DALENDE BEROEPSBEVOLKING

De komende jaren daalt het aantal mensen dat inzetbaar kan zijn als werknemer, mantelzorger of vrijwilliger in de zorg en ondersteuning. In 2007 was de verhouding tussen mensen ouder dan 65 jaar en de beroepsbevolking (20-65 jaar) een op acht, in 2037 is dat een op vier.



De komende jaren groeit echter naar verwachting de werkgelegenheid in de noordelijke zorgsector, met name voor kwalificaties op hbo-niveau. Het grootste personeelstekort wordt verwacht voor hbo-verpleegkundigen. Gekwalificeerd personeel is van belang om de kwaliteit van zorg te

behouden en te anticiperen op complexere zorg- en ondersteuningsvragen. Dit geldt in het bijzonder voor het opleiden, aantrekken en vasthouden van schaarse en gespecialiseerde beroepskrachten in het ziekenhuis en hbo-verpleegkundigen (waaronder intensievecare-, SEH- en wijkverpleegkundigen).

KETENBREDE BLIK.

Ketenbrede blik

Dit hoofdstuk gaat over de keten in z'n geheel. Er komen ervaringen en opvattingen aan de orde die in alle onderdelen van de ouderenzorg en -ondersteuning van belang zijn. De focus ligt op de samenwerking en afstemming binnen de keten.

Veel ouderen hebben naar eigen zeggen geen duidelijk beeld van die samenwerking en afstemming. Voor mantelzorgers geldt dit ook enigszins. Vandaar dat het in de paragraaf over ouderen en mantelzorgers in ruimere zin gaat over de (ervaren) kwaliteit van zorg en ondersteuning.

3.1 Ervaringen en knelpunten van ouderen en mantelzorgers

Ouderen en mantelzorgers vertellen over hun ervaringen en benoemen knelpunten in relatie tot de zorgketen. Ouderen willen graag zolang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en zijn meestal tevreden over zorg en ondersteuning die ze ontvangen. Dit beeld komt overeen met ander onderzoek waarin de grote meerderheid van ouderen tevreden is over de bereikbaarheid van diverse zorgverleners (GGD Groningen 2016). Ouderen hechten belang aan een persoonlijke benadering door zorgverleners die aansluit bij hun leefsituatie, ook als zij het moeilijk vinden om zich te uiten.

Mantelzorgers vinden het fijn om mantelzorg te kunnen geven, halen hier voldoening uit en krijgen waardering voor hun inzet. Een mantelzorger geeft aan: "Het is mensenwerk, je hebt contact, het doet er toe." Taken die mantelzorgers uitvoeren hangen vaak af van de relatie tot de oudere. Zo zijn partners vaak 24/7 beschikbaar en doen ze persoonlijke verzorging. Kinderen regelen praktische zaken en financiën, doen het (zwaardere) huishoudelijke werk en gaan mee naar afspraken.

KNELPUNTEN BELICHT DOOR OUDEREN

- Ouderen vinden dat instanties het hen soms erg ingewikkeld maken om hun eigen zorg te regelen. Zo vindt een oudere: "Instanties zoals gemeenten en zorgverzekeraars zouden eenvoudiger kunnen communiceren en het proces efficiënter kunnen laten verlopen."

- Sommige ouderen zijn van mening dat de overheid zelfredzaamheid teveel oplegt. Zo geeft een oudere

Instanties zoals gemeenten en zorgverzekeraars zouden eenvoudiger kunnen communiceren en het proces efficiënter kunnen laten verlopen.

aan: "Ik vind het goed dat mensen naar elkaar omzien en zorgen voor elkaar maar dit moet niet opgelegd worden door de overheid. Ik heb vroeger zelf ook veel ouderen geholpen, maar je moet niet structureel voor je burens moeten zorgen. Oudere burens hebben zelf ook allemaal gezondheidsklachten!"

KNELPUNTEN BELICHT DOOR MANTELZORGERS

- Veel mantelzorgers ervaren momenten dat de zorg hen te veel wordt en voelen zich overbelast. Een mantelzorger vertelt: "Het is enorm zwaar en ik zie geen weg terug. Het is me gewoon te veel. Ik kan niet zeggen dat ik er mee stop." Ze hebben moeite met het vragen van hulp, het aangeven van grenzen en weten niet wie de zorg van hen overneemt als ze uitvallen.

- Mantelzorgers regelen vaak veel praktische zaken en zeggen dat ze regelmatig tegen problemen met instanties en professionals aanlopen. Een mantelzorger vertelt: "De formulieren die je in moet vullen, het bellen waar je van kastje naar de muur werd gestuurd. Dat je maar aan het zoeken bent. Dat vind ik echt het vervelendste."



De formulieren die je in moet vullen, het bellen waar je van kastje naar de muur werd gestuurd. Dat je maar aan het zoeken bent. Dat vind ik echt het vervelendste.

- Sommige mantelzorgers raken in een sociaal isolement door de mantelzorgtaken.

- Sommige mantelzorgers maken veel reis- en parkeerkosten.

- Mantelzorgers die geen familie zijn ervaren dat ze minder snel geholpen worden door instanties of dat hun positie niet wordt erkend. "En omdat

ik geen familie ben is het heel lastig qua situatie. Instanties vragen: 'wie bent u dan?' Als je zegt dat je de dochter bent van iemand gaan alle deuren open. Maar voor mij, volgens mij heb je een paspoort nodig dat je mantelzorger bent."

3.2 Perspectief, knelpunten en inspirerende initiatieven volgens deskundigen

Ook de deskundigen in ons onderzoek vinden – net als veel ouderen en mantelzorgers – dat de (ouderen)zorg erg ingewikkeld is georganiseerd. Ze zien allemaal de noodzaak van samenwerking en afstemming tussen de schakels in de keten en zetten zich daarvoor in. Veel deskundigen vinden dat de lopende projecten en initiatieven nog te weinig resultaat opleveren en dat meer tempo gemaakt moet worden. Met name de drie direct hieronder genoemde knelpunten zijn volgens de deskundigen urgent.

ONVOLDENDE UITWISSELING VAN PATIËNTINFORMATIE

Het is geen vanzelfsprekendheid dat zorgverleners die gelijktijdig of achtereenvolgens zorg bieden aan dezelfde oudere hierover onderling afstemmen en informatie uitwisselen. Dit hangt sterk af van de toevallige zorgverlener of zorgorganisatie. Vooral in de avond-, nacht en weekenduren, als de eigen huisarts van de oudere niet betrokken is, vallen er gaten in de communicatie.

We krijgen in het ziekenhuis 's avonds of in de weekenden nieuwe patiënten binnen die zelf niet kunnen uitleggen wat er met hen aan de hand is en wij kunnen niet bij de informatie die in het systeem van de huisarts zit. Dan beginnen we aan de behandeling met tien punten achterstand. Hoe is dit mogelijk in zo'n ontwikkeld land?

Vooral kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen zijn erbij gebaat dat hun zorgverleners gemakkelijk de relevante informatie over hun ziektebeeld, medicijngebruik en behandelwensen kunnen raadplegen. Maar binnen de totale keten worden verschillende digitale systemen gebruikt, die onderling niet te koppelen zijn. Een gezamenlijk (elektronisch) patiëntdossier of een ketendossier

ontbreekt vaak. Ouderen zelf weten vaak niet wat er in hun dossier staat; 'regie over het eigen dossier' is nog lang geen werkelijkheid.

TE INGEWIKKELDE WET- EN REGELGEVING MET TE VEEL SCHOTTEN

Zoals al aangestipt: met drie wetten en bijbehorende financieringssystemen is de zorg voor ouderen ingewikkeld geregeld. Veel ouderen en mantelzorgers ervaren het zorglandschap als een doolhof; met name kwetsbare ouderen met lage gezondheidsvaardigheden vinden het moeilijk de juiste wegen te vinden.

Dat is echt een kenmerk van de zorg, dat het heel versnipperd is dat mensen niet meer weten waar ze terecht moeten en van het kastje naar de muur worden gestuurd: dat valt onder de Wmo, dat is voor de verzekeraar, dat moet je zelf oplossen.

De versnippering in de regelgeving belemmert integrale zorg. Als één persoon gelijktijdig of achter elkaar zorg ontvangt vanuit meerdere regelingen is er een aanzienlijke kans op overlap of juist hiaten in

INSPIRERENDE INITIATIEVEN

Dit gaat al goed:

VOORNAMELIJK LOKAAL

- Verschillende disciplines weten elkaar steeds beter te vinden, vooral op uitvoerend niveau, rond concrete casussen.
- Steeds vaker worden goede afspraken gemaakt over het casemanagement.

BOVENLOKAAL

- Zorgverzekeraar Menzis heeft met partners een werkagenda opgesteld onder de titel 'Effectief Ontschotten'. Hierin is uitgewerkt welke knelpunten spelen op de grenzen tussen Zvw, Wmo en Wlz en hoe die aangepakt kunnen worden.
- In het hele land zijn Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT) ontwikkeld om arbeidstekorten in de zorg op te lossen. In Noord-Nederland is ZorgpleinNoord de trekker. Naast zorgaanbieders zijn onderwijs, overheid en andere relevante partners hierbij betrokken.



de zorg. In meerdere interviews kwam het voorbeeld naar voren dat een wijkverpleegkundige die (vanuit de Zvw) een oudere helpt bij het douchen volgens de regels geen boterham mag klaarmaken en niet de gordijnen mag openschuiven als er geen medische noodzaak is. Als er toch iemand moet komen helpen, valt dat onder de Wmo. Zowel professionals, mantelzorgers als financiers zijn regelmatig tijd kwijt aan dergelijke 'grensgeschillen', situaties waarin sprake is van onduidelijkheid of inefficiëntie in de toepassing van de wet- en regelgeving.

TEKORT AAN MENSKRACHT EN (DAARDOOR) VERSCHRAGING VAN DE ZORG

De ouderenzorg kampt met personeelstekorten. Dit betreft vooral gespecialiseerde verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en verzorgenden. Gevreesd wordt dat dit probleem de komende jaren nijpender wordt en dat hierdoor vooral in dunbevolkte gebieden zorgvoorzieningen gaan verdwijnen.

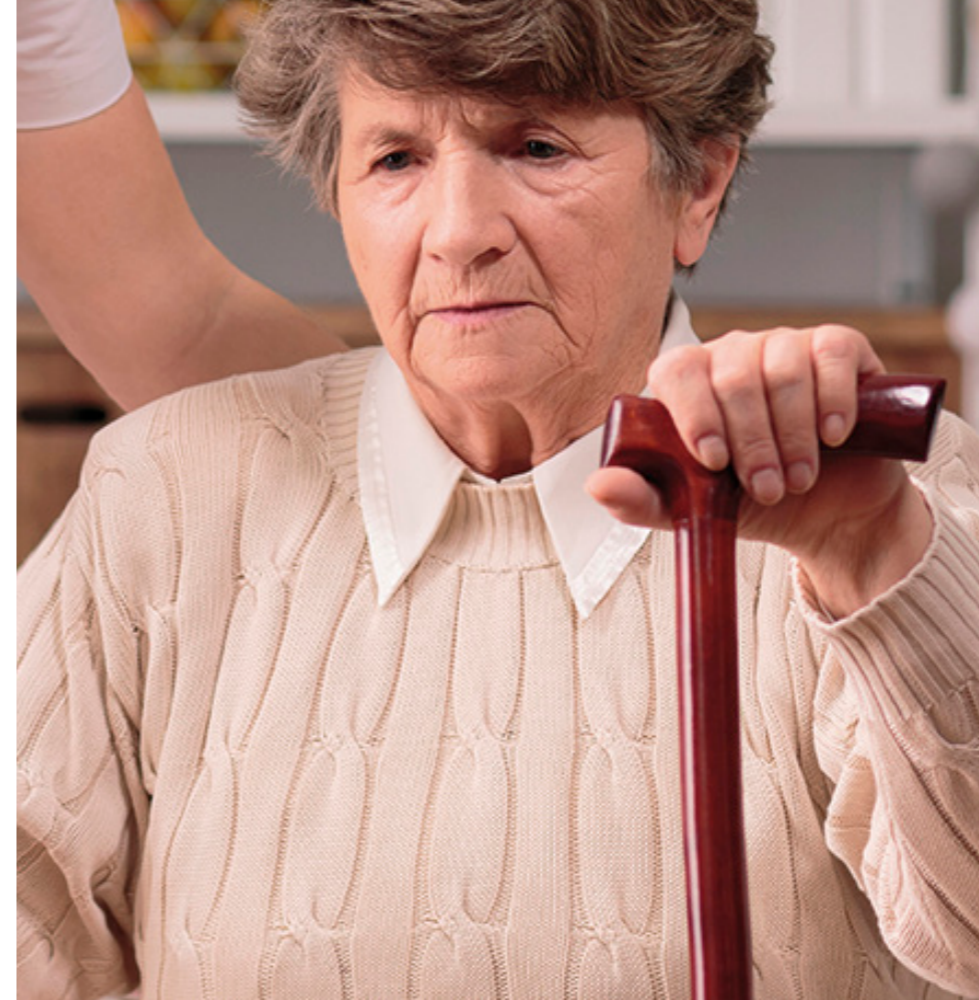
Meerdere geïnterviewden vinden dat het personeel dat wel beschikbaar is voor de ouderenzorg op dit moment niet optimaal wordt ingezet. Teveel mensen die zijn opgeleid voor uitvoerende zorgtaken zitten in ondersteunende functies en er wordt veel dubbel werk gedaan. Voorbeelden zijn: thuiszorgmedewerkers van verschillende organisaties rijden 's avonds naar hetzelfde (afgelegen) dorp en de deskundigheid op het gebied van triage wordt versnipperd ingezet.

Als ambulances niet in het ziekenhuis terecht kunnen omdat daar onvoldoende personeel beschikbaar is, moeten ze verder rijden. Dit begint te schuren voor de ambulancedienst. Ook ziekenhuizen kunnen hun patiënten vaak niet kwijt aan vervolgzorg. De doorstroming begint te knellen, er is te weinig capaciteit. Bovendien neemt de capaciteit verder af doordat er te weinig verpleegkundigen zijn.

De bovenstaande top-3 aan 'ketenbrede' knelpunten is in bijna alle interviews benoemd. Maar ook onderstaande knelpunten worden breed gedeeld.

ONVOLDOENDE ZICHT OP EN ONVOLDOENDE GESPREK OVER WATERBEDEFFECTEN

Beleidswijzigingen en maatregelen in één deel van de keten hebben vaak ook elders impact. Sluiting van verzorgingshuizen betekent dat vaker thuiszorg nodig is. Een kortere ligduur in het ziekenhuis heeft gevolgen voor de mantelzorg. Als gemeenten veel investeren in preventie plukt de zorgverzekering daar (ook) de vruchten van. Dit zijn enkele van de vele waterbede effecten in de keten. Gemeenten ervaren dat meer verantwoordelijkheden hun kant op komen, maar dat de benodigde financiering onvoldoende wordt meegeleverd. Andere ketenpartners zeggen juist dat gemeenten veel meer zouden moeten doen om onnodig beroep op dure zorg (zoals spoedeisende hulp) te voorkomen. Feitelijk is niet zoveel bekend over de waterbede effecten en de (financiële) gevolgen. Wel is duidelijk dat deze soms gewenste ontwikkelingen in de weg staan.



De gemeente investeert in de zorg, maar de zorgverzekeraar is de degene die daar van profiteert. Dit gaat steeds meer knellen, nu de financiële ruimte bij gemeenten afneemt. Het zou het mooiste zijn als we kunnen toewerken naar een model waarin gemeente en zorgverzekeraar samen optrekken en beiden profijt trekken van de investeringen.

ONBALANS TUSSEN WELZIJNS- EN MEDISCHE BENADERING

Problemen van ouderen worden te vaak medisch benaderd. Ouderen weten de weg naar de huisarts en het ziekenhuis eenvoudig te vinden. Ook als hun echte (onderliggende) problemen welzijn of zingeving betreffen, kloppen sommigen bij het medische circuit aan. Artsen en verpleegkundigen zouden daarom scherper moeten kijken of een medische benadering van

toepassing is. Een welzijnsbenadering sluit soms beter aan bij de oorzaken van de problemen of de echte behoeften van ouderen. In de welzijnsbenadering gaat het om de gehele mens. Er is aandacht voor gewoon je leven kunnen leiden, gehoord en gezien worden, ergens bij horen en zinvol bezig zijn. Veel welzijns- en vrijwilligersorganisaties hebben een ondersteuningsaanbod dat hierop inspeelt. Dit aanbod is echter niet algemeen bekend. Veel ouderen en ook potentiële verwijzers naar dat aanbod – zoals huisartsen en wijkverpleegkundigen – zijn er niet van op de hoogte.



Welzijn heeft geen herkenbare positie in het zorglandschap. Dat komt onder meer doordat de werkwijze van welzijn verschilt per gemeente en soms zelfs per wijk.

Leg de focus op welbevinden en zingeving, dan hebben mensen minder last van ziekten en kwalen en daalt hun zorggebruik.

ZWAKKE POSITIE VAN DE (ONMISBARE) MANTELZORG

In alle onderdelen van de keten wordt er van uitgegaan dat mantelzorg beschikbaar is om ouderen praktisch en emotioneel te ondersteunen. Nu ouderen langer zelfstandig wonen en korter in het ziekenhuis verblijven neemt de druk op de mantelzorg toe en daarmee het risico op overbelasting. Zeker als de oudere verward of angstig is en niet alleen gelaten kan worden trekt dat een zware wissel op de mantelzorg.

Het helpt dan als de mantelzorger, professionals en – voor zover nog mogelijk - de oudere in gesprek blijven over de invulling van de benodigde zorg en samen bewaken dat de mantelzorger niet wordt overvraagd.

Mantelzorgers hebben in zoverre een zwakke positie dat ze geen recht hebben om geïnformeerd te worden (bijvoorbeeld door behandelende artsen) of gehoord te worden (bijvoorbeeld door indicatie-organen). Uit de ervaringen van mantelzorgers zelf (3.1) blijkt dat dit vooral een probleem is als de mantelzorger geen familierelatie heeft met de oudere.

ONVOLDOENDE GERIATRISCHE KENNIS IN DE HELE KETEN

De zorgketen voor ouderen richt zich voor een groot deel niet uitsluitend op ouderen, maar op mensen van verschillende leeftijden. Lang niet alle professionals die ouderen ondersteunen, verzorgen of behandelen hebben specialistische kennis over ouderen(zorg).

3.3 BELANGRIJKSTE OPGAVEN KETENBREED

Omdat de huidige inrichting van het zorgstelsel aanzienlijke knelpunten met zich meebrengt, is het verleidelijk om naar het Rijk te kijken en stelselwijzigingen te willen. Maar het is realistischer om – in ieder geval voorlopig – het bestaande stelsel als gegeven te beschouwen. Dan is het zaak om op regionaal en lokaal niveau gezamenlijk aan concrete verbeteringen te werken en daarvoor waar nodig experimenteerruimte te bieden. Dat is precies waar veel organisaties in Groningen nu op inzetten.

Op basis van ons onderzoek kunnen we meegeven dat de volgende opgaven in alle onderdelen van de keten aan de orde zijn en als urgente opgaven voor de ouderenzorg als geheel worden gezien:

- echt efficiënter en eenvoudiger organiseren van (een groot aantal aspecten van) de zorg, met als voorwaarde het overstijgen van organisatie- en andere deelbelangen in de keten;
- aanpakken van arbeidstekorten, ook kwalitatief (geriatische kennis), gezamenlijk en integraal;
- voortvarender inzetten op en doorontwikkelen van ICT-oplossingen, met verbetering van de informatie-uitwisseling in de keten als hoogste prioriteit;
- veel meer focussen op welbevinden en zingeving bij ouderen; werken aan een betere samenwerking tussen welzijn en zorg.

Verder willen we onderstrepen dat goede communicatie met ouderen en mantelzorgers van enorm belang is voor positieve gezondheid en genezing. Daarbij gaat het zowel om het persoonlijk contact als om de algemene patiëntenvoorlichting. Alle professionals weten dit; niet iedereen handelt er voldoende naar. Ook het voorkomen van overbelasting van de mantelzorg is een vraagstuk dat breed bekend is, maar in de dagelijkse praktijk gemakkelijk ondersneeuwt. Verbeteringen op deze punten maken groot verschil voor de door ouderen en mantelzorgers ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Wijknetwerk zorg en ondersteuning

De deelketen wijknetwerk gaat over alle vormen van zorg en ondersteuning voor ouderen die thuis of dichtbij huis geboden (kunnen) worden: eerstelijnszorg, thuiszorg, activiteiten in het sociaal domein en preventie gericht op het bevorderen van gezond oud worden en zelfstandig functioneren.

Het zijn voor de samenleving relatief goedkope vormen van zorg die onmisbaar zijn voor het langer zelfstandig wonen.





WIJKNETWERK ZORG EN ONDERSTEUNING

4.1 Ervaringen en knelpunten van ouderen en mantelzorgers

Ouderen en mantelzorgers vertellen over hun ervaringen en knelpunten in relatie tot zorg en ondersteuning in de wijk. Zelfstandig kunnen blijven wonen vinden ouderen erg belangrijk. Een aantal ouderen anticipeert op de situatie waarin lichamelijke problemen kunnen optreden. Een oudere vertelt: “We hebben ons huis een tijd geleden al helemaal aangepast en gelijkvloers gemaakt. Ook de tuin is onderhoudsvriendelijk en met een rolstoel kun je achterom door de garage naar buiten.”

Verder zijn ouderen positief over de mantelzorg en particuliere huishoudelijke hulp die ze ontvangen. Ze waarderen (extra) inzet van de wijkverpleegkundige en vinden het prettig als ze zelf aan kunnen geven wanneer de thuiszorg langskomt. Ouderen hechten belang aan een goede band met de huisarts en zijn hier meestal tevreden over. Een oudere vertelt: “Onze huisarts luistert goed en neemt de tijd voor ons. Hij geeft duidelijke informatie en anders vraag ik hem om dingen duidelijker uit te leggen.”

We hebben ons huis een tijd geleden al helemaal aangepast en gelijkvloers gemaakt. Ook de tuin is onderhoudsvriendelijk en met een rolstoel kun je achterom door de garage naar buiten.

Ook mantelzorgers zijn tevreden over het contact met de wijkverpleging en de huisarts. Ze zijn bekend met de ondersteuning vanuit steunpunten voor mantelzorg. Een mantelzorger gaf aan: “In het begin ben ik langs geweest, zeker toen de gemeente zo lastig deed. Ik vond het heel fijn, en had het gevoel dat ze je echt willen helpen.”

KNELPUNTEN BELICHT DOOR OUDEREN

- Ouderen die wijkverpleging ontvangen vinden het vervelend als er weinig tijd is of als er veel verschillende zorgverleners worden ingezet.
- Ouderen lopen soms langer met klachten rond na een verkeerde diagnose en hebben soms het gevoel dat ze bepaalde medische behandelingen niet meer krijgen vanwege hun leeftijd.



In het begin moest ik er niet zoveel van weten, want toen was mijn man er ook nog. Nu ben ik er twee keer per week en dat vind ik heel fijn. Ook dat ze voor ons koken. Daar heb ik ook veel steun aan.

- Ouderen zien dat de zorg veel van mantelzorgers kan vragen. “Mijn man zorgt op dagelijkse basis voor mij. Hij is blij dat hij dit voor mij kan doen, maar hij zegt zelf ook dat hij geen keus heeft en dat het hem beperkt in zijn vrijheid.”
- Een deel van de ouderen voelt zich eenzaam en ervaart dat sociale contacten afnemen. Veel ouderen krijgen steeds minder sociale contacten en hechten waarde aan ontmoetingsplaatsen, zoals een dagbesteding of ‘huiskamers’. Een oudere vertelt: “In het begin moest ik er niet zoveel van weten, want toen was mijn man er ook nog. Nu ben ik er twee keer per week en dat vind ik heel fijn. Ook dat ze voor ons koken. Daar heb ik ook veel steun aan.”

KNELPUNTEN BELICHT DOOR MANTELZORGERS

- Mantelzorgers ervaren problemen bij het aanvragen van Wmo-voorzieningen: ze voelen zich niet serieus genomen, aanvragen duren lang volgens mantelzorgers, en kosten hen veel tijd. Ook de motivering waarom aanvragen wel of niet toegekend worden vinden ze niet duidelijk. Een mantelzorger vertelt: “Het is onduidelijk waarom de tweede aanvraag dagbesteding wel is gehonoreerd. Ook is onduidelijk waarom mijn moeder geen scootmobiel meer krijgt. Ik ben opgehouden met vragen, want je krijgt geen antwoord, wel ruzie. Men kan of wil niet aangeven waarom er is besloten zoals er is besloten.”
- Mantelzorgers overwegen zelden respijtzorg, omdat ze niet zonder hun partner op vakantie willen en volgens hen niemand anders hun zorgtaken over kan nemen.

4.2 Perspectief, knelpunten en inspirerende initiatieven volgens deskundigen

Naast vele positieve geluiden komt in de interviews met deskundigen een groot aantal ontwikkelpunten voor het wijknetwerk naar voren. Het betreft de punten die in hoofdstuk 3 als ketenbrede knelpunten zijn benoemd plus de volgende vijf punten:

TE WEINIG INVESTERING IN PREVENTIE

Onder ‘preventie’ verstaan we hier activiteiten en maatregelen gericht op het bevorderen van gezond oud worden en (zo lang mogelijk) zelfstandig functioneren. Het uitgangspunt van gemeenten, wooncorporaties en andere betrokken instanties is dat ouderen zelf een belangrijk taak hebben in preventie. Zo zouden ze moeten anticiperen op de bij het ouder worden te verwachten veranderingen in hun woon- en zorgbehoefte. Veel ouderen doen dat ook (zie 4.1), maar volgens geïnterviewde deskundigen gebeurt het te weinig. Verder komt naar voren dat niet alleen tijdige woningaanpassing of verhuizing van belang is, maar ook investeren in het persoonlijke sociale netwerk.

Ook gemeenten krijgen voor de voeten geworpen dat ze weinig investeren in preventie(beleid). Bovendien zouden ze te weinig oog hebben voor de benodigde integraliteit. Naast leefstijl en sociaal

Gemeenten beseffen onvoldoende dat de inrichting van de samenleving mede bepaalt hoe mensen zich voelen en of ze bijvoorbeeld pillen nodig hebben.

netwerk zijn namelijk ook een veilige woonomgeving, toegankelijkheid van de openbare ruimte en vervoer belangrijke preventie-aandachtspunten. Gemeenten zelf zien beperkte financiële mogelijkheden om in preventie te investeren, zoals in hoofdstuk 3 is aangestipt bij de ‘waterbedeffecten’.

ONVOLDOENDE SIGNALERING EN SCREENING VAN KWETSBAARHEID BIJ OUDEREN

Verschillende professionals hebben kwetsbare ouderen in beeld, maar dat betekent niet automatisch dat ze zicht hebben op de mate van kwetsbaarheid en ook niet dat de informatie onderling wordt gedeeld. Bovendien zijn er ouderen die zich bij geen enkele professional melden. Soms wordt pas gesignaleerd dat een oudere ondervoed is of nooit meer de deur uit komt als hij in het ziekenhuis is opgenomen. Meerdere deskundigen pleiten voor een meer systematische werkwijze

Het is droevig dat huisartsen zich niet verbinden aan informele zorgverleners en ondersteuners. Want dat zijn de personen waar ouderen als eerste komen en die ook weten of sprake is van zorgmijding.

INSPIRERENDE INITIATIEVEN

Het wijknetwerk is volop in ontwikkeling. Steeds meer ketenpartners zijn bereid te investeren. Ondanks de werkdruk zitten zorg- en welzijnspartners die voor dezelfde (kwetsbare) ouderen werken regelmatig samen om tafel. Een greep uit de vele activiteiten in/vanuit het wijknetwerk:

SAMENOUW heeft sinds 2012 in de gemeenten Veendam, Stadskanaal en Pekela een structuur gelegd voor persoonsgerichte en integrale ouderenzorg als gezamenlijke verantwoordelijkheid van het medisch, zorg- en welzijnsdomein. Vroegtijdige screening en waar nodig inzet van casemanagement zijn belangrijke pijlers. Hierop wordt nu voortgebouwd en de opgedane kennis wordt ook elders toegepast.

ZORGINITIATIEVEN VAN INWONERS al dan niet in samenwerking met 'bestaande' zorgaanbieders, in onder meer Bierum, Kloosterburen, Loppersum, Grijpskerk, Noordbroek, Oldehove en Wedde: behoud of verbreding van zorgaanbod in het eigen dorp en ondersteuning van mededorpsbewoners.

WELZIJN OP RECEPT in onder meer Groningen, Sappemeer, Winschoten: de huisarts schrijft 'welzijn' voor om patiënten met psychosociale klachten in contact te brengen met een welzijnscoach en een welzijnsarrangement.

POSITIEVE GEZONDHEID als richtinggevend concept voor welzijn en zorg in de gemeente Delfzijl. Samen met actieve inwoners, de eerstelijnszorg, de gemeente, Zorgbelang Groningen en Value2Share is hiervoor een 'leertuin' uitgevoerd.

DAMSTER ZORGBALIE in Appingedam: hier kunnen inwoners terecht met al hun vragen over wonen, financiën, gezondheid, daginvulling, sociale relaties. Een initiatief van de gemeente en eerstelijnszorg om onnodig zware zorg te voorkomen en kosten laag te houden.

SPIL EVEN BUURTEN in Ter Apel: de 'Spil' is een laagdrempelig aanspreekpunt, dat ouderen verbindt met buurtgenoten, hulpaanbod en activiteiten. Zo wordt hun netwerk versterkt en wordt meedoen in de maatschappij gestimuleerd.



rond signalering en screening van kwetsbare ouderen. De huisarts zou het voortouw moeten nemen en vooral niet moeten vergeten dat 'welzijn' een belangrijke bijdrage kan leveren.

ONDUIDELIJKHEID OVER EN TEKORTSCHIETEN VAN AANBOD 'TIJDELIJKE BEDDEN'

Voor ouderen die zelfstandig wonen, maar tijdelijk niet thuis kunnen verblijven (en ook geen gebruik maken van ziekenhuiszorg) zijn verschillende vormen van kortdurend verblijf in een instelling beschikbaar: het Eerstelijns Verblijf (ELV) met de varianten laagcomplex, hoogcomplex en palliatieve zorg, de

Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) en respijtzorg. Verder is er voor ouderen die naar verwachting niet meer structureel naar huis kunnen terugkeren de Wlz-crisisregeling en voor ouderen die met een Wlz-indicatie thuis wonen het Wlz-logeren.

Door de vele opties van 'tijdelijke bedden' is het complex om een juiste afweging te maken welk bed voor een oudere het meest passend is. Knelpunt is verder dat het type bed dat het best past bij de zorgvraag niet altijd beschikbaar is of alleen op grote afstand. Daar komt bij dat soms 'grensgeschillen' spelen, omdat de tijdelijke bedden worden gefinancierd uit Wmo (respijtzorg), Wlz (crisis- en logeerbedden) of de Zvw (overige bedden).

TOEGANG TOT ZORG INGEWIKKELD EN TE BUREAUCRATISCH

Voor de toegang tot de Wmo wordt als moeizaam ervaren. Niet alleen door mantelzorgers (zie 4.1), maar ook door diverse geïnterviewde deskundigen. De knelpunten rond de toegang tot zorg zijn onder meer dat de aanvraagprocedure (maximaal acht weken) te lang duurt, dat de aanvraagformulieren te moeilijk zijn en dat sommige ouderen twee parallelle trajecten doorlopen (voor Wmo en voor Zvw).



Verder vinden ketenpartners dat gemeenten in de samenwerking onvoldoende transparant en soepel zijn. Twee voorbeelden uit de praktijk: een ketenpartner heeft gemeenten tevergeefs gevraagd om een overzicht van wat wel en wat niet wordt vergoed uit de Wmo en een ander heeft de ervaring dat als alle deelnemers aan een casusoverleg vinden dat een oudere een traplift nodig heeft gemeenten toch nog hun eigen afweging willen maken.

Op het moment dat je mantelzorger wordt, ben je het nog nooit geweest, je hebt er ook geen opleiding voor gehad. Je hebt geen idee bij welk loket je wat moet halen. Dit is heel vermoeiend voor mantelzorgers. Ik vind het zelf soms ook een drama om dingen te regelen, terwijl ik door mijn werk al vrij veel kennis heb.

VEELHEID AAN KEUZEMOGELIJKHEDEN IS EEN BEDREIGING VOOR KWALITEIT

Het bieden van keuzemogelijkheden in de zorg heeft soms niet-gewenste consequenties. In onze interviews is aangekaart dat er eigenlijk teveel organisaties zijn gecontracteerd in de thuiszorg (Zvw en Wmo). Dit bemoeilijkt de ketensamenwerking en in sommige gevallen ook de efficiëntie.

Ook persoonsgebonden budgetten (PGB's) zijn genoemd als voorbeeld van keuzevrijheid die

Drie van de vier thuiszorgorganisaties in onze gemeente hebben problemen met hun oproepkrachten en verlenen daardoor te weinig zorg.

zijn doel voorbijschiet. Met als hoofdargument dat er veel minder waarborgen zijn voor de kwaliteit van dergelijke zorg.

4.3 BELANGRIJKSTE OPGAVEN WIJKNETWERK

Het wijknetwerk is bij uitstek de deelketen waarin kwaliteit van leven en langer vitaal belangrijke richtinggevendende begrippen (moeten) zijn. Willen we verdere transformatie en substitutie, oftewel meer welzijn, minder medicaliseren en meer accepteren in plaats van problematiseren van ouderdomsproblemen, dan moet vooral het wijknetwerk meer armslag krijgen en meer innovatiekracht. Ja, dat vraagt om extra middelen en ja, ook dat zou een gezamenlijke opgave moeten zijn. De concrete opgaven voor het wijknetwerk en zijn financiers zijn volgens ons onderzoek vooral:

Meer investeren in preventie en (behoud van) positieve gezondheid

Daarbij preventie integraal benaderen, dus ook het welzijn (o.a. eenzaamheid), het wonen en de leefomgeving meenemen. Aansluiten bij wat ouderen belangrijk vinden en bespreekbaar maken wat van ouderen zelf wordt verwacht. Als gemeente, corporaties en (toekomstige) ouderen samen optrekken bij het realiseren van een leeftijdsbestendig woningbestand waarin meer variatie mogelijk is in woonvormen. Samen met ouderen(organisaties) aandacht besteden aan het gebruik van e-health en domotica om langer zelfstandig wonen en zelf regie voeren te vergemakkelijken.

Bureaucratie rond de toegang tot de Wmo terugdringen

Toewerken naar één toegangsproces voor alle zorg en ondersteuning in de thuisomgeving. Zorgen voor een veel betere afstemming tussen de verwachtingen van ouderen en mantelzorgers en de feitelijke gang van zaken bij de toegang.

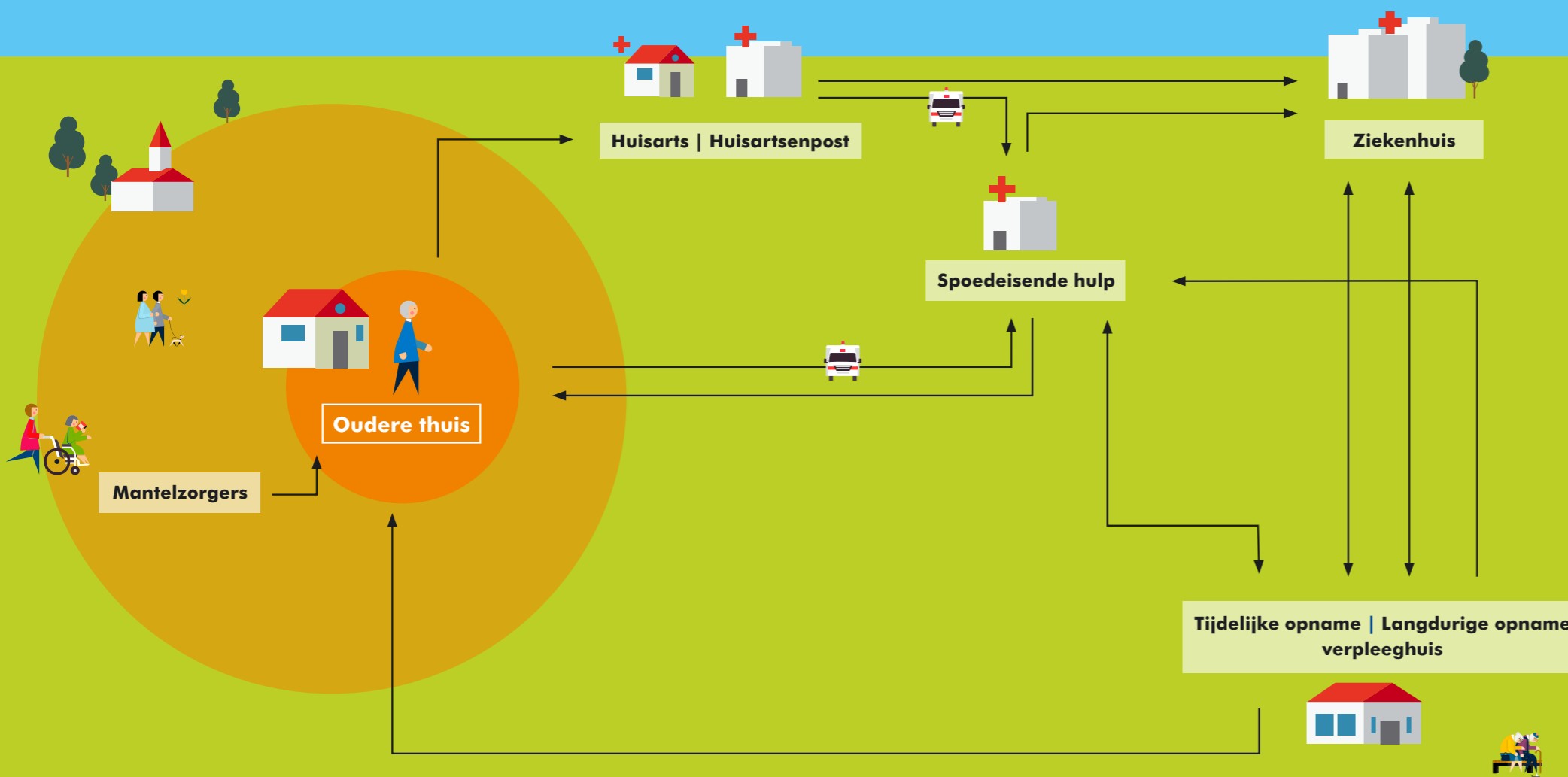
Ouderen vroegtijdig screenen op kwetsbaarheid

De huisarts heeft hierin een rol te spelen, in samenwerking met andere partners in het wijknetwerk. Denk hierbij ook aan de 'Vitaliteitswijzer', een via internet beschikbaar instrument waarmee ouderen zichzelf kunnen screenen en op hun situatie toegespitste gezondheidsinformatie krijgen.

Een samenhangend kader met gezamenlijke werkafspraken vaststellen voor 'tijdelijke bedden'

In samenspraak met alle partners. Als onderdeel daarvan nagaan of en hoe de Wmo-respijtzorg beter kan aansluiten bij de behoeften van mantelzorgers.

Acute zorg



Acute zorg is zorg die onverwacht nodig is. De huisartsenzorg, de ambulancezorg en de spoedeisende hulp (SEH) zijn belangrijke onderdelen van deze deelketen. Gezamenlijk krijgen zij een breed spectrum aan acute zorgvragen binnen met uiteenlopende spoedeisendheid en complexiteit.

ACUTE ZORG



5.1 Ervaringen en knelpunten van ouderen en mantelzorgers

Ouderen en mantelzorgers benoemen weinig ervaringen en knelpunten in relatie tot de acute zorg, ze vinden het vooral belangrijk dat de acute zorg goed bereikbaar is. Een oudere vertelt: “Ik vind het prettig dat de zorg in de stad goed bereikbaar is. Soms heb ik last van hartritmestoornissen en dan moet ik snel met de ambulance naar het ziekenhuis. In het buitengebied moet je dan toch snel 20-40 minuten wachten.”

Enkele mantelzorgers benoemen het knelpunt dat zorgverleners niet goed rekening houden met de voorkeur van een oudere als deze aangeeft geen verdere medische zorg te willen ontvangen. Deze ‘niet behandelwens’ is onbekend of zorgverleners geven toch medische behandeling.

Ik vind het prettig dat de zorg in de stad goed bereikbaar is. Soms heb ik last van hartritmestoornissen en dan moet ik snel met de ambulance naar het ziekenhuis. In het buitengebied moet je dan toch snel 20-40 minuten wachten.

Een mantelzorger vertelde hierover: “Ik ben mantelzorger geweest voor twee mensen die hadden aangegeven dat ze geen levensverlengende maatregelen of behandeling wilden hebben. We gaven dit aan bij het medische personeel wanneer de (acute) situatie hier om vroeg. Ik voelde me echter niet gehoord door het medische personeel. Ik vind het belangrijk dat mantelzorgers serieus worden genomen door artsen en andere zorgverleners. Dit omdat je als mantelzorger juist heel dicht bij de patiënt in kwestie kan staan.”

5.2 Perspectief, knelpunten en inspirerende initiatieven volgens deskundigen

De zorgketen rondom kwetsbare ouderen kraakt het meeste in acute situaties, vooral in de avond-, nacht- en weekenduren. In deze uren is een deel van de keten niet werkzaam en is minder personeel beschikbaar. Daarnaast krijgen ouderen in de acute zorg te maken met artsen en verpleegkundigen die hen niet kennen en heeft de zorg vaker een spoedeisend karakter. Personeelsgebrek in de zorg raakt daarom in het bijzonder de acute zorg. Om dit probleem ook in de toekomst hanteerbaar te houden, zijn volgens de deskundigen stevige maatregelen nodig.

De belangrijkste knelpunten voor de acute zorg zijn grotendeel al benoemd in hoofdstuk 3, omdat het punten zijn die ook elders in de keten knellen. Twee van de daar genoemde knelpunten, nl. het ontbreken van relevante patiëntinformatie en een tekort aan geriatische kennis leveren in de acute zorg nog meer risico's op dan elders in de keten.

Verder heeft de acute zorg ook last van onvoldoende zicht op tijdelijke (nood)bedden. Dit knelpunt is in hoofdstuk 4 al toegelicht. Naast dit alles spelen de volgende knelpunten in en rond de acute zorg:

Ouderen komen verwaarloosd en vereenzaamd op de SEH met sociale of psychische problemen. Maar als ze zeggen dat ze uitstralende pijn naar links hebben neemt niemand het risico om ze niet op te nemen.

TE VEEL OUDEREN KOMEN ONNODIG OP DE SPOEDEISENDE HULP (SEH)

Het komt regelmatig voor dat ouderen spoedeisende hulp krijgen, terwijl dat gezien hun klachten niet nodig is. Bovendien vloeien hier veel vermijdbare ziekenhuisopnames uit voort. De SEH is gemakkelijk toegankelijk, want 24/7 beschikbaar en ouderen hebben er geen indicatie voor nodig. Maar voor kwetsbare ouderen is het gebruik van de SEH een belastende ervaring, die bij voorkeur vermeden moet worden. Daarnaast betekent het een extra aanslag op de capaciteit van de ambulance, de SEH en eventuele vervolgzorg.

ONVOLDOENDE BEREIKBAARHEID VAN ORGANISATIES IN DE AVOND-, NACHT- EN WEEKENDUREN

Dit knelpunt hangt nauw samen met het voorgaande. Onvoldoende bereikbaarheid van huisartsenzorg, thuiszorg, welzijnszorg en tijdelijke bedden buiten kantooruren (ANW-uren) leidt ertoe dat ouderen bij vormen van zorg terechtkomen die voor hen niet passend zijn.



We zijn als gemeenten om tafel geweest met huisartsen(posten) over de spoedtelefoontjes 's nachts. Een deel van die telefoontjes is niet echt medisch, maar ingegeven door angst en ongerustheid. Het zou veel goedkoper zijn hiervoor een goede nachtzuster in te zetten in plaats van de doktersdienst of de ambulance. Maar door financieringsperikelen is het niet gelukt hiervoor iets geregeld te krijgen.

PROACTIEF ZORGPLAN VOOR IEDERE OUDERE NOG NIET GEREALISEERD

In een proactief zorgplan (advance care planning) wordt op basis van waarden en opvattingen van kwetsbare ouderen vastgelegd wat voor hen passende zorg en behandeling is voor de korte termijn en wat in toekomstige scenario's wenselijk zou zijn. Als iedere kwetsbare oudere een dergelijk zorgplan zou hebben, is het in acute situaties veel gemakkelijker om snel de juiste beslissingen te nemen. Voorwaarde is dan wel dat het plan wordt gedeeld met allen die bij de zorg betrokken zijn.

TRIAGE IS NIET EENDUIDIG GEORGANISEERD

Voor de oudere en zijn mantelzorger is niet altijd duidelijk waar ze naar toe moeten bellen als zij een crisis ervaren of zien aankomen. Omdat de huisartsenpost, 112 en de thuiszorg elk hun eigen triage doen kan het zijn dat een oudere meerdere nummers belt, steeds hetzelfde verhaal vertelt en van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Veel beter zou zijn: één 'loket' dat 24/7 gebeld kan worden, eenduidige triage en zo nodig overleg tussen professionals over wat in specifieke gevallen de beste oplossing is.

INSPIREREND INITIATIEF

ROAZ Het Regionaal Overleg Acute Zorg Noord-Nederland werkt in opdracht van de minister van VWS aan verbetering van de zorgketen voor kwetsbare ouderen. Vijf werkgroepen ontwikkelen concrete voorstellen over zorgcoördinatie, soepele instroom ELV/Wlz, triage voor kwetsbare ouderen, informatisering tussen zorgverleners en ontwikkeling van een capaciteitsmodel voor een digitaal 24x7 realtime beeld van de capaciteit van beschikbare bedden en van de drukte op de SEH's. Dit alles in samenwerking met diverse partners uit de acute zorgketen en de VVT-sector.



5.3 BELANGRIJKSTE OPGAVEN ACUTE ZORG

Om nog beter in staat te zijn ouderen 24/7 snel de juiste zorg te kunnen bieden op de juiste plek zal de acute zorg intensiever moeten samenwerken, onderling en met aanpalende ketenpartners. Een ketenbreed patiëntendossier ondersteunt goede zorgverlening in de hele keten, maar is in acute situaties bij uitstek van belang. In hoofdstuk 3 zijn deze opgaven al benoemd. Daarnaast zijn in het onderzoek twee samenwerkingsopgaven naar voren gekomen, die in het bijzonder voor de acute zorg van belang zijn.

Realisatie van één 'zorg'loket

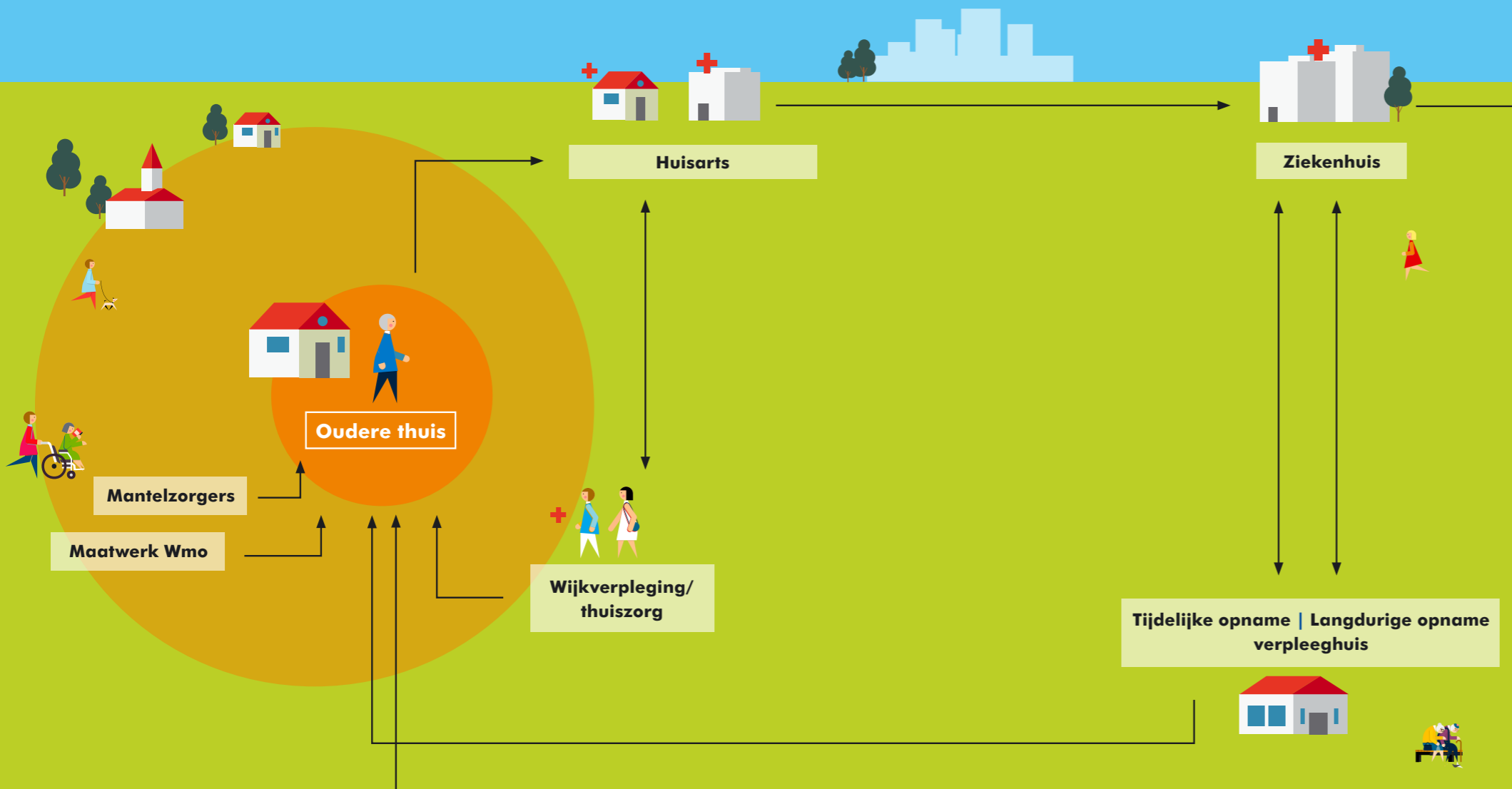
Meerdere van de in 5.2 genoemde knelpunten zijn op te lossen met de realisatie van één zorgloket dat 24/7 telefonisch bereikbaar is en waar gedegen triage plaatsvindt. Het 'loket' moet het (verder te ontwikkelen) ketendossier van de oudere kunnen raadplegen en meer oplossingen kunnen bieden dan 'niets doen' of 'naar de SEH', zoals meer mogelijkheden in de eerstelijns en opname op tijdelijke (nood)bedden. Met andere woorden: vooral de samenwerking en afstemming achter het 'loket' moet uitstekend op orde zijn.

Werken met proactieve plannen

Proactieve zorgplannen maken het gemakkelijker om in acute situaties snel de juiste beslissingen te nemen.

In en uit het ziekenhuis

Een ziekenhuisopname is voor kwetsbare ouderen risicovol, vanwege hun verhoogde kans op complicaties, zoals een infectie, ondervoeding, delirium of vallen. Daarom is het zaak onnodige ziekenhuisopnames te voorkomen. Om (verder) herstel na een ziekenhuisopname te bevorderen is een goede overdracht van de zorg tussen thuis, ziekenhuis en eventuele vervolgzorg van groot belang.



IN EN UIT HET ZIEKENHUIS



6.1 Ervaringen en knelpunten van ouderen en mantelzorgers

Zowel ouderen en mantelzorgers zijn over het algemeen tevreden over de zorg in en na het ziekenhuis. Beiden zijn positief over de toegang tot en de kwaliteit van medische zorg. Artsen en verpleging communiceren prettig en zijn betrokken. Heldere communicatie en informatie van zorgverleners stelt ouderen gerust. Een oudere vertelt: “Intussen ben ik op verschillende afdelingen in het ziekenhuis geweest en in verschillende ziekenhuizen. Over het geheel ben ik tevreden over de zorg die ze hier geven.”

Ouderen hebben ook positieve ervaringen met de samenwerking tussen het ziekenhuis, de huisarts en de thuiszorg. Ze vinden dat de overgang vanuit het ziekenhuis naar andere zorg goed en snel geregeld wordt.

Mantelzorgers benoemen dat het handig is, wanneer een oudere een afspraak heeft met een medisch specialist, dat twee mensen luisteren en vragen kunnen stellen.

KNELPUNTEN BELICHT DOOR OUDEREN

- Ontbrekende of onduidelijke informatie maakt ouderen ongeruster.
- Ouderen worden soms al uit het ziekenhuis ontslagen terwijl ze nog verder willen herstellen. Bij het ontslag wordt onvoldoende rekening gehouden

of de thuissituatie is voorbereid op de terugkomst van de oudere. “Mijn man was heel erg ziek en wij konden hem niet meenemen. Toen is hij met de ambulance teruggebracht en thuis in een stoel gezet. Gelukkig was een vriend van mijn zoon aanwezig, die voor ons een bed in de kamer heeft gezet.”

- Ouderen vinden dat soms een vrije zorgkeuze ontbreekt. Een oudere vertelt: “Je hebt apart mensen daar (in het ziekenhuis) zitten om ziltjes te winnen en daar hou ik helemaal niet van. Ik vind ook dat de artsen die naar de zuster verwijzen [thuiszorgorganisatie X], die horen daar niet. Je kan dan geen vrije keuze maken.”

Mijn man was heel erg ziek en wij konden hem niet meenemen. Toen is hij met de ambulance teruggebracht en thuis in een stoel gezet. Gelukkig was een vriend van mijn zoon aanwezig, die voor ons een bed in de kamer heeft gezet.



6.2 Perspectief, knelpunten en inspirerende initiatieven volgens deskundigen

De overdracht van zorg tussen thuissituatie en ziekenhuis moet vaker een warme overdracht zijn, zeggen deskundigen. Kwetsbare ouderen zijn erbij gebaat dat dit in beide richtingen gebeurt, niet alleen ná, maar ook voorafgaand aan de ziekenhuisopname. Verder zijn vooral knelpunten genoemd rond de overgang van ziekenhuis naar vervolgzorg:

REGELEN VAN VERVOLGZORG KENT VELE HAKEN EN OGEN

Het vinden van 'de juiste vervolgzorg op de juiste plek' is soms een lastige klus. Ziekenhuizen zien hun patiënten soms te kort om de benodigde zorgzwaarte goed te kunnen inschatten. Dan is het zaak te rade te gaan bij partners in de zorgketen, die de patiënt en diens situatie beter kennen. Maar dat vraagt tijd, zeker als die partners niet direct bereikbaar zijn.

Je moet een standaard screening op kwetsbaarheid in de huisartsenpraktijk hebben. En die informatie moet uiteraard gedeeld worden met het ziekenhuis.

Een ander knelpunt bij vervolgzorg is dat ouderen met ernstige psychiatrische klachten of een combinatie van psychische, sociale en somatische problematiek moeilijk plaatsbaar zijn. Bij dergelijke patiënten is niet altijd duidelijk waar ze het best af zijn en veel zorginstellingen zijn huiverig om hen op te nemen. Bovendien is er

niet altijd plek voor nieuwe instroom.

Gaan ouderen vanuit het ziekenhuis naar huis, dan hebben ze wellicht een maatwerkvoorziening nodig vanuit de Wmo. Maar dat verloopt niet altijd naar wens.

DE INFORMATIEOVERDRACHT SCHIET NOG TEKORT

De gemiddelde ligduur in het ziekenhuis is de afgelopen jaren aanzienlijk gedaald. Het herstel vindt steeds meer plaats in de thuissituatie. Om de continuïteit van de zorg te kunnen waarborgen moeten de relevante gegevens van een patiënt tijdig en compleet aan de opvolgende zorgverleners worden overgedragen. Ook voor ouderen zelf en hun mantelzorgers is het van belang dat ze goed zijn geïnformeerd over het vervolg van de behandeling en over de noodzakelijke medicatie.

In de praktijk is de informatieoverdracht tussen ziekenhuis en huisarts, thuiszorg en apotheek lang niet altijd optimaal. Zo komt de informatie soms te laat of bereikt deze niet de juiste persoon (bijvoorbeeld wel de huisarts, maar niet de in het weekend dienstdoende vervanger). Een deel van de zorgverleners lijkt zich onvoldoende bewust van hun verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg.

Het zou niet zo moeten zijn dat iemand bij ontslag uit het ziekenhuis weken moet wachten op hulpmiddelen vanuit de Wmo. Gewoon bellen met de Wmo-consulent, dan kan het direct geregeld worden. Moet geen probleem zijn, maar in sommige gemeenten moet er dan eerst een beschikking komen.

KNELPUNTEN BELICHT DOOR MANTELZORGERS

- Mantelzorgers vinden dat ouderen te snel naar huis worden gestuurd en dat er geen rekening mee wordt gehouden of het thuisfront hier op voorbereid is. Een mantelzorger vertelt: "We hebben in het ziekenhuis wel gezien dat er weinig toegespijst is op ouderen. Dat er makkelijk gezegd wordt bij korte opnames 'ze kunnen wel weer naar huis' of 'kom ze maar halen'. Dan ben je aan het werk en wordt er weinig rekening gehouden met omstandigheden en wat maatwerk is."

- Mantelzorgers ervaren dat het ziekenhuis soms geen informatie terugkoppelt naar de huisarts of aan andere ziekenhuizen.

We hebben in het ziekenhuis wel gezien dat er weinig toegespijst is op ouderen. Dat er makkelijk gezegd wordt bij korte opnames 'ze kunnen wel weer naar huis' of 'kom ze maar halen'. Dan ben je aan het werk en wordt er weinig rekening gehouden met omstandigheden en wat maatwerk is.

INSPIRERENDE INITIATIEVEN

De samenwerking en afstemming rond de overdracht van kwetsbare ouderen van ziekenhuis naar huis en vervolgzorg verlopen steeds beter. Ouderen en hun mantelzorgers worden eerder en beter geïnformeerd over wat er komt kijken na de ziekenhuisopname.

TRANSMURALE ZORGBRUG Ouderen die onzeker zijn over hoe thuis de draad weer op te pakken kunnen in steeds meer ziekenhuizen gebruik maken van de Transmurale Zorgbrug. Deze voorziet in een warme overdracht naar de vervolgzorg thuis. De wijkverpleegkundige heeft hierin een sleutelrol; deze professional bezoekt de kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis en biedt ook nazorg thuis. De Transmurale Zorgbrug leidt tot een reductie van 25% van de sterfte na ontslag uit het ziekenhuis.

HOSPITAL@HOME biedt patiënten met cognitieve stoornissen en een acute zorgvraag thuis de zorg die gewoonlijk in het ziekenhuis wordt gegeven. Het doel van Hospital@Home is ziekenhuisgerelateerde complicaties te voorkomen en verpleeghuisopname uit te stellen. Van

een (belastende) overgang van ziekenhuis naar huis is bij Hospital@Home geen sprake meer.

LOGEERHUIS DE OPSTAP Het Logeerhuis De Opstap in Groningen biedt een huiselijke sfeer waarin de gasten kunnen aansterken als ze net ontslagen zijn uit het ziekenhuis en er thuis niemand is om voor hen te zorgen.

ZORGVOORREGIO De ziekenhuiszorg in Zuidoost-Groningen en Drenthe staat onder druk, vooral door arbeidstekorten en steeds strikter wordende kwaliteitseisen. De ziekenhuizen in dit gebied hebben samen met zorgverzekeraars en huisartsen een plan ontwikkeld om de inwoners ook in de toekomst de juiste zorg op de juiste plek te kunnen geven. Zie www.zorgvoorregio.nl.

Ook het eerder benoemde feit dat de informatiesystemen van ziekenhuizen niet corresponderen met die van huisartsen en wijkverpleging belemmert een adequate informatieoverdracht.

ONVOLDOENDE VERBINDING MET HET SOCIAAL DOMEIN

Kwetsbare ouderen kunnen langer zelfstandig wonen als ze passende ondersteuning krijgen van professionals, vrijwilligers en hun sociaal netwerk. Binnen het sociaal domein zijn hiervoor diverse mogelijkheden, zoals professionele begeleiding en activiteiten (maatwerk Wmo), vrijwilligershulp en individuele cliëntondersteuning bij te maken keuzes.

Bij de transfer van het ziekenhuis naar huis zou veel meer gebruik gemaakt kunnen worden van de mogelijkheden in het sociaal domein. Dat er vanuit de Wmo hulpmiddelen of hulp bij het huishouden aangevraagd

kan worden is voldoende bekend. Maar het aanbod van welzijns-, vrijwilligers- en bewonersorganisaties is lang niet altijd op het netvlies. Welzijnsorganisaties zijn veelal niet betrokken bij de transfer van ouderen uit het ziekenhuis.

Ik denk als we meer inzetten op preventie in het sociale domein dat het gemakkelijker voor de oudere patiënten wordt om terug te keren nadat ze in het ziekenhuis hebben gelegen. Dat ze dan een beter georganiseerd netwerk hebben, waardoor ze makkelijker naar hun eigen omgeving terug kunnen.

6.3 BELANGRIJKSTE OPGAVEN IN EN UIT HET ZIEKENHUIS

Kwetsbare ouderen zijn gebaat bij een soepele overgang van thuis naar ziekenhuis en van ziekenhuis naar vervolgzorg. De belangrijkste opgave is om de factoren die zo'n soepele overgang belemmeren weg te nemen. Dit betekent dat onder meer het volgende nodig is:

Betere informatie-overdracht

Kortere lijnen tussen betrokken ketenpartners. De betrokken professionals werken in heel verschillende sectoren. Vooral doen: elkaar opzoeken en van elkaar leren, vertrouwen opbouwen, zeggen betrokkenen zelf. Daarnaast is het zaak om, zoals eerder al benoemd, met een ketenbreed patiëntendossier te gaan werken.

Meer aandacht voor de communicatie en samenwerking met ouderen en mantelzorgers.

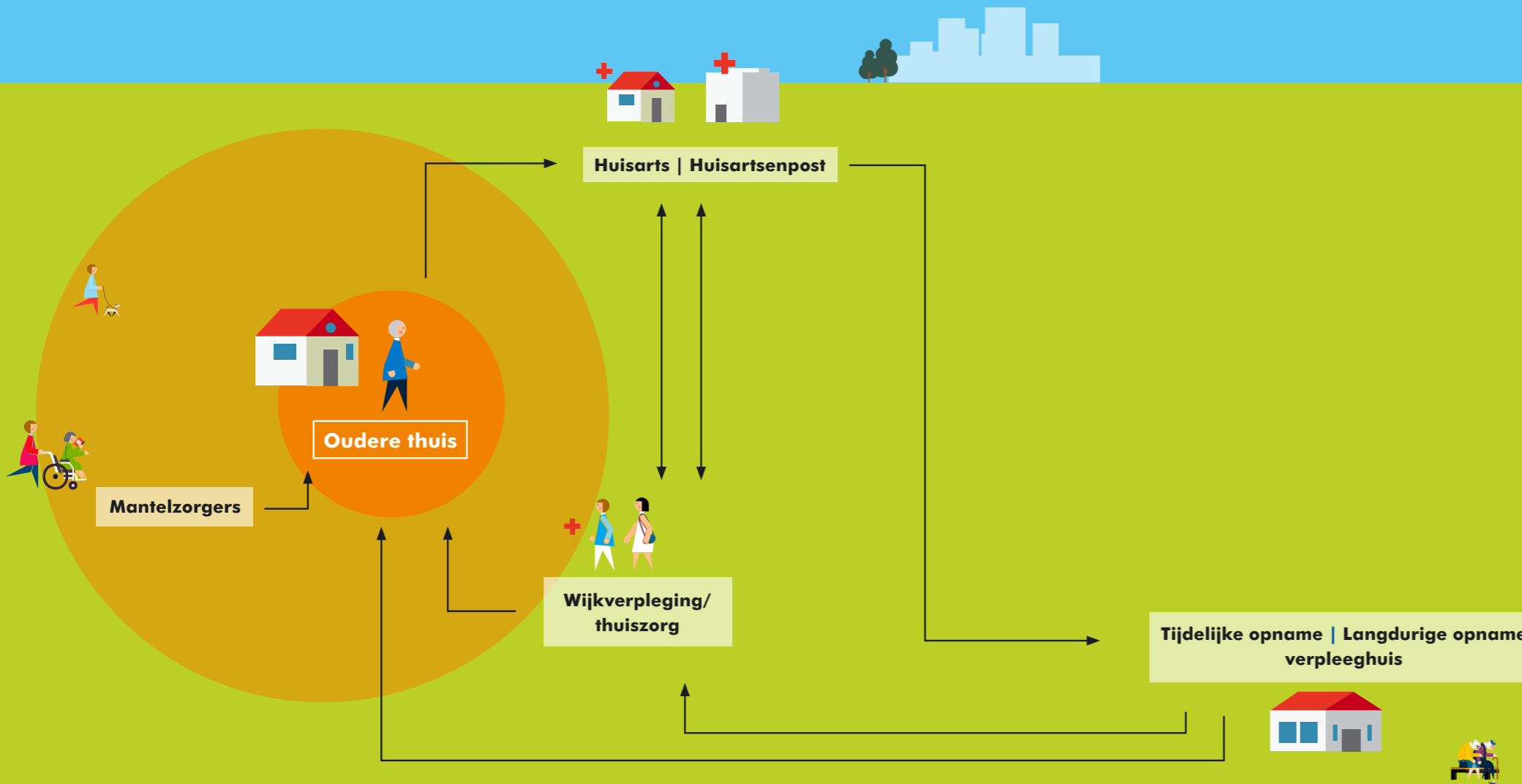
Denk aan: mensen wijzen op en ondersteunen bij zaken waarvoor ze zelf verantwoordelijk zijn en hen tijdig begrijpelijke informatie geven over de keuzemogelijkheden. Vooral kwetsbare ouderen die niet kunnen terugvallen op een informele ondersteuner moeten meer ondersteuning kunnen krijgen; de rol van het sociale domein daarbij moet nader worden ingevuld.

Verder liggen er opgaven die in voorgaande hoofdstukken zijn benoemd: de ketenbrede punten (genoemd in hoofdstuk 3), tijdige screening op kwetsbaarheid en gezamenlijke werkafspraken over tijdelijke bedden (Zvw, Wmo en Wlz).

Overgang naar langdurige zorg

Overgang naar de langdurige zorg betekent voor de oudere dat de zorg vanuit een ander wettelijk kader geregeld gaat worden, nl. de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit is aan de orde als de oudere blijvend intensieve zorg nodig heeft met 24 uur per dag toezicht of zorg in de nabijheid.

De langdurige zorg kan in de thuissituatie plaatsvinden, maar meestal wordt gekozen voor permanent verblijf in een zorginstelling.





OVERGANG NAAR LANGDURIGE ZORG

7.1 Ervaringen en knelpunten van ouderen en mantelzorgers

De overgang naar de langdurige zorg is voor ouderen en hun naasten vaak een ingrijpende gebeurtenis, waarbij zowel emoties als praktische zaken komen kijken. De overgang naar de langdurige zorg heeft veel impact op zowel ouderen als mantelzorgers wanneer ze hiermee te maken krijgen.

Ouderen hechten er veel belang aan om zolang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen en hun sociale contacten te behouden.

Mantelzorgers voelen zich vooral overbelast in de fase voorafgaand aan de overgang naar intramurale zorg, wanneer ouderen niet goed meer zelfstandig kunnen wonen. Mantelzorgers ervaren meer rust wanneer hun naaste wordt opgenomen in een verpleeghuis.

KNELPUNTEN BELICHT DOOR OUDEREN

- Ouderen maken zich zorgen over het verlies van hun zelfstandigheid en de sociale contacten als ze naar een verpleeghuis zouden moeten verhuizen. Een oudere vertelt: “Als ik nog veel slechter word en ik moet naar een verpleeghuis, dan kan ik me daar niet meer settelen. Kijk als ik nu nog contacten wil maken in de flat dan lukt dat nog, maar als ik straks niet meer goed ter been ben dan lukt dat niet meer. Dan kom je terecht in een verpleeghuis waar je niemand kent en waar je ook nooit meer contacten krijgt.”

- Ouderen maken zich zorgen over de lange wachttijden voor verpleeg- en verzorgingshuizen als ze in de situatie komen dat ze wel moeten verhuizen.

KNELPUNTEN BELICHT DOOR MANTELZORGERS

- Mantelzorgers vinden de wachttijden lang voordat iemand opgenomen wordt in een verpleeghuis en vinden dat de overgang van Wmo naar de Wlz soepeler kan verlopen: “De stap van Wmo naar Wlz is een hele stap. Je moet de juiste indicatie krijgen en dat duurt best wel lang. Ze laten je zo lang mogelijk in de Wmo zitten.”

- De overgangsfase naar de langdurige zorg vraagt veel van mantelzorgers om dat ze veel taken moeten coördineren, niet altijd zorg kunnen bieden en er weinig tijdelijke opvangmogelijkheden zijn. Soms hebben ze het gevoel dat het

De stap van Wmo naar Wlz is een hele stap. Je moet de juiste indicatie krijgen en dat duurt best wel lang. Ze laten je zo lang mogelijk in de Wmo zitten.

Er is niemand die mij advies geeft over waar ik geld weg zou kunnen halen. Het CAK helpt ook niet mee, want die zegt: 'je had maar moeten sparen'

bij de oudere eerst echt mis moet gaan, voordat de intramurale zorg geregeld wordt.

Zo vertelt een mantelzorger over

haar moeder met dementie die 's nachts wegliep: "Het enige wat je kunt doen is je handen er vanaf trekken en wachten tot de politie erbij komt, maar dat wil je niet. Als je in zo'n situatie belandt, ga je erheen of je blijft thuis. Maar in beide situaties slaap je niet."

- Mantelzorgers geven aan dat de kosten voor de eigen bijdrage hoog zijn. Een mantelzorger vertelt: "Er is niemand die mij advies geeft over waar ik geld weg zou kunnen halen. Het CAK helpt ook niet mee, want die zegt: 'je had maar moeten sparen'."



7.2 Perspectief, knelpunten en inspirerende initiatieven volgens deskundigen

De knelpunten die ouderen en mantelzorgers hebben benoemd worden ook door deskundigen gezien. Kort samengevat: Veel ouderen willen liever geen langdurige zorg en als ze wel willen lopen ze tegen verschillende overgangproblemen aan.

DE PROCEDURE IS VOOR OUDERE EN MANTELZORGER COMPLEX EN BELASTEND

Het wel of niet aanvragen van een Wlz-indicatie kan voor ouderen en hun mantelzorgers een lastige afweging zijn. Soms krijgen ouderen daarbij te maken met tegenstrijdige adviezen van betrokken professionals. Volgens de regels moet een Wlz-indicatie worden aangevraagd als de oudere 24-uurs toezicht en zorg in de nabijheid nodig heeft, maar over de vraag wanneer dat moment is aangebroken maken professionals verschillende afwegingen. Is een aanvraag gedaan bij het CIZ dan kan het 6 tot 8 weken duren voor de uitkomst bekend is.

Daarbij is niet uitgesloten dat het CIZ vindt dat de oudere nog niet in aanmerking komt voor de Wlz.

Voorals mens aan de onderkant van de samenleving hebben het goed als ze in een verpleeghuis kunnen wonen. Sommigen leven daar zelfs op.

Wanneer wel een indicatie wordt verstrekt en de oudere en zijn naasten besluiten tot opname in een verpleeghuis, kan sprake zijn van een wachtlijst bij de favoriete instelling.

EEN WLZ-INDICATIE KAN LEIDEN TOT EEN 'ZORGVAL' EN ANDERE NIET GEWENSTE GEVOLGEN

Ouderen met een Wlz-indicatie die nog thuis wonen krijgen vaak minder zorg dan ze kregen vanuit de Wmo en Zvw gezamenlijk. Bovendien zijn ze meer geld kwijt, want ze moeten een eigen bijdrage betalen volgens het Wlz-regime. Verder kan het zijn dat de 'oude' (Zvw/Wmo) aanbieders niet zijn gecontracteerd voor Wlz-zorg. Dan moeten ze wisselen van zorgaanbieder.

Dit alles maakt het voor ouderen onaantrekkelijk om een Wlz-indicatie aan te vragen. Daar komt bij dat het verpleeghuis een slecht imago heeft bij ouderen; het is in hun ogen een plek voor mensen die hun autonomie hebben opgegeven en volledig afhankelijk zijn van hulp. Ook het feit dat echtparen worden gescheiden als de ene partner een Wlz-indicatie heeft en de andere niet schrikt vaak af.

Op het moment dat de Wlz-indicatie komt zegt de gemeente dat er geen begeleiding meer hoeft te zijn, ongeacht of er een wachtlijst is voor het verpleeghuis.

INSPIRERENDE INITIATIEVEN

Opname in een verpleeghuis is voor kwetsbare ouderen vaak een veel betere oplossing dan zichzelf en hun naasten vooraf verwachtten. Veel ouderen blijven tegenwoordig te lang zelfstandig wonen, ten koste van de kwaliteit van leven van henzelf en hun mantelzorger(s), zeggen meerdere deskundigen.

VISKENIJ In meerdere interviews is zorgcentrum Viskenij in Baflo genoemd als voorbeeld van een verpleeghuis dat er bovengemiddeld in slaagt niet de regels te laten regeren en ouderen de kans te geven zichzelf te zijn.

GERIATRISCH EXPERTISENETWERK DAL Zeven zorgaanbieders en het zorgkantoor Menzis hebben gezamenlijk plannen ontwikkeld voor een toekomstbestendige inrichting van de ouderenzorg in de provincie Groningen. Eén concrete uitwerking hiervan is het project Geriatrisch ExpertiseNetwerk DAL (voor Delfzijl, Appingedam en Loppersum), dat zich primair richt op het behoud van gespecialiseerde zorg en behandeling (en het daarvoor benodigde personeel). Ook wordt nadrukkelijk aangesloten bij hoe ouderen in het DAL-gebied willen leven en welke aandacht, ondersteuning en zorg zij willen ontvangen.



7.3 BELANGRIJKSTE OPGAVEN BIJ OVERGANG NAAR LANGDURIGE ZORG

De belangrijkste opgave bij de overgang naar de langdurige zorg is dat ouderen in de fase waarin (volgens henzelf of mensen in hun omgeving) zelfstandig wonen niet meer vanzelfsprekend is verstandige keuzes maken over hun woonzorgsituatie èn dat er voor hen echt iets te kiezen is. En verder zijn natuurlijk eerder al genoemde opgaven van toepassing, zoals aanpakken van arbeidstekorten, gezamenlijke werkafspraken maken over tijdelijke bedden en vroegtijdige screening van ouderen op kwetsbaarheid.

Ouderen kunnen worden geholpen een goede afweging te maken door:

- Het tijdig voorbereiden van ouderen op een mogelijke overgang naar de Wlz en op de gevolgen die dat kan hebben voor de eigen bijdrage en de zorgaanbieder(s).
- Inzet van casemanagers of cliëntondersteuners om ouderen en familie te ondersteunen in het keuzeprocess.

Het aantal keuzeopties kan worden vergroot door:

- Het realiseren van meer flexibiliteit en maatwerk rond de overgang naar en het verblijf in langdurige zorgvoorzieningen. Bijvoorbeeld door in de toegang (indicatiestelling) meer rekening te houden met wensen en omstandigheden van de oudere en door meer mogelijkheden te bieden voor partners die samen willen blijven wonen.
- Het ontwikkelen van alternatieve woon- en verblijfsvormen voor ouderen die liever niet meer volledig zelfstandig wonen, maar (nog) niet aan het verpleeghuis toe zijn. Bijvoorbeeld moderne hofjes, meergeneratiewoningen of –wooncomplexen en woongroepen voor ouderen. In ons onderzoek kwam naar voren dat ook hierbij samenwerking essentieel is, van ouderen, inwonersinitiatieven, VVT-sector, corporaties en gemeenten.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.

Met dit onderzoek willen we inzicht bieden in de zorg en ondersteuning voor ouderen in Groningen en Drenthe. Met een helikopterblik hebben we de totale keten van zorg en ondersteuning in beeld gebracht en ingezoomd op de samenhang en samenwerking daarbinnen. Dit met hulp van meer dan honderd ouderen (70+), mantelzorgers, bestuurders, zorg- en welzijnsprofessionals en andere deskundigen, die hun ervaringen en inzichten met ons deelden.

In de voorafgaande hoofdstukken hebben we de resultaten uitgebreid weergegeven. Hier stippen we nog even aan wat ons het meest is opgevallen. Om te beginnen dit: de ouderen die we hebben gesproken zijn overwegend heel tevreden met de zorg en ondersteuning die ze krijgen. Misschien speelt mee dat de meesten bij een generatie horen die niet zo snel kritiek uit, maar het weerspiegelt ook dat de zorg voor ouderen in Nederland in het algemeen goed is.

Het grootste knelpunt is de complexiteit van het stelsel, met drie onderling niet soepel aansluitende wetten voor de ouderenzorg. Mantelzorgers lijken daar meer last van te hebben dan ouderen zelf. Mantelzorgers zijn in veel gevallen degenen die regelen dat hun (schoon)ouder of partner de benodigde zorg krijgt. Zij stuiten erop dat ze de mogelijkheden en de juiste wegen niet kennen. Ze plegen naar eigen zeggen talloze telefoontjes, vullen steeds weer nieuwe formulieren in en botsen regelmatig met de instanties en de regels – een aanzienlijke belasting. Hoewel veel mantelzorgers momenten kennen waarop het hen teveel wordt, halen de meesten toch voldoening uit hun mantelzorgtaken.

De deskundigen die we hebben gesproken zien positieve ontwikkelingen in de zorg en ondersteuning voor ouderen, maar ook veel wat beter kan. Vrijwel iedereen zet zich samen met anderen in om verbeteringen te realiseren. Maar, zoals zij zelf aangeven, veel van de nu lopende initiatieven en projecten staan pas aan

het begin. Het duurt gewoonlijk jaren voor een nieuwe aanpak is geborgd, als dat al lukt. Vooral bovenlokale veranderingen vergen een lange adem, want achter elke regel in de zorg zit een belang dat zich niet zomaar aan de kant laat zetten. Wat mogelijk gunstig uitwerkt is dat de urgentie op dit moment groot is, nu vergrijzing leidt tot een grotere zorgvraag en een groei van de arbeidstekorten wordt gevreesd. Wat verder opvalt in de interviews is dat we veel negatieve beeldvorming over andere organisaties of sectoren zijn tegengekomen. Vooral gemeenten en zorgverzekeraars worden bekritiseerd, overigens ook door elkaar.

De onderzoeksresultaten laten kortom zien dat er een forse uitdaging ligt als we willen dat ouderen samenhangende zorg en ondersteuning krijgen, die hen in staat stelt langer zelfstandig en zelfredzaam te zijn. Want om dit haalbaar (personeel gezien), betaalbaar en toekomstbestendig te doen, moet de organisatie van de keten veel efficiënter.

8.1 Aanbevelingen

Er gebeurt al het nodige, maar niet voldoende. Om ouderen echt centraal te kunnen stellen en de beschikbare middelen echt zo effectief mogelijk te kunnen inzetten moeten organisatie- en financiële belangen naar de achtergrond. Er moet experimenteeruimte worden bedongen om beperkende regelgeving te mogen omzeilen.

INVESTEER IN BETERE SAMENWERKING

Concrete resultaten die veel ketenpartners willen zien:

- een ketenbreed patiëntendossier waarover de patiënt zelf de regie heeft;
- een steviger positie en bijdrage voor het sociaal domein (welzijnsinstellingen, inwonersinitiatieven, etc);
- duidelijke werkafspraken over deelketen- en organisatieoverstijgende zaken, zoals de inzet van casemanagers (met regietaken), het gebruik van tijdelijke bedden, de taakafbakening tussen wijkverpleegkundige en Wmo-ondersteuner;
- één toegang(sloket/telefoonnummer) 24/7 voor alle zorg- en ondersteuningsvragen.

PAK GEZAMENLIJK EN INTEGRAAL DE ARBEIDSTEKORTEN AAN

De aanknopingspunten zijn: efficiënter inzetten van huidig personeel en verbeteren van de regionale arbeidsmarkt voor zorgprofessionals. In het regionaal actieplan (RAAT) zijn de krachten al gebundeld en wordt ingezet op het écht aanpakken van de problemen.

ZET IN OP PREVENTIE

Vroegtijdige screening van kwetsbare ouderen helpt de druk in de hele zorgketen te verminderen, op voorwaarde dat deze informatie ketenbreed wordt gedeeld. Op basis van een vroegtijdige screening en een proactief zorgplan kunnen zowel over de zorg en ondersteuning vanuit het wijknetwerk als over eventuele spoedeisende hulp, ziekenhuis- en vervolgzorg betere en snellere beslissingen worden genomen. Daarnaast omvat preventie een breed scala aan activiteiten die de vitaliteit en het langer zelfstandig wonen van ouderen ondersteunen, zoals leeftijdsvriendelijke wijken en leeftijdsbestendige woningen (met bijvoorbeeld domoticatoepassingen). Niet afwachten, niet afschuiven, maar gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen (gemeenten, corporaties, dorpsbewoners, e.a.) is de uitdaging.

PAK DE ZOR GKLOOF AAN

Mensen met lage gezondheidsvaardigheden hebben meer kans op gezondheidsproblemen, omdat ze het moeilijk vinden om informatie over hun gezondheid te begrijpen, toe te passen en hierover te communiceren. Vergroting van gezondheidsvaardigheden leidt tot verkleining van deze 'zorgkloof'. Maar er zijn meer aangrijpingspunten voor een kleinere zorgkloof: eenvoudige (toegangs)procedures, begrijpelijke en gemakkelijk vindbare informatie, persoonsgerichte communicatie en laagdrempelige cliëntondersteuning of casemanagement.

LEER EN ONTWIKKEL SAMEN IN DE REGIO

Stimuleer een cultuur van samen leren en ontwikkelen. Waar kennis wordt gedeeld en vertrouwensrelaties groeien neemt de kwaliteit van het werk toe. Monitoring van de effecten van beleid(sinnovaties) helpt partners om resultaten te zien en door te gaan (al dan niet op dezelfde weg). Het vergroten van specialistische kennis over ouderen is één van de opgaven die samen opgepakt kunnen worden.



VOER HET MAATSCHAPPELIJK DEBAT

Op alle niveaus is maatschappelijk debat zinvol over de vraag hoe zorg en welzijn voor ouderen toekomstbestendig kunnen worden ingericht en georganiseerd. Een belangrijke achterliggende vraag daarbij is welke zorg echt nodig is. Moet iedereen in aanmerking komen voor elke medische ingreep die het leven verlengt? Of willen we de middelen liever voor een heel andere invulling van (ouderen)zorg inzetten? Dit debat moet veel meer gevoerd worden, met huidige en toekomstige ouderen, mantelzorgers, professionals en financiers, op basis van feiten en ervaringen. Hoe lastig het ook is, ervoor weglopen is geen optie.

BIJLAGEN.

BIJLAGE 1

ONDERZOEKSVERANTWOORDING

METHODEN

Om zicht te krijgen op de knelpunten en oplossingen rondom de zorgketen voor ouderen gebruikten we verschillende onderzoeksmethoden die we integreerden in deze publicatie:

- Deskresearch. Het literatuuronderzoek naar de zorgketen rondom ouderen omvatte zowel landelijke als regionale onderzoeken, rapportages en beleidsdocumenten.
- Kwalitatief onderzoek. Door semigestructureerde interviews met ouderen, mantelzorgers en deskundigen kregen we inzicht in de verschillende perspectieven rond de zorgketen voor ouderen. Dit droeg bij aan de duiding van knelpunten en oplossingen in de keten.

DEELNEMERS AAN HET ONDERZOEK

We benaderden ouderen van zeventig jaar en ouder afkomstig uit alle lagen van de bevolking. Ouderen woonden zelfstandig verspreid over de provincies Groningen en Drenthe. We legden contact met ouderen via welzijnsorganisaties, ouderenbonden, dagbestedingsprojecten in de wijk en via het eigen netwerk. Uit de analyse van de interviews bleek dat ervaringen van ouderen in beide provincies vergelijkbaar waren.

We benaderden mantelzorgers van ouderen verspreid over de provincies Groningen en Drenthe via welzijnsorganisaties en steunpunten voor mantelzorgers. Vooral na de uitnodiging

door Stichting Welzijn en Dienstverlening (SWD) waren veel mantelzorgers uit de DAL gemeenten bereid om mee te werken aan een interview.

We benaderden deskundigen uit Groningen en Drenthe vanuit alle ketenpartners rondom ouderenzorg in het sociale en medische domein. Veel deskundigen zijn betrokken bij onderzoek en innovatieve projecten in de ouderenzorg.

De deelnemers ontvingen een uitnodiging met informatie over het onderzoek en gaven toestemming om mee te doen aan het onderzoek. Van elk interview werd een verslag gemaakt met een samenvatting van de belangrijkste hoofdpunten.

ANALYSE

Bevindingen uit de interviewverslagen werden gecategoriseerd in Nvivo (een programma voor de analyse van kwalitatief onderzoek). Categorieën waren samengesteld naar aanleiding van de interviewvragen en specifieke thema's waarover gesproken werd in de interviews. Onafhankelijk van elkaar categoriseerden twee onderzoekers elk vijftien interviews en bespraken de consistentie in de categorisering. Hierna categoriseerden twee onderzoekers alle interviewverslagen. Bevindingen uit de categorieën werden samengevat en gerelateerd aan belangrijke overkoepelende thema's op basis van de deelketens in de ouderenzorg.

BIJLAGE 2

GERAADPLEEGDE BRONNEN

ActiZ, fluent Healthcare (2017): *Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg keten voor ouderen.*

Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland (2017): *Verbetervoorstellen Acute Zorgketen Kwetsbare Ouderen.*

Alzheimer Nederland (2018): *Mensen met dementie per gemeente.*

Con Forte, SRZ (2017): *Samen voor kwetsbare ouderen 010, Regioanalyse keten kwetsbare ouderen Rotterdam.*

De Hoven, Dignis, Menzis e.a. (2017): *Toekomstbestendige ouderenzorg in Groningen; van een gezamenlijke opgave naar een gezamenlijke aanpak.*

Gemeente Amsterdam, gemeente Rotterdam, gemeente Utrecht e.a. (2017): *Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg.*

GGD Groningen (2017), *Gezondheidsprofiel volwassenen, Resultaten Gezondheidsmonitor 2016.*

GGD Groningen (2017a), *Gezondheidsprofiel ouderen, Resultaten Gezondheidsmonitor 2016.*

Health Consumer Powerhouse Ltd, (2018). *Euro Health Consumer Index 2017, ISBN 978-91-980687-5-7.*

IGZ (2015), *Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd.*

Menzis (2018): *Grensvlakken Zvw/Wmo/Wlz; waar lopen klanten en wijkverpleegkundigen tegenaan en hoe lossen we dat op?*

Ministerie VWS (2018), *Programma Langer Thuis; samen aan de slag, plan van aanpak 2018-2021.*

Nationale Ombudsman (2018): *Zorgen voor burgers, onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg.*

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (2018), *Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis.*

Nederlandse Zorgautoriteit (2017), *Monitor acute zorg.*

Nederlandse Zorgautoriteit (2018), *Monitor zorg voor ouderen.*

Nivel (2018), M. Heijmans, A. Brabers & J. Rademakers, *Health Literacy in Nederland.*

PBL/ CBS (2016). *Regionale bevolking en –huishoudensprognose 2016.*

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017): *Heft in eigen hand, zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen.*

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017a): *Recept voor maatschappelijk probleem; medicalisering van levensfasen.*

BIJLAGE 3

OVERZICHT VAN GERAADPLEEGDE DESKUNDIGEN

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014): <i>Gezondheid in krimpregio's een verdiepingstudie.</i>	Value2Share en Zorgbelang Groningen (2018): <i>Leertuin Positieve Gezondheid; Eigen regie en leefbaarheid in wijken en dorpen.</i>	1 Dr. K. (Klaske) Wynia, Universitair hoofddocent persoonsgerichte en geïntegreerde zorg voor het UMCG	12 Bert Benthem, directeur/bestuurder Ambulancezorg Groningen
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2016): <i>Goede preventieve ouderenzorg: welke elementen zijn van belang?</i>	Vektis Intelligence (2018): <i>Zorgthermometer ouderenzorg, inzicht in de ouderenzorg.</i>	2 Coen Ronde, beleidsmedewerker Innovatie en Ontwikkelingen Tinten Training & Advies.	13 Marcel Mooi, adviseur maatschappelijke thema's bij Lefier
Sigra (2017), <i>Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen; verbeter de zorg – begin bij jezelf.</i>	Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's (2018): <i>Effectief Ontschotten: zorg en ondersteuning voor ouderen over wetten heen.</i>	3 Dr. Sofie de Reus, beleidsmedewerker HZD (Huisartsenzorg Drenthe)	14 Ellen Stutterheim, adviseur maatschappelijk presteren bij Lefier
Sociaal en Cultureel Planbureau (2016). <i>Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014.</i>	Zorgimpuls (2017), <i>Samen voor kwetsbare ouderen 010; regioanalyse keten kwetsbare ouderen Rotterdam.</i>	4 Jaap ter Velde, coördinator integrale ouderenzorg HZD (Huisartsenzorg Drenthe)	15 Eelke Wiersma, websitehouder mensen met dementie
Sociaal en Cultureel Planbureau (2017). <i>Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016.</i>	Zorgpleinnoord (2018). <i>Arbeidsmarkt zorg en welzijn Noord-Nederland 2017.</i>	5 Fred Molenhuis, onderzoeker zorgbelang Drenthe.	16 Arthur Overgoor, beleidsadviseur Sociaal Domein gemeenten Hoogeveen en De Wolden
Sociaal en Cultureel Planbureau (2017a), <i>Langer zelfstandig, Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg.</i>		6 Prof. Dr. B.J.M. (Nardi) Steverink, Adjunct hoogleraar aan de RUG en het UMCG	17 Truus van den Berg, regiomanager NNCZ (Noord Nederlandse Coöperatie van Zorgorganisaties) Hoogeveen
		7 Roos Jelier, Teamcoördinator stichting Sociale Teams Borger-Odoorn	18 Willemijn de Jong, dorpsadviseur dorpscoöperatie Hollandscheveld.
		8 Prof. Dr. S.E.J.A. (Sophia) de Rooij, hoogleraar Interne Geneeskunde, leerstoel Geriatrie/Ouderengeneeskunde bij het UMCG	19 Jolanda Groothuis, beleidsadviseur/projectleider zorginnovatie bij stichting Icare.
		9 Dr. Fons van der Lucht, lector Hanzehogeschool Groningen, senior onderzoeker publieke gezondheid bij het RIVM	20 Johan Bosman directeur Stichting Welzijnswerk Hoogeveen
		10 Marc Verschuren, wethouder gemeente Winsum	21 Frank van der Linden, lid Raad van bestuur Zorggroep Tangenborgh.
		11 Bert Nederveen, wethouder gemeente Zuidhorn	22 Gerard Schoep, directeur Zorgcollectief Zuidwest-Drenthe

BIJLAGE 4

TOELICHTING OP DE WETTEN WMO, ZVW, WLZ

In deze bijlage lichten we toe welke wetten relevant zijn voor de ouderenzorg. Met 'ouderenzorg' wordt alle zorg, hulp en ondersteuning aan ouderen bedoeld, over wetten heen. Het Nederlandse zorgstelsel kent verschillende wetten op basis waarvan inwoners zorg of ondersteuning kunnen krijgen. Dit worden de stelselwetten genoemd.

Ieder van de stelselwetten kent eigen financieringsstromen. Voor de ouderenzorg zijn drie wetten relevant:

WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING (WMO)

De Wmo regelt allerlei vormen van ondersteuning en voorzieningen waarmee inwoners zoveel mogelijk zelfstandig kunnen (blijven) functioneren, wonen en participeren in de samenleving. Gemeenten vervullen de rol van financier.

ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW)

De Zvw regelt medisch noodzakelijke zorg, dit omvat zowel lichamelijke (somatische) als geestelijke (GGZ)-zorg. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen eerstelijnszorg (geen verwijzing nodig van de huisarts) en tweedelijnszorg (alleen toegankelijk met verwijzing van de huisarts). Zorgverzekeraars vervullen de rol van financier.



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

DE WET LANGDURIGE ZORG (WLZ)

De Wlz geeft recht op zware, langdurige en intensieve zorg als iemand 24 uur per dag zorg in nabijheid nodig heeft om ernstige problemen te voorkomen. De Rijksoverheid vervult de rol van financier.

Het onderstaande schema laat het samenspel en de verhouding zien tussen de drie wetten, informele zorg en de totale uitgaven op basis van de wetten voor ouderen in 2016 (voor de Zvw zijn die inclusief medisch-specialistische zorg). Als we echter de balk voor informele zorg zouden kapitaliseren zou deze vele malen groter zijn.

² De toelichting op de wetten in deze bijlage is ontleend aan: Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's: Effectief Ontschotten: zorg en ondersteuning voor ouderen over wetten heen (pagina 12 – 15).

- | | |
|--|--|
| 23 Jannie Nijlunsing, bestuurder de Hoven | 33 Fleur Groenhuyzen, dorpscoach gemeente Ten Boer |
| 24 ETTY ter Steeg, regiomanager Menzis | 34 Anne Hilderink, contactpersoon visie en ontwikkeling Klooster&Buren |
| 25 Marcel Bosma, senior inkoper wijkverpleging Menzis | 35 Fenna Smits, stagiair/onderzoeker Klooster&Buren |
| 26 Ria Haaksema, coördinator steunpunt mantelzorg Groningen | 36 Janneke Pit, teamleider Sociaal Team Midden-Groningen |
| 27 Marlies Bijlsma, teammanager, De Zorgzaak Hoogeveen. | 37 Henk Copinga, voorzitter Provinciaal Platform PCOB Groningen |
| 28 Gerard Hommels, interim manager binnen het domein van de transities AWBZ, WMO en participatiewet bij de gemeente Midden-Drenthe | 38 Renate Bruin, dorpsondersteuner Wedde dat 't Lukt |
| 29 Marja Kieleman strategisch beleidsmedewerker sociaal domein gemeente Coevorden | 39 Annelies Sistermans, voorzitter Wedde dat 't Lukt |
| 30 Gerry Wolders, functioneel coördinator sociale teams, gemeente Coevorden | 40 Tanje Zwanenburg, Wilhelminaziekenhuis Assen |
| 31 Anka Hoven, projectleider en stafmedewerker SW&D | 41 Nell Drijver, wijkverpleegkundige, Buurtzorg Assen |
| 32 Anneke Knip, Projectcoördinator Innovatie Sociaal Domein, Noorderzorg | 42 Ria van Loon, Wilhelminaziekenhuis Assen |
| | 43 Anne-Marie Keizer, stichting Sociale teams Borger-Odoorn |
| | <i>Vermelde functies zijn de functies ten tijde van het onderzoek.</i> |

Ouderen kunnen vanuit meerdere wetten tegelijk zorg of ondersteuning krijgen. Dit gebeurt vooral bij ouderen die niet in de Wlz zitten. De Wlz is namelijk 'levensbreed', al wordt voor specialistische zorg (bijvoorbeeld in een ziekenhuis) toch een beroep op de Zvw gedaan. Gelijktijdig aan formele zorg en ondersteuning kan sprake zijn van informele zorg. Dan doelen we vooral op algemeen toegankelijke voorzieningen en mantelzorg. Dit samenspel is hieronder schematisch weergegeven in onderstaande figuur, waarbij de oppervlakte van de vlakken grofweg correspondeert met de totale uitgaven vanuit de wet voor ouderen in 2016 (voor de Zvw zijn die inclusief medisch-specialistische zorg). Informele zorg is hierop een uitzondering, omdat hier geen kosten aan verbonden zijn. Hieronder lichten we alle drie de wetten kort toe, bekeken vanuit de ouderenzorg.

WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING (WMO)

De Wmo regelt voorzieningen waarmee inwoners zelfstandig kunnen (blijven) functioneren en wonen. De voorzieningen kunnen van allerlei vormen van ondersteuning zijn. Ze zijn niet gericht op het oplossen van een medisch probleem maar wel op het functioneren en participeren (naar mogelijkheden) van de oudere in de samenleving. De rol van financier wordt in de Wmo vervuld door gemeenten. Bij maatwerkvoorzieningen gaan zij eerst na of een oudere een voorziening nodig heeft en zo ja, welke. Die beslissing ligt bij Wmo-consulenten of medewerkers van een sociaal wijkteam.

De onderstaande Wmo-voorzieningen spelen een belangrijke rol in de ouderenzorg. Overigens geven gemeenten op verschillende manieren invulling aan de voorzieningen.

- **Hulp bij huishouden:** Dit is huishoudelijk hulp, zoals het schoonmaken van de woning, voor wie dat niet zelf kan. Veel gemeenten bieden verschillende vormen van hulp bij huishouden van verschillende intensiteit.
- **Hulpmiddelen & woningaanpassingen:** Dit zijn instrumenten in de woning (zoals toiletbeugels, elektrische deuropener) of anderszins (zoals een rolstoel) die activiteiten van ouderen toestaan of veiliger maken³.
- **Maatschappelijk werk:** Maatschappelijk werk biedt kortdurende hulp bij diverse problemen, zoals eenzaamheid, het eigen functioneren of de omgang met naasten. In één of enkele gesprekken wordt samen gekeken naar mogelijke oplossingen.
- **Welzijnswerk:** Waar maatschappelijk werk één-op-één is, is welzijnswerk vaak collectief. Welzijnspartijen organiseren activiteiten gericht op het welbevinden van bepaalde doelgroepen of bieden mogelijkheden aan anderen om deze te organiseren.
- **Dagbesteding:** Dit betreft het in groepsverband begeleiden van ouderen die zelf geen zinvolle dagbesteding hebben. Dit wordt op locatie van de aanbieder gedaan. Dit zijn bijvoorbeeld creatieve of op beweging gerichte activiteiten.

- **Individuele begeleiding:** Dit zijn activiteiten om de zelfredzaamheid van de oudere te bevorderen, zodat die zelfstandig blijft wonen. Voorbeelden zijn ouderen leren omgaan met beperkingen of helpen bij administratie. Individuele begeleiding is altijd één-op-één.

- **Persoonlijke verzorging:** Dit is verzorging van ouderen die ze helpt om ondanks beperkingen te functioneren. Een voorbeeld is ondersteuning van zogeheten 'algemene dagelijkse levensverrichtingen' zoals uit bed komen⁴.

- **Mantelzorgondersteuning:** Mantelzorgers ontvangen advies, doorverwijzing en ondersteuning zodat zij beter in staat zijn om zich bewust te zijn van de valkuilen van mantelzorg en om draagkracht en draaglast in balans te houden.

- **Respijtzorg:** Wanneer mantelzorgers zwaar belast worden, kan dit na een tijd hun draagkracht te boven gaan. Daarom bestaat de mogelijkheid om de oudere voor wie zij zorgen tijdelijk ergens te laten verblijven, zodat mantelzorgers even ontlast worden.

- **Wijkteams:** Veel gemeenten kennen (sociale) wijkteams. Hierin zitten vaak professionals met diverse expertises. Veel wijkteams fungeren als toegang, maar soms helpen ze rechtstreeks door regie te voeren als er sprake is van verschillende voorzieningen in hetzelfde huishouden, of met (korte) begeleiding bij lichte zorgvragen. Dit kan per gemeente verschillen. Elke gemeente heeft een eigen keuze voor de invulling ervan.

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

ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW)

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

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

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

- **Huisartsenzorg:** Eerstelijnszorg voor kleinere medische vraagstukken en doorverwijzing naar meer specialistische vormen van zorg. Vaak heeft een huisartsenpraktijk één of meer praktijkondersteuners van de huisarts (POH). Sommigen hiervan hebben ouderen als specialisatie.

³ Ook de Zvw kent hulpmiddelen, wanneer de beperkingen een medische achtergrond hebben.

⁴ Er is ook Persoonlijke verzorging binnen de Zvw. De Persoonlijke verzorging binnen de Wmo is echter niet gericht op herstel van een medische aandoening

- **Wijkverpleging:** Hieronder vallen verschillen activiteiten die thuis geleverd worden. Het merendeel betreft persoonlijke verzorging (zoals helpen met wassen of aankleden) en verpleging (zoals wondzorg, katheterisatie of toedienen van medicijnen). Daarnaast zijn er wijkgerichte activiteiten gericht op een sociale infrastructuur. Professionals in de wijkverpleging zijn vaak actief als casemanager voor ouderen; het bekendste voorbeeld is de casemanager dementie (CMD).
- **Fysiotherapie:** Deze zorg richt zich op het herstel van fysieke bewegingen, die door een probleem met spieren, botten of gewichten bemoeilijkt worden. Dat kan via verschillende behandelmethoden, zoals lichamelijke oefeningen of massage.
- **Ergotherapie:** Ook ergotherapie is erop gericht om bepaalde handelingen weer mogelijk te maken. Ergotherapie is meer gericht op de interactie tussen persoon en omgeving. In tegenstelling tot fysiotherapie kunnen ook psychische klachten een rol spelen.
- **Hulpmiddelen:** Dit zijn hulpmiddelen die rechtstreeks met een medische aandoening te maken hebben, zoals hoortoestellen voor ouderen met een gehoorbeschadiging of specifieke rollators voor Parkinsonpatiënten.
- **Eerstelijns verblijf (ELV):** Dit is tijdelijke intramurale verblijfszorg gericht op herstel en terugkeer naar de eigen woning. ELV kan ingezet worden als de oudere om medische redenen tijdelijk niet thuis kan wonen of als de oudere uit het ziekenhuis

ontslagen kan worden, maar de vervolghulp nog niet verantwoord thuis geleverd kan worden.

- **Geriatrische revalidatiezorg (GRZ):** Revalidatiezorg voor een oudere die voldoende hersteld is om uit het ziekenhuis ontslagen te worden, maar nog niet voldoende hersteld is om weer thuis te wonen. Het verschil met ELV is dat GRZ altijd een revalidatievraag moet kennen.

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

DE WET LANGDURIGE ZORG (WLZ)

De Wlz geeft recht op zware, langdurige en intensieve zorg. Iemand komt hiervoor in aanmerking als er 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig is om ernstige problemen te voorkomen. De rol van financier wordt binnen de Wlz vervuld door de Rijksoverheid, want de Wlz wordt bekostigd uit de premie volksverzekeringen. Ouderen betalen zelf doorgaans nog een eigen bijdrage. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) verstrekt indicatiestellingen voor de Wlz. De administratieve uitvoering ligt bij regionale zorgkantoren. Wlz-vormen die voor ouderen relevant zijn, omvatten:

- **Intramurale zorg:** Hieronder valt alle intramurale verblijfszorg voor ouderen die voor langere tijd niet

meer zelf thuis kunnen wonen. Een voorbeeld is de verpleeghuiszorg voor dementerende ouderen.

- **Modulair pakket thuis (MPT):** Dit is een verzamelpakket van intensieve zorg thuis door één of meerdere zorgaanbieders. Als onderdeel van een MPT kunnen verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, behandeling, vervoer, huishoudelijke hulp en logeeropvang gefinancierd worden.

Volledig pakket thuis (VPT): Hiermee krijgt de verzekerde alle benodigde vormen van Wlz-zorg thuis geleverd, door één aanbieder. Hiermee kunnen dezelfde vormen van zorg worden gefinancierd als via een MPT en aanvullend het verstrekken van eten en drinken.

COLOFON

AUTEURS

Marian Feitsma en Marise Kaper

DATAVERZAMELING, ANALYSE EN REDACTIE

Martin Bakker, Marian Feitsma, Hesther Frieser,
Marise Kaper, Hermien Maarsingh, Beitske van der Mark,
Jet van der Meer, Marleen Meijer, Pascal Mik, Toke Slaman,
Janine Venema, Yvonne Turenhout, Yvonne van der Weerd

VORMGEVING

Studio Martiene Raven

MET DANK AAN

Geïnterviewde ouders en mantelzorgers, deelnemers
en inleiders werkconferentie Zorgmonitor Groningen
2018 en allen die hebben meegeholpen contact te
leggen met ouders en mantelzorgers

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt
door de Provincie Groningen

SOCIAAL PLANBUREAU GRONINGEN.

Het Sociaal Planbureau Groningen volgt trends en ontwikkelingen in het sociale domein. Met als doel het ondersteunen van het beleid en de praktijk bij de Groningse gemeenten, provincie en maatschappelijke organisaties. Samen met hen werken wij aan een krachtige samenleving. Een samenleving waarin iedereen mee doet.

MET PARTNERS

Onze werkwijze kenmerkt zich door nauwe contacten met inwoners, overheden, maatschappelijke instellingen en kennisinstellingen. Ieder thema heeft een eigen begeleidingscommissie of regiegroep met experts uit het veld op het betreffende thema. Zo weten we wat er speelt en waar het schuurt. Hoewel het planbureau een onafhankelijk kennisinstituut is, wordt een ieder uitgenodigd om een inbreng of bijdrage te leveren aan onze programmering.

MONITOREN EN VERDIEPEN

We monitoren langjarig op de thema's Leefbaarheid, Jeugd en Zorg. Daarnaast doen we verdiepend onderzoek naar actuele onderwerpen binnen het sociale domein. Dat doen we onder andere door het bundelen en ontsluiten van beschikbare informatie. We kijken altijd naar de harde feiten en cijfers én naar de ervaring en beleving van inwoners.

COLOFON

AUTEURS

Marian Feitsma en Marise Kaper

DATAVERZAMELING, ANALYSE EN REDACTIE

Martin Bakker, Marian Feitsma, Hesther Frieser,
Marise Kaper, Hermien Maarsingh, Beitske van der Mark,
Jet van der Meer, Marleen Meijer, Pascal Mik, Toke Slaman,
Janine Venema, Yvonne Turenhout, Yvonne van der Weerd

VORMGEVING

Studio Martiene Raven

MET DANK AAN

Geïnterviewde ouders en mantelzorgers, deelnemers
en inleiders werkconferentie Zorgmonitor Groningen
2018 en allen die hebben meegeholpen contact te
leggen met ouders en mantelzorgers

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt
door de Provincie Groningen





Sociaal Planbureau Groningen
is onderdeel van CMO STAMM