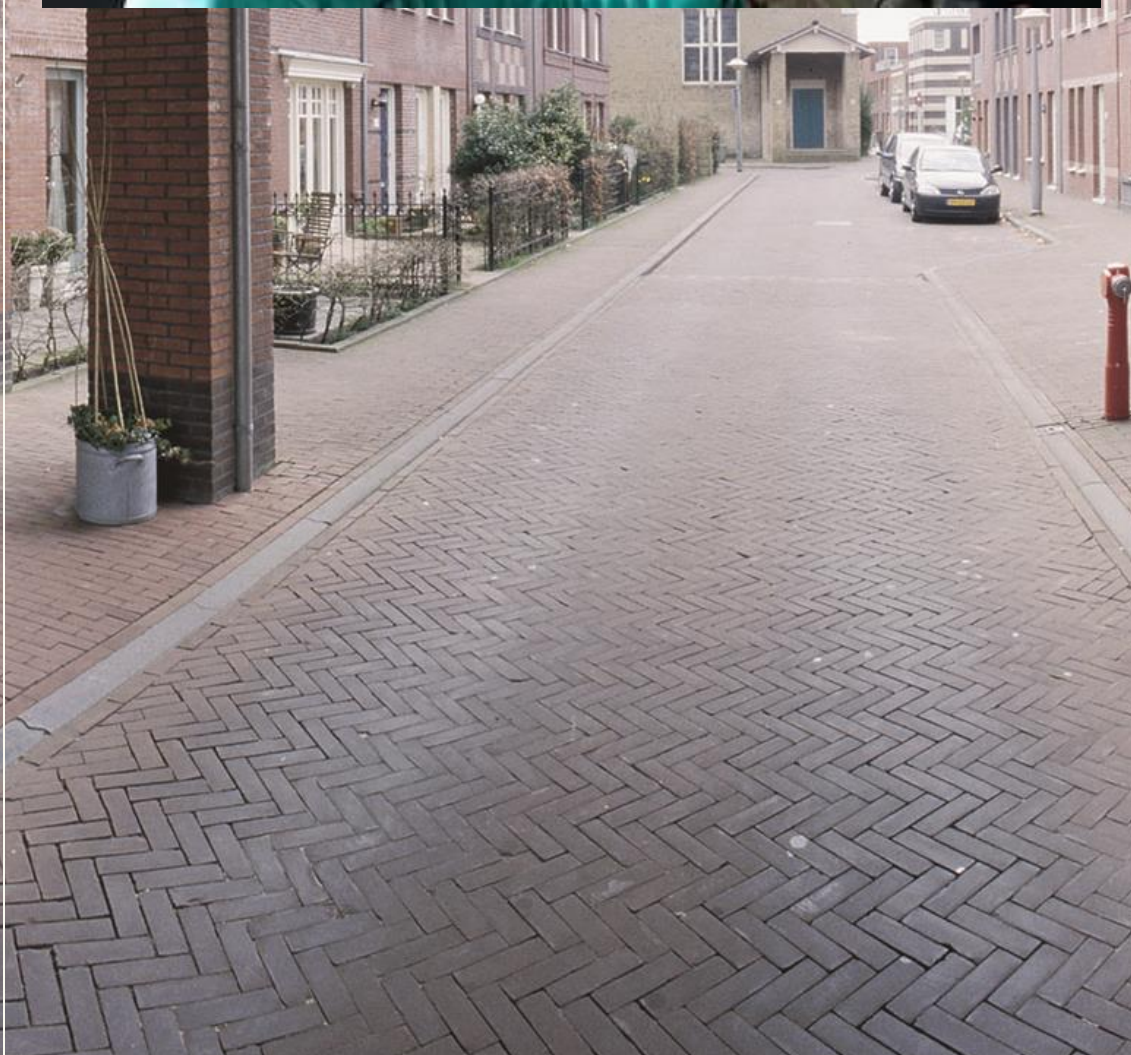


# Randvoorwaarden voor extramuraal wonen bij ZP's VV 01 t/m 04



De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij RIGO. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. RIGO aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Foto voorzijde: RIGO

Inzet: <http://bureauvijftig.blogspot.nl>

EINDRAPPORT

---

# Randvoorwaarden voor extramuraal wonen bij ZZP's VV 01 t/m 04

*Opdrachtgever*

Ministerie van BZK  
DG Wonen en Bouwen

*Auteurs*

Froukje van Rossum  
Kees Leidelmeijer  
Thierry Wever  
Marijke van den Ham

*Rapportnummer*

26670

*Uitgave*

17 maart 2014



# Inhoud

	<b>Samenvatting</b>	<b>1</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Achtergrond	
1.2	Extramuralisering en transitie AWBZ in vogelvlucht	
1.3	Onderzoeksvraag	
1.4	Doel van het onderzoek	
1.5	Analysekader	
1.6	Onderzoeksaanpak	
1.7	Leeswijzer	
<b>2</b>	<b>Doelgroep 1: ZZP 1 Verminderd sociaal redzaam</b>	<b>15</b>
2.1	Omschrijving ondersteuningsvraag	
2.2	Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie	
<b>3</b>	<b>Doelgroep 2a: ZZP 2 Beginnende psychogeriatrische problematiek</b>	<b>19</b>
3.1	Omschrijving ondersteuningsvraag	
3.2	Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie	
<b>4</b>	<b>Doelgroep 2b: ZZP 2 Verzorging bij somatiek</b>	<b>23</b>
4.1	Omschrijving ondersteuningsvraag	
4.2	Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie	
<b>5</b>	<b>Doelgroep 3: ZZP 3 Intensieve verzorging bij somatiek</b>	<b>27</b>
5.1	Omschrijving ondersteuningsvraag	
5.2	Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie	
<b>6</b>	<b>Doelgroep 4a: ZZP 4 Matige psychogeriatrische problematiek</b>	<b>31</b>
6.1	Omschrijving ondersteuningsvraag	
6.2	Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie	

<b>7</b>	<b>Doelgroep 4b: ZZZ 4 Ernstige zintuiglijke beperkingen i.c.m. fysieke beperkingen</b>	<b>37</b>
7.1	Omschrijving ondersteuningsbehoefte	
7.2	Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie	
<b>8</b>	<b>Doelgroep 4c: ZZZ 4 Psychiatrische problematiek i.c.m. fysieke beperkingen</b>	<b>41</b>
8.1	Omschrijving ondersteuningsbehoefte	
8.2	Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie	
<b>9</b>	<b>Aandachtspunten bij de realisering van randvoorwaarden</b>	<b>45</b>
9.1	Ondersteuning	
9.2	Woning	
9.3	Woonomgeving	
9.4	Overige aandachtspunten	
<b>10</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>57</b>
10.1	De arrangementen	
10.2	Mogelijke oplossingen	
10.3	Aanzet voor de opgave	
<b>Bijlage 1</b>	<b>Lijst geïnterviewden</b>	<b>69</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Lijst met afkortingen</b>	<b>71</b>

# Samenvatting

In de langdurige zorg zoals de ouderenzorg (verpleging en verzorging) vinden nu en in de komende jaren enkele ingrijpende wijzigingen plaats. Mensen met lichtere beperkingen krijgen geen indicatie meer voor verblijf in een instelling, maar blijven zelfstandig wonen, al dan niet geclusterd met andere zorgvragers. Dit sluit aan bij de wens van zorgvragers om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen én is nodig voor het betaalbaar houden van de zorg. Aanzienlijke veranderingen in de zorg dus, maar ook op de woningmarkt. Het ministerie van BZK laat de Monitor Investering voor de Toekomst (MIT), die periodiek een beeld geeft van de voortgang van de aansluiting van het aanbod op de vraag naar ouderenhuisvesting, herijken. Dit is aanleiding geweest voor het ministerie om onderzoek te laten doen naar woongedrag van ouderen in de nieuwe situatie van de extramuralisering om het ramingsmodel aan te passen. Het ministerie heeft hiertoe drie deelonderzoeken laten uitvoeren. RIGO is gevraagd kwalitatief onderzoek te doen naar de randvoorwaarden in de woonsituatie om mensen die voorheen een indicatie ZZZP VV<sup>1</sup> 01 t/m 04 kregen, extramuraal te kunnen laten wonen.

In het onderzoek wordt een onderscheid gemaakt in zeven verschillende zorgdoelgroepen:

---

ZZP 1 Verminderd sociaal redzaam

ZZP 2 a. Lichte psychogeriatrische problematiek  
b. Verzorging bij somatiek

ZZP 3 Intensieve verzorging bij somatiek

ZZP 4 a. Matige psychogeriatrische problematiek  
b. Ernstige zintuiglijke beperking i.c.m. ouderdomsbeperkingen  
c. Psychiatrische problematiek i.c.m. ouderdomsbeperkingen

---

Verder is onderscheid gemaakt naar mantelzorgsituatie (inwonende mantelzorger, uitwonende mantelzorger, geen mantelzorger).

Om de randvoorwaarden in beeld te krijgen zijn gesprekken gevoerd met professionals zoals wijkverpleegkundigen, casemanagers dementie, CIZ indicatiestellers, Wmo consulenten, ouderenadviseurs, wachtlijstbemiddelaars van verzorgingshuizen en managers van corporaties met veel seniorenhuisvesting. In het onderzoek is vooral gekeken naar de doelgroepen die voorheen ook echt in een zorginstelling zouden

<sup>1</sup> Zorgzwaartepakket Verpleging en Verzorging

verblijven. Zorgvragers die altijd al andere oplossingen zochten, bijvoorbeeld bij particuliere initiatieven, zijn geen onderdeel van het onderzoek.

Het blijkt dat:

- per doelgroep en mantelzorgsituatie de randvoorwaarden voor extramuraal wonen sterk uiteenlopen. Er is dus niet een standaard “eisen-pakket” voor alle zorgvragers die voorheen een ZP VV 01t/m VV04 zouden hebben gekregen, of zelfs maar voor alle mensen met eenzelfde ZP. Wat nodig is, is sterk afhankelijk van de aard van de achterliggende beperkingen/aandoeningen en de aanwezigheid van mantelzorg.
- Daarnaast blijkt dat de geformuleerde benodigde zorglevering, zoals in de zorgzwaartepakketten besloten ligt, niet 1 op 1 vertaald hoeft te worden naar de extramurale praktijk. Zo blijkt toezicht of voortdurende nabijheid alleen bij een deel van doelgroep 4a nodig te zijn.
- Ook ongeplande zorg is slechts voor een deel van de zorgvragers nodig. Het leveren van ongeplande zorg is overigens al gemeengoed in Nederland. Alleen ongeplande hulp die in zeer korte tijd (binnen 10 minuten) na de alarmmelding moet worden geboden, is nog niet zo gebruikelijk. Deze vorm van zorg is echter slechts bij een beperkt deel van de zorgvragers noodzakelijk (een deel van doelgroep 3 en 4b). Daarbij kan in sommige gevallen de alarmopvolging ook door niet-professionals worden gedaan, bijvoorbeeld als het om niet-lijfsgebonden zorg gaat.
- Er zijn (veel) verschillende mogelijkheden om aan de benodigde randvoorwaarden te voldoen. Dit is afhankelijk van de mogelijkheden van de zorgvrager, diens netwerk en de lokale situatie. Zo kan de voorwaarde “aanspreekpunt” zowel door vrijwilligers als professionals ingevuld worden, afhankelijk van de sociale cohesie, ligging van de woningen, het netwerk van de zorgvrager etc. Een ander voorbeeld is het bereikbaar maken van dagelijkse boodschappen. Dat kan onder andere door het organiseren van een boodschappenbezorgdienst (bijvoorbeeld in overleg met de plaatselijke supermarkt), een vrijwilligersdienst die met de zorgvrager samen boodschappen doet of een mobiele winkel die naar de zorgvrager toe komt. Er is veel variatie en dus lokaal maatwerk mogelijk.
- Fysieke eisen aan de woning zoals nultrede of rolstoelgeschikt gelden alleen bij alleenwonenden van een beperkt aantal doelgroepen. Hierbij geldt dat als aan deze randvoorwaarde niet is voldaan, er dan tenminste compenserende maatregelen nodig zijn om ernstige problemen te voorkomen. Dat betekent dus dat het in die situatie niet onmogelijk is om in een niet-nultredewoning te wonen, maar dat er in elk geval extra inspanningen of maatregelen nodig zijn. Een suboptimale oplossing (b.v. een bed in de woonkamer) kan voor sommige zorgvragers opwegen tegen de voordelen van het blijven wonen in de eigen, vertrouwde woning en buurt. Niet iedereen zal dus kiezen voor verhuizing naar een geschikte(re) woning als de aard van de beperkingen dat logisch zou maken.
- Voor dementerenden is verhuizing naar een fysiek geschiktere woning niet aan de orde, omdat zij door een verhuizing gedesoriënteerd raken en daardoor minder



zelfredzaam worden. Voor deze groep is een verhuizing volgens de deskundigen dan ook alleen wenselijk als dat een verhuizing naar een zorginstelling betreft.

- Er is een doelgroep die aangewezen zal blijven op intramurale zorg (namelijk, een deel van doelgroep 4a). Hiervoor is ook ruimte aangezien ZZP VV 04 slechts voor 50% geëxtramuraliseerd wordt. Een deel van deze doelgroep 4a kan gedurende een bepaalde periode met de benodigde ondersteuning van professionals en mantelzorgers en aanpassingen in de woning, extramuraal blijven wonen. Voor de zorgvragers uit doelgroep 4a die niet over mantelzorgers beschikken, is extramuraal wonen eigenlijk niet mogelijk en is opname noodzakelijk.
- Geclusterd wonen met voorzieningen zoals ontmoetingsruimte of een huismeester kan voor sommige zorgdoelgroepen een goede oplossing zijn, en aantrekkelijk genoeg om naar toe te verhuizen. De komende jaren zal onder invloed van de extramuralisering en het benodigde lokale maatwerk een divers aanbod ontstaan van arrangementen waarbij wonen, zorg en diensten in meer of mindere mate verbonden met elkaar worden aangeboden. Zo zullen sommige verzorgingshuizen leegstaande appartementen gaan verhuren in combinatie met zorg en diensten. Met name voor de alleenwonenden die zonder hulp niet mobiel zijn binnens- of buitenshuis (zoals doelgroep 3 en 4b) kan dit een alternatief bieden.

De uitkomsten van het onderzoek ondersteunen in grote lijnen het ingezette beleid van extramuralisering. Er is immers maar een beperkte groep te extramuraliseren ouderen waar voortdurend toezicht voor nodig is. Alleen de randvoorwaarde alarmopvolging binnen 10 minuten vraagt om ingrijpende specifieke maatregelen om dat mogelijk te maken. Voor alle andere groepen blijken de randvoorwaarden voor extramuraal wonen redelijk haalbaar. Dat daar in sommige gevallen nog wel het een en ander voor moet worden geregeld, is ook een uitkomst van het onderzoek. Een deel van de ouderen heeft voldoende inkomen en/of vermogen om zelf een en ander te regelen. Een ander deel zal (moeten) verhuizen naar een woning nabij een mantelzorger, naar een woning met meer voorzieningen in de buurt of naar een woning met een huismeester. De opgave voor wat betreft de fysieke kant (het "wonen") is beperkt. Het gaat er vooral om de juiste ondersteunende voorzieningen zoals respijtzorg, ontmoeting of een snelle alarmopvolging toegankelijk en waar nodig in samenhang met elkaar aan te bieden, en eventueel aanvullende randvoorwaarden of alternatieven op maat te realiseren.



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

In de langdurige zorg vinden nu en in de komende jaren enkele ingrijpende wijzigingen plaats. De achtergrond van de wijzigingen is dat wat nu onder de AWBZ valt, uitsluitend voorbehouden wordt aan mensen met zware en complexe zorgvragen. Mensen met lichtere beperkingen krijgen geen indicatie meer voor verblijf in een instelling (intramurale zorg), maar moeten zo zelfstandig mogelijk en met de inzet van zo mogelijk minder zware of gespecialiseerde zorg extramuraal (letterlijk: buiten de muren van een instelling) gehuisvest worden, al dan niet geclusterd met andere zorgvragers.

De eigen kracht en eigen mogelijkheden van zorgvragers en hun netwerk worden hierbij nadrukkelijk aangesproken. Afhankelijk van de specifieke zorgvragen en kenmerken van (sub)doelgroepen is aangepaste huisvesting of een aangepaste woonomgeving noodzakelijk. De ouderen zijn in de langdurige zorg in omvang de grootste doelgroep en door de vergrijzing neemt die omvang verder toe.

De ontwikkeling van extramuralisering is noodzakelijk voor het betaalbaar houden van de zorg, maar sluit daarnaast ook aan bij de veranderde woonwensen van zorgvragers. Zij wensen zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen, en deze wens zien we terug bij alle typen zorgvragers. Voor ouderen geldt dat zij dat ook steeds meer kunnen omdat zij vaker in geschikte huisvesting wonen of in de positie zijn om deze geschikt te maken. Aanzienlijke veranderingen in de zorg dus, maar ook op de woningmarkt.

## 1.2 Extramuralisering en transitie AWBZ in vogelvlucht

De lagere zorgzwaartepakketten worden geëxtramuraliseerd. Dat houdt in dat deze ZZP's niet meer worden geïndiceerd voor nieuwe zorgvragers. Zorgvragers die al een indicatie hebben, behouden deze voor zover nu bekend. Vooral nog ziet de planning van de extramuralisering er als volgt uit:

**Tabel 1** *Extramuralisering ZZP's VV nieuwe zorgvragers vanaf 23 jaar*

2013	2014	2015	2016
VV 1 en 2	VV 3		50% VV 4

De zorgvragers die geen ZZP meer krijgen, wonen extramuraal met zorg aan huis, al dan niet in een aangepaste woning of speciale woonvorm. De aanwezigheid van een goede infrastructuur voor extramuraal wonen is uiteraard belangrijk. Extramuraal begeleiding gaat per 2015 van de AWBZ over naar de Wmo. Persoonlijke verzorging

gaat dan grotendeels over naar de Zorgverzekeringswet. Kortdurend verblijf valt vanaf 2015 onder de Wmo, behalve voor zorgvragers met complexe/intensieve zorgvragen.

Naast de ontwikkeling van extramuralisering spelen bezuinigingen. Zo is de overheveling van het budget voor extramurale begeleiding gepaard gegaan met een korting van 25%. Er zullen in de toekomst dus meer mensen met een zorgvraag zelfstandig wonen. Op extramurale zorg wordt echter bezuinigd. Met “de kanteling” wordt ingezet op een grotere rol voor de zorgvrager en diens eigen netwerk bij het beantwoorden van de hulpvraag.

### 1.3 Onderzoeksvraag

Het ministerie van BZK laat de Monitor Investing voor de Toekomst (MIT), die periodiek een beeld geeft van de voortgang van de aansluiting van het aanbod op de vraag naar ouderenhuisvesting, herijken. Dit is aanleiding geweest voor het ministerie om onderzoek te laten doen naar woongedrag van ouderen in de nieuwe situatie van de extramuralisering om het ramingsmodel aan te passen. Het ministerie heeft hier toe drie deelonderzoeken laten uitvoeren.

- A. *Aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan in de woonsituatie om mensen die voorheen een indicatie ZZP VV 01 t/m 04 kregen, extramuraal te kunnen laten wonen?*
- B. Wat zijn de kansen dat ouderen (naar relevante kenmerken) naar een voor ouderen bestemde woonvorm vragen?
- C. Welke afwegingen maken verschillende groepen ouderen om wel of niet naar een speciaal voor ouderen bestemde woonvorm te verhuizen?

Het voorliggende onderzoek betreft deelonderzoek A.

### 1.4 Doel van het onderzoek

Niet iedereen met een zorgvraag waarvoor in principe verblijf geïndiceerd wordt/werd, kiest voor intramuraal wonen. Indien de juiste randvoorwaarden aanwezig zijn om zorg thuis of in een andere zelfstandige woning te organiseren, dan kiezen zorgvragers (en hun omgeving) er veelal voor dat de zorgvrager zelfstandig blijft wonen, ook al is er sprake van een ernstige of complexe zorgvraag.

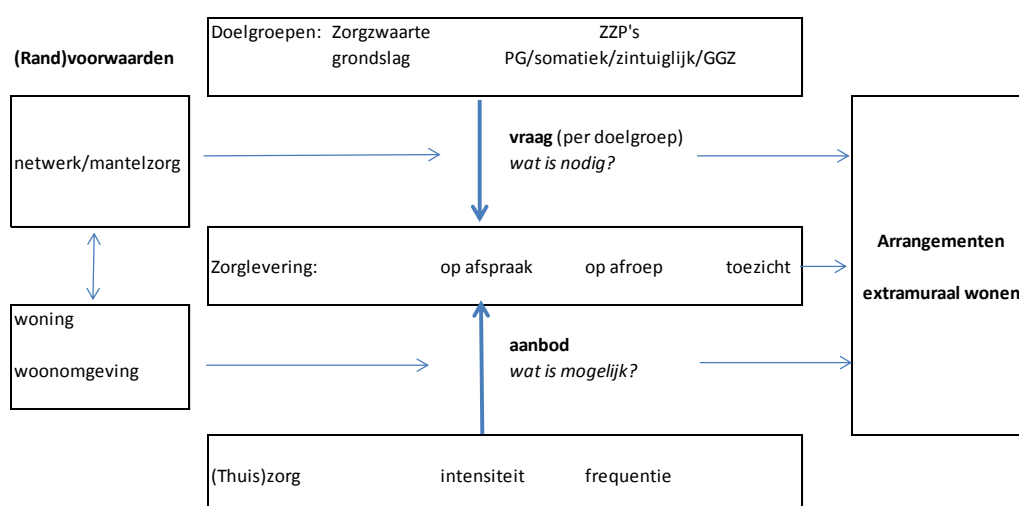
In dit onderzoek is geprobeerd te achterhalen wat deze randvoorwaarden zijn en hoe deze zodanig geoptimaliseerd kunnen worden dat ook de typen zorgvragers, die voorheen intramuraal gingen wonen met een zorgzwaartepakket Verpleging en Verzorging (ZZP VV) 01 t/m 04, extramuraal kunnen blijven wonen. In het onderzoek is ook nagegaan hoe deze factoren en randvoorwaarden met elkaar samenhangen bij de verschillende doelgroepen.

### 1.5 Analyse kader

Het volgende analysekader is ontwikkeld om het onderzoek te structureren (zie Figuur 1 voor een schematische weergave).

De doelgroepen zijn getypeerd volgens de huidige ZZP– systematiek en zijn daarna verder gepreciseerd naar type problematiek en de benodigde zorglevering. De beschikbaarheid van een (sociaal) netwerk beïnvloedt deze vraag. Het derde element in het analysekader betreft een verdere uitwerking en verkenning van de (grenzen van de) aanbodkant: wat kán worden geboden aan zorg en ondersteuning? Er zou verwacht mogen worden dat de aanwezigheid van een bepaalde zorginfrastructuur van invloed is op de leveringsmogelijkheden.

**Figuur 1 Analyse kader**



De confrontatie van vraag en (grenzen aan) het aanbod heeft per doelgroep een beeld opgeleverd van de randvoorwaarden die worden gesteld aan ondersteuning, huisvesting en woonomgeving en de mate waarin daarin kan worden voorzien vanuit het huidige aanbod (en dus ook voor welke doelgroepen en in welke omstandigheden dat niet eenvoudig kan).

De uitkomst is een beschrijving van de randvoorwaarden, vertaald in woonzorgarrangementen (combinatie huisvesting, woonomgeving en benodigde zorg, diensten en infrastructuur) per doelgroep (hoofdstukken 2 t/m 8, eindoverzicht in hoofdstuk 10).

In de volgende paragrafen worden de onderdelen verder toegelicht.

### 1.5.1 Doelgroepen

De doelgroepen zijn ingedeeld naar zorgzwaartepakket. Bij sommige zorgzwaartepakketten zijn meerdere subdoelgroepen. In totaal worden zeven doelgroepen onderscheiden.

#### 1. ZZP VV 01: zorg op afspraak en op afroep. Omschrijving cliëntgroep:

Enige begeleiding nodig bij sociale redzaamheid, zoals nemen van besluiten, huishoudelijke taken of deelname aan maatschappelijk leven. ADL zelfstandig, soms behoefte aan hulp bij kleine verzorgingstaken zoals nagels knippen. Qua

mobilititeit meestal zelfstandig. Er kan sprake zijn van eenzaamheidsproblematiek. Geen gedragsproblematiek.

2. ZP VV 02: zorg op afspraak en op afroep. Omschrijving cliëntengroepen:
  - a. Beginnende psychogeriatrische problematiek. Hierdoor ontstaat een beginnend verlies van de regie over het eigen leven. Door problemen met denken, geheugen en concentratie is er behoefte aan toezicht, hulp en begeleiding (dagelijks).
  - b. Somatische problematiek. Veel zorgvragers uit deze doelgroep bewegen zich voort met een rollator. Dagelijks behoefte aan begeleiding en verzorging. Soms is hulp nodig bij mobiliteit. Er kan ook sprake zijn van een tijdelijke zorgbehoefte zoals bij herstel na een ziekenhuisopname.
3. ZP VV 03: voortdurend in de nabijheid. Omschrijving cliëntgroep:

Somatische problematiek. Hulp nodig bij ADL, mobiliteit binnenshuis (transfers). Er is sprake van intensieve verzorging en verpleegkundige aandacht in geval van chronische ziekte. Geen gedragsproblematiek of psychogeriatrische problematiek.
4. ZP VV 04: voortdurend in de nabijheid. Omschrijving cliëntgroepen:
  - a. Matig dementieel syndroom. Behoefte aan intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging. Hulp nodig bij cognitieve functies zoals oriëntatie, geheugen en denken. Toezicht en sturing nodig bij ADL. Er kan gedragsproblematiek zijn.
  - b. Ernstige zintuiglijke beperkingen in combinatie met fysieke beperkingen, zoals doof en/of blind op latere leeftijd. Er is veel hulp nodig bij de zelfredzaamheid op allerlei gebieden: ADL, mobiliteit, deelname aan maatschappelijk leven etc.
  - c. Langdurige psychiatrische problematiek in combinatie met ouderdomsbeperkingen. Naast de psychiatrische problemen is er behoefte aan verzorging, hulp bij ADL, verpleegkundige zorg etc. Er kan gedragsproblematiek zijn.

Bij ZP VV 04 worden heel soms ook mensen geïndiceerd met een verstandelijke beperking. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mensen die voorheen met hun (normaal begaafde) partner woonden. Bij het wegvallen van deze partner blijkt dat de degene die achterblijft zich niet zelf kan redden. Afhankelijk van de problematiek die de bovenvoert, wordt een grondslag voor V&V dan wel VG bepaald. Omdat deze subdoelgroep erg klein is en we in de interviews te weinig respondenten vonden die iets over deze zorgvragers konden zeggen, is deze groep buiten beschouwing gelaten.

### **Afbakening**

De huidige verpleeg- en verzorgingshuizen worden niet uitsluitend bewoond door mensen met een indicatie voor Verpleging en Verzorging. Ook de grondslagen LG (lichamelijke beperking) en GGZ (psychiatrische problematiek) komen voor. Waar deze

doelgroepen in de interviews naar voren komen als ouderen die tot 2013 een indicatie voor verblijf kregen, zullen ze worden benoemd. Het onderzoek richt zich in eerste instantie echter op de gevolgen van de extramuralisering voor de VV. Ten tweede is van belang dat niet alleen ouderen een indicatie voor VV kunnen krijgen. Het kan ook gaan om mensen met een chronische aandoening jonger dan 65 jaar. Zo is 6% van de mensen met een ZP VV vanwege een somatische aandoening, jonger dan 65 jaar<sup>2</sup>. Ook deze groep is onderdeel van het onderzoek.

### 1.5.2 Benodigde zorglevering (vraagkant)

Er worden in het onderzoek drie typen van zorglevering onderscheiden:

1. Op afspraak
2. Op afroep
3. Voortdurende nabijheid.

Ouderen met zorgvragen die op vaste tijden kunnen worden beantwoord of waarbij de zorgvraag uitgesteld kan worden tot het moment dat de zorgmedewerker langskomt, kunnen “op afspraak” worden bediend.

Bij zorgvragen die op een niet vooraf vast te stellen moment spelen en die niet uitgesteld kunnen worden, is er “zorg op afroep” nodig. De zorgvrager geeft zelf een hulpoproep of er wordt via toezichthoudende domotica opgemerkt dat zorg nodig is, bijvoorbeeld via een (niet-)bewegingsmelder of uitluistersysteem.

Ouderen die zorg in de voortdurende nabijheid nodig hebben, moeten altijd direct op een zorgverlener terug kunnen vallen. Zij kunnen zelf om hulp vragen maar er is ook een vorm van (actief) toezicht nodig.

In de ZP systematiek is de zorglevering gedefinieerd.<sup>3</sup> Voor ZP 1 en 2 volstaat zorg op afspraak en zorg op afroep, voor ZP 3 en 4 is volgens het zorgzwaartepakket nabijheid van zorg benodigd, waarin ook een vorm van toezicht besloten ligt. In het onderzoek is voor de diverse subdoelgroepen verkend waarvoor zorg op afroep dan wel nabijheid en/of toezicht nodig is. Bij behoefte aan nabijheid/toezicht wordt ingezoomd op welke vorm van toezicht nodig is, hoe men de noodzakelijkheid ervan beoordeelt en welke mogelijke alternatieven er zijn.

### 1.5.3 Beschikbaarheid mantelzorg

Mantelzorgers geven vanwege een persoonlijke band zorg aan iemand uit hun omgeving. De beschikbaarheid van mantelzorg heeft invloed op de feitelijke zorgvraag en geldt als een belangrijke succesfactor bij zelfstandig wonen. Bij zorgvragen die om nabijheid/toezicht vragen is een inwonende mantelzorger, zoals een gezonde partner of ander familielid, heel belangrijk<sup>4</sup>. Voor zorgvragen waarbij kan worden volstaan

<sup>2</sup> Afgeleid uit CIZ basisrapportage AWBZ 1-1-2013.

<sup>3</sup> Zorgzwaartepakketten sector V&V, 2012. NZA/HHM

<sup>4</sup> Zie bijvoorbeeld Quick scan mantelzorgwoningen. RIGO, 2010.

met zorg op afroep, zal de beschikbaarheid van uitwonende mantelzorgers vermoedelijk veelal voldoende zijn.

Uit onderzoek blijkt dat ruim 8% van de volwassenen in Nederland zowel langdurig als intensieve mantelzorg biedt en dat het aantal overbelaste mantelzorgers en het aantal oudere mantelzorgers toeneemt<sup>5</sup>. De meeste mantelzorgers bieden begeleiding en emotionele steun of toezicht. Ruim een kwart biedt echter ook persoonlijke verzorging en eveneens ruim een kwart verpleegkundige hulp. Inwonende mantelzorgers leveren de meeste uren mantelzorg (zie tabel 2).

**Tabel 2 Sociale relatie en gemiddeld aantal uren mantelzorg**

Sociale relatie	Gemiddeld aantal uren mantelzorg per week
Partner	45 uur
(schoon)ouders	16 uur
Andere familie	10 uur
Vrienden/kennissen	10 uur
(Stief/pleeg)kind	37 uur

Bron: SCP, 2009

De beschikbaarheid van mantelzorg zal tot 2013 veelal een belangrijke (zo niet doorslaggevende) factor zijn geweest bij de keuze 'wel of niet verblijven in een zorginstelling' en het aanvragen van een bijbehorend zorgzwaartepakket. Daarbij gaat het uiteraard over draagkracht en draaglast. De draaglast voor mantelzorgers is zwaarder bij zorgvragers met aandoeningen die het denken aantasten dan bij lichamelijke aandoeningen. Daarbij geldt ook dat mensen met lichamelijke aandoeningen (langer) zelf de regie over hun eigen leven kunnen voeren en zelf tijdig aan kunnen geven wanneer zij hulp nodig hebben dan mensen met psychogeriatrische aandoeningen.<sup>6</sup>

De aanwezigheid van een sociaal netwerk van waaruit mantelzorg wordt verleend is daarom een belangrijk aspect bij de vraag of een zorgvrager zelfstandig kan blijven wonen en welke aanvullende voorwaarden nodig zijn. Wij maken in het onderzoek een onderscheid naar:

1. Inwonende mantelzorger: aanwezigheid van een gezonde partner
2. Uitwonende mantelzorger(s): mantelzorg door familie, vrienden of buren
3. Geen mantelzorg

In het onderzoek zijn ook voorwaarden voor het goed functioneren van mantelzorg opgetekend (hoofdstuk 9).

<sup>5</sup> Bron: Mantelzorg uit de doeken, SCP, 2010.

<sup>6</sup> Bron: Haalbaarheidsstudie logeervervoorziening Bunnik. RIGO, 2012.



#### 1.5.4 De mogelijkheden van zorglevering (aanbodkant)

**Zorg op afspraak** wordt door thuiszorgmedewerkers geleverd. In het onderzoek is nagegaan tot welke intensiteit (aantal uur) en met welke frequentie (aantal maal per dag) deze zorg ongeacht de locatie van de woning geleverd kan worden bij de huidige tarieven. De grenzen van de zorg - zoals die nu wordt gefinancierd - zijn daarmee in beeld gebracht. Reistijd van zorgverleners wordt meestal deels in mindering gebracht op de beschikbare "zorgtijd". Zorgorganisaties krijgen immers geen afzonderlijke vergoeding voor reistijd. Voor het beperken van reisafstand en daarmee het efficiënt inzetten van zorg zal het op enig moment niet meer mogelijk zijn voldoende en adequate zorg te leveren. Dan kan het voor de zorgvrager voor het ontvangen van deze zorg noodzakelijk zijn om te verhuizen naar een woning geclusterd met andere zorgvragers. Bij eventuele toekomstige veranderingen in de tarieven zullen de grenzen mogelijk meeschuiven.

**Zorg op afroep** wordt geleverd voor zorg die niet vooraf kan worden ingepland. Hierbij kan de frequentie uiteenlopen van enkele malen per jaar tot enkele malen per dag. Ook voor zorg op afroep zijn de grenzen van de aanbodkant geïnventariseerd: tot welke intensiteit (aantal uur) en met welk frequentieniveau (aantal maal per dag) kan deze zorg geleverd worden, en wat zijn voorwaarden zijn om voor tijdige alarmopvolging te kunnen zorgen.

Bij ZP 3 en 4 staan de leveringsvoorwaarden omschreven als "voortdurend in de nabijheid". In intramurale zorginstellingen kan 24-uurszorg worden geboden waarbij de **zorg voortdurend in de nabijheid** aanwezig is. Hierdoor ontstaat een automatische vorm van toezicht.

#### 1.5.5 Woningkenmerken

In het onderzoek zijn we op zoek gegaan naar de kenmerken van woningen die maken dat men zelfstandig kan blijven wonen. De woning dient geschikt te zijn voor bewoning door de zorgvrager (en een eventuele partner). Voor elke (sub)doelgroep gelden andere vereisten, bijvoorbeeld rond:

- toegankelijkheid
- indeling
- grootte
- beveiliging (bijvoorbeeld kookbeveiliging).

#### 1.5.6 Woonomgeving

In het onderzoek is nagegaan welke aspecten in de woonomgeving van belang zijn en voor welke doelgroepen:

- Kwaliteit van woonomgeving zelf: b.v. verkeersveiligheid, rolstoeltoegankelijkheid etc.
- beschikbaarheid en toegankelijkheid van verschillende voorzieningen zoals:
  - Eerstelijnszorg (huisarts, fysiotherapeut, apotheek);

- Haaldiensten, zoals een open eettafel, activiteiten, ontmoeting en informatie en advies;
  - Brengdiensten zoals (professionele) alarmopvolging, maaltijdbezorging, klusdienst, tuinonderhoud, boodschappendienst, hulp bij thuisadministratie, ouderenadviseur, aangepast vervoer en bibliotheek aan huis. Domoticatoepassingen kunnen een rol spelen bij het ontsluiten van deze voorzieningen;
  - Gemeenschappelijke ruimte;
  - Huismeester;
  - Receptie;
  - Kamers of bedden waar verpleging mogelijk is.
- Beschermende/beschutte woonomgeving. De term wordt vaak gebruikt, maar zelden geoperationaliseerd. In dit onderzoek hebben we expliciet nagevraagd welke elementen een beschutte of beschermende woonomgeving moet hebben wil deze de betreffende de zorgvrager “beschermen/beschutten” tegen de buitenwereld.

Clustering van woningen kan nodig zijn om de huur van een gemeenschappelijke ruimte op te brengen, om haaldiensten te bieden zoals een activiteitenprogramma of een eetpunt, om voldoende schaal te creëren voor het efficiënt inzetten van brengdiensten (beperken reisafstand), om voldoende nabijheid te creëren voor het bieden van garandeerde snelle alarmopvolging en het kan ook een vorm van bescherming/beschutting bieden. De combinatie van noodzakelijke randvoorwaarden maken dat een bepaalde infrastructuur wel of niet nodig is. Zo kan “geclusterd wonen met ontmoetingsvoorziening” een oplossing zijn voor sommige zorgvragers. Het onderzoek richt zich niet op het benoemen van de oplossingen, maar op het benoemen van de elementen (randvoorwaarden) die binnen de oplossingen aanwezig moeten zijn.

Het alternatief voor nabijheid is vervoer. In het onderzoek is nagegaan voor welke zorgvragers nabijheid van voorzieningen meer zelfredzaamheid en minder afhankelijkheid van anderen brengt.

## 1.6 Onderzoeksaanpak

Er hebben ruim twintig face-to-face-interviews plaatsgevonden met sleutelfiguren, verspreid over het land en stedelijk/landelijk gebied. Ongeveer driekwart van de geïnterviewden is geselecteerd omdat zij goed zicht hebben op de thuissituatie en zorgvragen van ouderen. De overigen hebben vanuit hun specifieke expertise zoals ouderenhuisvesting, zelfzorg en eigen regie en domotica in woonzorgcomplexen relevante informatie kunnen toevoegen. In bijlage 1 is de lijst van geïnterviewde personen opgenomen.

De interviews hebben plaatsgevonden in november en december 2013. Dat betekent dat in de interviews ook de ervaringen met de extramuralisering van ZZP 1 en 2 zijn meegenomen. Deze ZZP's zijn immers vanaf 2013 geëxtramuraliseerd. Voor de extramuralisering van ZZP 3 en 4 geldt een latere invoeringstermijn. Hiermee is nog geen

ervaring opgedaan. Wel zijn er mensen met soortgelijke zorgvragen die ervoor kiezen om extramuraal te wonen. De geïnterviewden hebben op basis van deze ervaringen en deels op basis van expertise inschattingen gemaakt van de noodzakelijke randvoorwaarden.

## **1.7 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 t/m 8 worden de 7 doelgroepen, hun ondersteuningsvraag en de randvoorwaarden om extramuraal te kunnen blijven wonen omschreven. Er wordt per doelgroep omschreven welke hulp zij nodig hebben. Deze hulp kan echter vaak op verschillende manieren worden geboden: er is meestal niet één geschikte oplossing.

In de gesprekken zijn verschillende aandachtspunten naar voren gekomen bij de organisatie van de voorwaarden van het extramuraal wonen. Deze komen in hoofdstuk 9 aan de orde. In hoofdstuk 10 sluiten we af met conclusies en aanbevelingen. Hierin zijn de randvoorwaarden zoals benoemd in de hoofdstukken 2 t/m 8 verder gefilterd naar noodzakelijkheid.



## 2 Doelgroep 1: ZZP 1 Verminderd sociaal redzaam

### 2.1 Omschrijving ondersteuningsvraag

Het gaat om mensen met lichte ondersteuningsvragen. Dit ZZP werd niet vaak geïndiceerd (6% van het aantal indicaties ZZP VV in 2010 en 4% begin 2012).<sup>7</sup> Het werd vooral aan mensen zonder partner gegeven (sociale indicatie), aldus een van de geïnterviewden. Vanuit een gevoel van onzekerheid en angst zijn deze ouderen in een verzorgingshuis gaan wonen. Sommigen lopen met een rollator. Zij zijn echter in grote mate zelfredzaam. Er is bijvoorbeeld geen hulp nodig bij wassen en aankleden. Ondersteuning is nodig in de vorm van een oogje in het zeil houden en begeleiden bij. Het overnemen van taken is niet aan de orde. Vanwege het ontbreken van de kracht is soms wel hulp nodig bij het aantrekken van steunkousen.

Wat betreft zorgvragen gaat het om planbare zorg: huishoudelijke hulp, toezicht op medicatiegebruik, hulp bij administratie en andere zaken zoals hulp bij boodschappen als het slecht weer is of in sommige specifieke situaties vervoer. Ook voor kleine klusjes in huis is vaak hulp nodig. Hiervoor geldt dat een (inwonende) mantelzorger deze hulp zou kunnen bieden. Wanneer deze vorm van hulp er niet is binnen het netwerk van de zorgvrager, dan moet dit op andere wijze georganiseerd worden. Verder heeft deze doelgroep behoefte aan advies, informatie en voorlichting, bijvoorbeeld over hoe de woning zo veilig mogelijk in te richten.

Zorg op afroep (onplanbare zorg) is alleen van toepassing voor alarmering. Voor zorgvragers die alleen wonen, kan het prettig zijn om als voorzorgsmaatregel gebruik te maken van een vorm van personenalarmering. Via een hals- of polszender kan men een alarmmelding uitzenden, bijvoorbeeld als men is gevallen. De melding kan binnenkomen bij een professional of bij een mantelzorger.

Deze doelgroep heeft wel een bepaalde kwetsbaarheid, waardoor het met name voor alleenwonenden prettig is om op iemand terug te kunnen vallen. Ervaringen die stressvol zijn, kunnen leiden tot paniek en onrust, die zich vervolgens ook naar andere levensgebieden kunnen uitbreiden. Hierdoor wordt men minder zelfredzaam. Om dat te voorkomen is een vertrouwd aanspreekpunt belangrijk. Dat kan een buurvrouw of familielid zijn, een buurtcontactpersoon maar ook een huismeester met een sociale functie. Bij een zwak sociaal systeem zou de zorgvrager regelmatig gezien moeten worden door een ouderenadviseur of maatschappelijk werker.

Diverse geïnterviewden geven aan dat mensen uit deze doelgroep te snel worden "afgeschreven". Deze ouderen hebben nog voldoende potentie om zich in te zetten voor anderen, bijvoorbeeld als vrijwilliger. Dat is ook belangrijk voor hun gevoel van eigenwaarde en daarmee kwaliteit van leven, aldus een geïnterviewde.

<sup>7</sup> Bron: CIZ Kwartaalmonitor indicatiemelding, 4<sup>e</sup> kwartaal 2011.

## **2.2 Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie**

### **2.2.1 Woning**

De woning moet geschikt zijn voor bewoning door de zorgvrager. Bij alleenwonenden is dat belangrijker dan bij mensen die nog met een partner wonen. Een gelijkvloerse woning is fijn, maar niet voor alle zorgvragers noodzakelijk. Verder moet de woning zijn ingericht op veiligheid: losliggende kledjes verwijderen, een lamp plaatsen bij de voordeur et cetera. Afhankelijk van de fysieke conditie van de zorgvrager zijn aanpassingen en hulpmiddelen in de badkamer nodig, zoals een douchestoel en beugels.

### **2.2.2 Woonomgeving**

Deze doelgroep kan nog goed zelfstandig in de wijk wonen. Geclusterd wonen in een seniorencomplex of aanleunwoning is fijn, maar niet noodzakelijk. Bovendien kan daarbij – afhankelijk van het type medebewoners - als nadeel gelden dat er minder mantelzorg vanuit burens beschikbaar is omdat zij zelf beperkingen hebben en het tijd kost om een relatie op te bouwen waarbinnen eventuele mantelzorg wordt gegeven. Daarbij zal een eventuele hogere huur (zie ook hoofdstuk 9) een drempel zijn om te verhuizen.

De woonomgeving moet dermate sociaal veilig en verkeersveilig zijn dat zorgvragers uit doelgroep 1 zich hier zelfstandig kunnen begeven, ook 's avonds, aldus de geïnterviewden. Het gaat dan bijvoorbeeld om goede verlichting, autoluwe straten, stroeve bestrating (i.v.m. gladheid), rollatorhellingen en banken met overkapping. Ook een zekere sociale levendigheid is wenselijk.

Omdat zorgvragers ook zonder begeleiding naar buiten gaan, moet de woonomgeving ook bij zorgvragers met inwonende mantelzorgers, geschikt zijn voor zorgvragers.

Haaldiensten zoals winkels, een eetpunt, ontmoeting, activiteiten, open inloop voor informatie (ook voor mantelzorger) en openbaar vervoer moeten bereikbaar zijn. Een afstand van maximaal 1 km wordt hierbij door verschillende geïnterviewden genoemd. Dit wordt belangrijker naarmate mensen minder mantelzorg hebben. Een gemeenschappelijke ruimte in een complex werkt voor alleenwonenden goed tegen eenzaamheid. Daarmee wordt een ontmoetingsmogelijkheid zeer nabij de woning geboden.

Verder is een nabij aanspreekpunt/iemand op wie je terug kan vallen belangrijk voor mensen die dat niet binnen hun netwerk hebben. Een huismeester vervult deze functie in complexen. Als deze een wijkfunctie zou hebben, dan is het wel van belang dat de ouderen de huismeester kennen, anders is er een drempel. Daarnaast is het voor sommige alleenwonenden een geruststelling als er een systeem is waarbij wordt opgemerkt als er iets aan de hand is, anders dan de personenalarmering. In complexen zijn daarvoor soms fysieke oplossingen, zoals een schuifje bij de deur dat aangeeft dat er die dag activiteit in de woning is geweest en dus dat alles in orde is. Een andere oplossing is een telefooncirkel, waarbij ouderen elkaar altijd op een vast tijdstip elke morgen bellen. Dit heeft naast veiligheidsfunctie ook een belangrijke sociale functie.

### 2.2.3 Belangrijkste randvoorwaarde

Een sociale omgeving die ondersteuning, een aanspreekpunt en wat toezicht biedt, is belangrijker dan de toegankelijkheid van de woning. De rol van burens en anderen in de directe omgeving is voor alleenwonenden erg belangrijk.

### 2.2.4 Samenvatting

**Tabel 3 Randvoorwaarden extramuraal wonen doelgroep 1 naar de beschikbaarheid van mantelzorg**

	Inwonende mantelzorg	Uitwonende mantelzorg	Geen mantelzorg
<b>Ondersteuningsvraag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatie en advies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatie en advies</li> <li>- Afhankelijk van wat mantelzorger biedt: hulp bij huishouden, administratie, medicijngebruik, kleine klusjes</li> <li>- Alarmering als voorzorgsmaatregel kan gewenst zijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatie en advies</li> <li>- Hulp bij huishouden, administratie, medicijngebruik, kleine klusjes</li> <li>- Alarmering als voorzorgsmaatregel kan gewenst zijn</li> <li>- Iemand om op terug te vallen/ laagdrempelig aanspreekpunt</li> <li>- Vinger aan de pols</li> </ul>
<b>Woning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veilig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veilig en geschikt</li> <li>- Gelijkvloers fijn, maar verhuizen weegt soms niet op tegen hogere huur en wegvallen mantelzorg burens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veilig en geschikt</li> <li>- Gelijkvloers fijn, maar hogere huur kan drempel zijn.</li> </ul>
<b>Woonomgeving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociaal en verkeersveilig</li> <li>- Haaldiensten binnen 1 km</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociaal en verkeersveilig</li> <li>- Haaldiensten binnen 1 km</li> <li>- Aanspreekpunt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociaal en verkeersveilig</li> <li>- Haaldiensten binnen 1 km</li> <li>- Aanspreekpunt</li> <li>- Ontmoeting zo nabij mogelijk</li> <li>- Systeem voor dagelijkse check</li> </ul>





# 3 Doelgroep 2a: ZZP 2 Beginnende psychogeriatrische problematiek

## 3.1 Omschrijving ondersteuningsvraag

Diverse geïnterviewden geven aan dat de doelgroep mensen met beginnende psychogeriatrische problemen ook in de huidige praktijk geen indicatie voor verblijf aanvraagt/krijgt voor ZZP 2. Zodra er vanwege psychogeriatrische problemen behoefte is aan verblijf, dan wordt dit geïndiceerd met een ZZP 4. Omdat de doelgroep 'mensen met beginnende PG' wel als voorloper van doelgroep 4a van belang is, beschrijven we de randvoorwaarden ook voor deze doelgroep.

Het gaat om mensen met beginnende psychogeriatrische problemen, waarvan de uitingsvormen divers kunnen zijn (zie ook hoofdstuk 6). Vaak is toezicht nodig op inname van voldoende eten en drinken, omdat een prikkel voor honger of dorst veelal ontbreekt. Onder begeleiding boodschappen doen kan nodig zijn. In elk geval is sturing nodig. Autorijden kan in sommige gevallen nog in de beginfase. Verder is huishoudelijke hulp nodig, hulp/toezicht bij de persoonlijke verzorging en toezicht op medicatiegebruik. Het dag- en nachtritme kan verstoord raken. Ook kunnen mensen incontinent zijn maar dat nog niet willen toegeven. Er is hulp/overname nodig bij administratieve taken.

Volgens de geïnterviewden is het bieden van structuur belangrijk: een duidelijk dagprogramma en routine in de dag zorgen voor houvast. Inwonende mantelzorgers zorgen hiervoor. Bij alleenwonende zorgvragers kan deze structuur gecreëerd worden door meerdere bezoeken op een dag, minimaal drie maal. Dat kan door professionals of door mantelzorgers zijn. Ook kunnen vrijwilligers (voorwaarde: vast persoon, vertrouwd, het moet klikken) een rol spelen, bijvoorbeeld bij het begeleiden van boodschappen doen. Deelname aan dagopvang is ook een goede manier.

Een ander aandachtspunt is veiligheid. Deze mensen zijn kwetsbaar voor misbruik, bijvoorbeeld omdat zij mensen die zij niet kennen zomaar binnen laten.

De meeste geïnterviewden die met deze doelgroep te maken hebben, vinden dat deze doelgroep niet zelf kan alarmeren. Daarmee valt zorg op afroep - waarbij de zorgvrager zelf hulp inroept - in principe af. Sommige dementerenden, ook met een ZZP 4, kunnen echter voldoende alarmeren om te kunnen logeren in een zorgcentrum. Dit is echter een andere context dan alleen thuis, aangezien er in een zorgcentrum altijd medewerkers aanwezig zijn en ook zonder alarmmelding achter de voordeur komen.

Een andere vorm van zorg op afroep is signaleringsdetectie waarbij via technologie een alarmoproep wordt gegeven door gegenereerde informatie, zoals een melding dat de zorgvrager een plaats verlaat of dat de dagelijkse routine afwijkt van het normale (zie ook hoofdstuk 9).

Informatie en voorlichting over de ziekte, de bijkomende beperkingen en hoe hiermee om te gaan en over de beschikbare voorzieningen zijn belangrijk, zowel voor de zorgvrager als voor de mantelzorger. Het ondersteunen van de mantelzorger is bij cognitieve problematiek belangrijk, omdat dergelijke problematiek belastender is voor mantelzorgers dan zorgen voor iemand met somatische problemen. *Respijtzorg*<sup>8</sup> is daarom belangrijk bij inwonende mantelzorgers. Respijtzorg heeft als doel ervoor te zorgen dat de mantelzorger het langer volhoudt om mantelzorg te verlenen, bijvoorbeeld door dagopvang of door een vrijwilliger die de zorg gedurende een afgesproken periode even helemaal overneemt van de mantelzorger, zodat die even vrijaf heeft. Dat kan variëren van een uurtje tot enkele dagen (bijvoorbeeld via handen-in-huis). Daarnaast is respijtzorg belangrijk om ontspoorde zorg (niet-moedwillige mishandeling) te voorkomen.

Meestal wordt een casemanager dementie ingeschakeld, die eenmaal in de drie tot zes weken contact heeft, met zorgvrager en mantelzorgers de zorgsituatie evalueert en de benodigde hulp of voorzieningen regelt. Bij alleenwonenden gaat de casemanager gericht onderzoeken wat de zorgvrager nog wel en niet kan, bijvoorbeeld rond geldzaken. Ook voor eventuele beslissingen die moeten worden genomen gaat een casemanager regelen dat er een wettelijk vertegenwoordiger komt als deze niet uit het eigen netwerk kan komen.

Er is veel hulp van mantelzorg nodig. Mensen zonder netwerk zijn aangewezen op voorzieningen zoals dagopvang. Ook komt het voor dat deze doelgroep zeer teruggetrokken leeft. Voor sommigen is dat overigens volgens wens. Een oogje in het zeil vanuit burens e.d. is belangrijk, omdat veel van deze zorgvragers niet zelf het initiatief nemen tot contact of aangeven dat zij hulp nodig hebben. Ook kan een leun- en steuncontact worden opgezet (via vrijwilliger of professional) waarbij het initiatief vooral bij de ander ligt.

Domotica kan helpen bij zorgvragers die nog zeer (graag) mobiel zijn. Om te voorkomen dat er problemen zijn bij het terugvinden van de weg, kan de zorgvrager via GPS door de mantelzorger worden gevolgd. Dit kan echter alleen bij mantelzorgers die in staat zijn de zorgvrager direct op te halen als deze verdwaalt. Daarbij is het geen oplossing zonder risico: men kan de zender verliezen of vergeten, er kunnen zich problemen voordoen voordat de mantelzorger er is, of er wordt niet/laat opgemerkt dat er problemen zijn.

## **3.2 Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie**

### **3.2.1 Woning**

#### **Wel of niet verhuizen?**

Geïnterviewden geven aan dat verhuizen voor deze doelgroep af te raden is. Verhuizen naar een andere zelfstandige woning levert grote problemen op voor wat betreft

<sup>8</sup> Respijtzorg is de tijdelijke en volledige overname van zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven (bron: [www.mezzo.nl](http://www.mezzo.nl). Expertisecentrum Mantelzorg).

oriëntatie en het kunnen vinden van allerlei spullen en de juiste ruimtes, zoals het toilet. Door een verhuizing worden zij dan minder zelfredzaam. Verhuizen is dan alleen aan de orde in geval van een opname (verblijf).

De situatie dat een dementerende met de partner samen verhuist naar een woonzorgcomplex of verzorgingshuis kan hierop een uitzondering zijn. Mits in de nieuwe woonsituatie alle voorzieningen, zoals respijtzorg, voorhanden zijn, kan het samen met de partner (gaan) wonen in een dergelijke woonvoorziening een hogere zorgvraag uitstellen. Opname in een verpleeghuis vindt dan op een later moment plaats dan wanneer men in de eigen woning blijft wonen zonder de beschikking te hebben over zeer nabije voorzieningen. De bereikbaarheid van voorzieningen zoals respijtzorg of ontmoeting, en drempels (fysiek of psychologisch) om hier gebruik van te maken, zijn dus medebepalend hoe lang men extramuraal kan blijven wonen. Als de zorgvrager met de partner samen verhuist naar een geclusterde woonvoorziening, dan zal de zorgvrager gedesorienteerd achter blijven als de mantelzorger wegvalt door bijvoorbeeld overlijden. Vroegtijdig verhuizen – voordat de psychogeriatrische stoornis tot problemen leidt – lukt meestal niet.

Ook wordt opgemerkt dat een woonzorgcomplex voor een alleenwonende dementerende niet geschikt is: vereenzaming dreigt, men kan niet mee in de gesprekken met medebewoners. Vanuit burens is er vaak grote bezorgdheid om de dementerende.

### **Hulpmiddelen en aanpassingen**

De woning moet ingericht zijn op veiligheid: veilig koken, lage temperatuur verwarming, automatische verlichting, thermostaatkranen. Gelijkvloers is belangrijk i.v.m. valpreventie. Mensen houden het langer vol in de thuissituatie als de woning gelijkvloers is, aldus geïnterviewden. Het is echter geen reden tot verhuizing, omdat de voordelen niet opwegen tegen de nadelen voor deze doelgroep.

Ook is het belangrijk dat men de weg weet te vinden in de eigen woning. Een toiletstoel bij het bed voor 's nachts en een bordje op de wc-deur helpen. Verder moet er aan de inrichting bij voorkeur niets veranderd worden.

Hulpmiddelen bij zelfredzaamheid zijn bijvoorbeeld een dagkalender, een kalenderklok, een sleutelvinder, een eenvoudige afstandsbediening en een fototelefoon.

### **3.2.2 Woonomgeving**

De woonomgeving moet verkeersveilig zijn. Goede verlichting is noodzaak en de bestrating mag niet te glad zijn. Verder is het van belang de sociale omgeving bekend te maken dat er sprake is van psychogeriatrische problematiek, zodat meerdere mensen een oogje in het zeil houden.

Ontmoeting en activiteiten is voor dementerenden prettig, ook omdat het tegelijkertijd een vorm van dagstructuur kan zijn. Voldoende prikkels (niet: te veel!) krijgen is belangrijk om niet “weg te zakken” en minder zelfredzaam te worden. Voorzieningen als een huismeester en gemeenschappelijke ruimte in een complex zijn fijn, maar alleen nuttig als de zorgvrager hier al goed bekend mee is c.q. hier al woonde voordat hij/zij ging dementeren.

### 3.2.3 Belangrijkste randvoorwaarde

Enkele geïnterviewden geven aan dat veiligheid en het uitsluiten van risico's belangrijk is. Anderen geven aan dat juist het totale pakket van maatregelen maakt dat mensen zelfstandig kunnen blijven wonen.

### 3.2.4 Samenvatting

**Tabel 4 Randvoorwaarden extramuraal wonen doelgroep 2a naar de beschikbaarheid van mantelzorg**

	Inwonende mantelzorg	Uitwonende mantelzorg	Geen mantelzorg
<b>Ondersteuningsvraag<sup>9</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatie en advies</li> <li>- Ondersteuning mantelzorger, waaronder respijtzorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatie en advies</li> <li>- Ondersteuning mantelzorger</li> <li>- Dagstructuur</li> <li>- Toezicht huishouden, medicatie, persoonlijke verzorging, vocht en voeding</li> <li>- Afhankelijk van mantelzorg: administratie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatie en advies</li> <li>- Dagstructuur</li> <li>- Steun- en leuncontact</li> <li>- Toezicht huishouden, medicatie, persoonlijke verzorging, vocht en voeding</li> <li>- Mentor-schap/bewindvoering/curator</li> </ul>
<b>Woning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet verhuizen of samen met partner</li> <li>- Veiligheid en hulpmiddelen</li> <li>- Bij voorkeur gelijkvloers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet verhuizen</li> <li>- Veiligheid en hulpmiddelen</li> <li>- Bij voorkeur gelijkvloers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet verhuizen</li> <li>- Veiligheid en hulpmiddelen</li> <li>- Bij voorkeur gelijkvloers</li> </ul>
<b>Woonomgeving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verkeersveilig</li> <li>- Sociale omgeving is ingelicht en kijkt mee</li> <li>- Eventueel GPS bij mantelzorger</li> <li>- Activiteiten en ontmoeting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verkeersveilig</li> <li>- Sociale omgeving is ingelicht en kijkt mee</li> <li>- Eventueel GPS bij mantelzorger</li> <li>- Activiteiten en ontmoeting</li> <li>- Gemeenschappelijke ruimte en huismees-ter indien al bekend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verkeersveilig</li> <li>- Sociale omgeving is ingelicht en kijkt mee</li> <li>- Activiteiten en ontmoeting</li> <li>- Gemeenschappelijke ruimte en huismees-ter indien al bekend</li> </ul>

<sup>9</sup> Omdat de doelgroep in principe niet kan alarmeren gaat het hier om planbare zorg en diensten.

## 4 Doelgroep 2b: ZZP 2 Verzorging bij somatiek

### 4.1 Omschrijving ondersteuningsvraag

Het gaat om mensen die slecht ter been zijn, bijvoorbeeld vanwege reuma, de ziekte van Parkinson, of multiple sclerose. Sommigen zitten in een rolstoel (dat kan in ZZP 2, 3 en 6), waarbij geldt dat zij in redelijk mate zelfredzaam kunnen zijn. Deze indicatie wordt vooral aan mensen zonder partner gegeven aldus een indicatiesteller. Vaak is er angst om te vallen. Mensen met dit type somatische problematiek redden zich wel als er sprake is van een (gezonde) partner of andere mantelzorger. Bij ouderen met een zeer hoge leeftijd (95+) komt het vaker voor dat er geen sociaal netwerk is dat in staat is mantelzorg te leveren. Ook kon dit zorgzwaartepakket worden geïndiceerd bij tijdelijke hulpvragen, bijvoorbeeld na een operatie.

Deze doelgroep heeft naast de lichamelijke problematiek een bepaalde kwetsbaarheid (net als bij doelgroep 1), waardoor het met name voor alleenwonenden prettig is om op iemand terug te kunnen vallen. Ervaringen die stressvol zijn, kunnen leiden tot paniek en onrust, die zich vervolgens ook naar andere levensgebieden kunnen uitbreiden. Hierdoor wordt men minder zelfredzaam. Om dat te voorkomen is een vertrouwd aanspreekpunt belangrijk. Dat kan een buurvrouw of familielid zijn, een buurtcontactpersoon maar ook een huismeester met een sociale functie. Bij een zwak sociaal systeem zou de zorgvrager regelmatig gezien moeten worden door een ouderenadviseur of maatschappelijk werker (monitoringsfunctie).

Zorgvragers uit deze doelgroep hebben hulp bij persoonlijke verzorging nodig, zowel bij het douchen als bij het wassen aan de wastafel. Soms kunnen zorgvragers niet zelfstandig gebruik maken van het toilet. Hulpmiddelen zoals een toilet dat zelf spoelt en droogt, houden zorgvragers met hulpvragen op dit gebied zelfredzaam. Nachtelijke hulp bij toiletgang was voorheen ook reden om te verhuizen naar een verzorgingshuis. Verder is huishoudelijke hulp en hulp bij boodschappen doen nodig, afhankelijk van wat de eventuele mantelzorger kan bieden. Ondersteuning van de mantelzorger met informatie over voorzieningen is belangrijk.

De meeste zorg voor deze doelgroep is planbaar. Onplanbare zorg is nodig bij incontinentie, hoewel dat grotendeels kan worden opgevangen door elke vier uur langs te komen. Verder is onplanbare zorg aan de orde als de zorgvrager ziek is en bij vallen.

## 4.2 Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie

### 4.2.1 Woning

Als iemand uit deze doelgroep valt, heeft dat meer consequenties dan wanneer iemand uit doelgroep 1 valt. Het is dus nog belangrijker dan bij de eerste doelgroep dat de woning geschikt is: gelijkvloers, zonder drempels, met voldoende ruimte om hulp te ontvangen en hulpmiddelen te gebruiken, bijvoorbeeld een tillift als men tijdelijk geen transfers zelf kan maken of als het evenwicht verstoord is als gevolg van een operatie. Verder zijn woningaanpassingen zoals het plaatsen van een tweede trapleuning of een traplift of het verwijderen van de douchecabine nodig, of hulpmiddelen zoals een douchestoel, afhankelijk van de specifieke beperkingen. Ergotherapeuten kunnen daarbij goed advies geven.

Als men geen mantelzorger heeft is een aangepaste woning belangrijker dan wanneer men woont met een mantelzorger. Verder is bij alleenwonenden alarmering noodzakelijk. Deze doelgroep kan goed zelf alarmeren.

### 4.2.2 Woonomgeving

Net als bij doelgroep 1 moet de woonomgeving dermate sociaal veilig en verkeersveilig zijn dat zorgvragers uit deze doelgroep zich hier zelfstandig kunnen begeven, ook 's avonds. Belangrijk is om te zorgen dat mensen naar buiten kunnen, zodat ze hun zelfredzaamheid zoveel mogelijk behouden. Omdat veel mensen met een rollator lopen en sommigen zich in een rolstoel voortbewegen, zijn hellingbanen en goede, vrije doorgangen belangrijk, op het niveau rolstoeltoegankelijk. Daarnaast gelden een goede verlichting, autoluwe straten, stroeve bestrating (i.v.m. gladheid), en banken met overkapping. De directe woonomgeving is bij doelgroep 2b belangrijker dan bij doelgroep 1 omdat zij minder mobiel zijn. De straal waarin zij zich begeven is kleiner. De afstand tot winkels en haaldiensten mag volgens geïnterviewden maximaal 1.000 meter zijn. Soms is georganiseerd of aangepast vervoer nodig.

Deze doelgroep kan goed zelfstandig in de wijk wonen, mits de woning en woonomgeving geschikt zijn en men in de buurt van voorzieningen woont. Vanwege de afnemende mobiliteit is nabijheid (binnen 1 km) van voorzieningen belangrijk: winkels, ontmoetingsmogelijkheden zoals een jeule de boulesbaan, een barretje, een plein en activiteiten voor ouderen in de directe omgeving. Afstand is niet geheel op te lossen met vervoer: het spontane is weg, alles moet dan worden gepland. Verder is men bij vervoer altijd afhankelijk van anderen. Als voorzieningen dichtbij zijn, blijft men langer zelfredzaam.

Wanneer nabijheid van voorzieningen ontbreekt, zal met name voor alleenstaanden verhuizen naar een geschiktere woning een optie zijn. Bij somatische beperkingen in combinatie met een hogere leeftijd ligt verhuizen naar een geschikte woning in de vorm van geclusterd wonen, zoals in een woonzorgcomplex of aanleunwoning voor de hand. Dit is echter niet noodzakelijk indien de verwachting is dat men niet snel verder achteruit zal gaan. Het eerder genoemde nadeel van geclusterd wonen dat er minder mantelzorg vanuit burens beschikbaar zou kunnen zijn omdat zij zelf beperkingen hebben en het tijd kost om een relatie op te bouwen waarbinnen eventuele mantelzorg

wordt gegeven, geldt ook voor doelgroep 2b. Naarmate het dagelijks functioneren in de huidige woning vanwege de fysieke beperkingen meer wordt belemmerd, zal de drempel van een eventuele hogere huur afnemen.

Een huismeester is handig voor kleine ondersteuningsvragen en klusjes. Een bevriende buurman kan deze functie echter ook vervullen. Daarom benadrukken diverse geïnterviewden het belang van investeren in sociale cohesie zodat voor dit soort zaken een beroep op buurtgenoten kan worden gedaan. Indien men geen beroep kan doen op mensen uit de buurt, dan is een aanspreekpunt voor ouderen die geen netwerk hebben, belangrijk.

Verder geldt voor ouderen uit doelgroep 2b zonder (inwonende) mantelzorg dat het fijn is als er een logeerkamer of zorgbed is waar men tijdelijk kan verblijven als men ziek is of men een breuk heeft. Hier wordt dan verpleging of verzorging geboden.

#### 4.2.3 Belangrijkste randvoorwaarde

Alle randvoorwaarden worden belangrijk gevonden, hoewel veiligheid in en om het huis, zodat men mobiel blijft, echt noodzakelijk is. Daarnaast is monitoring (gezien worden, oogje in het zeil) door een ouderenwerker belangrijk als de aanwezigheid van mantelzorg afneemt.

#### 4.2.4 Samenvatting

**Tabel 4 Randvoorwaarden extramuraal wonen doelgroep 2b naar de beschikbaarheid van mantelzorg**

	Inwonende mantelzorg	Uitwonende mantelzorg	Geen mantelzorg
Ondersteuningsvraag	- Hulp bij persoonlijke verzorging	- Planbare zorg en begeleiding - Onplanbare zorg bij ziekte, vallen en soms toiletgang	- Planbare zorg en begeleiding - Monitoring - Onplanbare zorg bij ziekte, vallen en soms toiletgang
Woning	- Aangepast op beperkingen	- Gelijkvloers en aangepast op beperkingen	- Gelijkvloers en aangepast op beperkingen
Woonomgeving	- Rollator / rolstoelgeschikt - Nabijheid voorzieningen	- Vertrouwd aanspreekpunt/iemand om op terug te vallen - Rolstoelgeschikt - Nabijheid voorzieningen	- Vertrouwd aanspreekpunt/iemand om op terug te vallen - Rolstoelgeschikt - Nabijheid voorzieningen - Kamer verpleging en verzorging





## 5 Doelgroep 3: ZZP 3 Intensieve verzorging bij somatiek

### 5.1 Omschrijving ondersteuningsvraag

In de beschrijving van dit zorgzwaartepakket staat “Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging”. Het gaat om ouderen met somatische problematiek als primaire grondslag. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met COPD of hartfalen, waardoor zij altijd moe zijn. Persoonlijke verzorging kost dan zoveel moeite, dat geen enkele energie meer overblijft voor iets anders. Het gaat ook om ouderen die bijvoorbeeld vanwege een chronische ziekte veel hulp nodig hebben en bijvoorbeeld rolstoelafhankelijk zijn. Een chronische ziekte komt vaak niet alleen: meestal zijn er meerdere aandoeningen, waardoor men kwetsbaar is op meerdere levensgebieden en men ook verminderd vermogen heeft tot regievoering. Ook kon dit zorgzwaartepakket worden geïndiceerd bij tijdelijke hulpvragen, bijvoorbeeld na een operatie.

Er is veel persoonlijke verzorging nodig (minimaal 2 x per dag) en vaak ook verpleegkundige zorg. Soms is hulp bij medicatietoediening (b.v. insuline spuiten) nodig. Ook bij mensen met een inwonende mantelzorgers wordt (een deel van) de persoonlijke verzorging door thuiszorg geboden om mantelzorgers te ontlasten. Soms kunnen alle zorgmomenten bij elkaar de mantelzorgers teveel zijn, maar kan men wel een deel van de zorgmomenten opvangen. In die gevallen zijn de ongeplande momenten en hulp 's nachts de meest voor de hand liggende om door de mantelzorgers te laten uitvoeren.

In de dagelijkse handelingen zoals huishoudelijke taken, boodschappen doen en maaltijden bereiden kunnen mensen veel niet zelfstandig. Bij mobiliteit binnenshuis is er vaak hulp nodig. Mensen kunnen vaak zelf niet opstaan vanuit bed, stoel of toilet. Er worden dan hulpmiddelen (plafondlift, tillift) ingezet voor de transfers. Soms biedt een sta-op stoel uitkomst. Buitenshuis kunnen deze zorgvragers zich vaak niet zelfstandig voortbewegen.

Thuiszorg ziet bij deze doelgroep toe op/biedt hulp bij de algehele verzorging. Een voorbeeld is het toezicht op voldoende inname van vocht bij gebruik van een antibioticum (bijvoorbeeld bij een blaasontsteking), omdat er bij te weinig inname van vocht risico is op een delier. Soms wordt dit ZZP tijdelijk geïndiceerd vanwege revalidatie.

Veel zorg voor deze doelgroep is planbaar. Zorgvragers uit deze doelgroep kunnen in het algemeen zelf alarmeren. Onplanbare zorg is nodig bij alleenwonenden die hulp nodig hebben bij toiletgang, bij vallen of bij andere kleine ongelukjes in huis (bijvoorbeeld glas water laten vallen). De hulp bij toiletgang kan deels worden opgevangen door de zorgvrager elke 4 uur te bezoeken. Incontinentiemateriaal wordt niet altijd aanbevolen, omdat zorgverleners door deze kennis in de praktijk later reageren op een alarmmelding. Indien alarmmeldingen vanwege toiletgang binnen 5 tot 10 minuten worden opgevolgd, is een groot deel van het probleem (“ongelukjes”) opgelost.

Een dergelijk snelle alarmopvolging is ook nodig bij mensen die in paniek raken bij benauwdheidsaanvallen.

Bij ZP 3 is “zorg voortdurend in de nabijheid” onderdeel van de indicatie. Dit biedt ook een vorm van toezicht. De geïnterviewden geven echter aan dat toezicht of voortdurende nabijheid niet nodig is. Wel is structuur in het contact en in bepaalde gevallen snelle alarmopvolging (10 minuten) noodzakelijk. Er wordt door sommige geïnterviewden aangegeven dat sommigen van de huidige generatie ouderen een drempel hebben om hulp in te roepen. In die gevallen is het nadrukkelijk bespreken waarvoor gealarmeerd kan worden nodig, eventueel in combinatie met frequentere bezoeken.

## **5.2 Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie**

### **5.2.1 Woning**

De woning moet gelijkvloers zijn, zonder drempels en goed toe- en doorgankelijk. Voor zorgvragers met een inwonende mantelzorger kan eventueel volstaan worden met een aangepaste woning (bijvoorbeeld met een traplift). Een toilet kan in de nacht “dichterbij” gehaald worden door middel van een toiletstoel. Een gelijkvloerse woning heeft echter de voorkeur, ook omdat gevaarlijke situaties kunnen ontstaan omdat de mantelzorger de zorgvrager wil helpen bij het opgaan van de trap.

De woning moet verder senioren geschikt zijn (goed verlicht, thermostaatkraan, verhoogde toiletpot) en specifiek zijn aangepast op de beperkingen van de zorgvrager, bijvoorbeeld in de badkamer of een hoog-laagbed. Er moet – meer nog dan bij doelgroep 2b - voldoende ruimte zijn om te manoeuvreren, zorg in te ontvangen en gebruik te kunnen maken van hulpmiddelen zoals tilliften. De afmetingen die daarbij horen vallen veelal onder de noemer “rolstoelgeschikte woning”. In geval van een wooncomplex moet uiteraard ook het complex zelf rolstoeltoegankelijk zijn.

De zorgvrager moet te allen tijde kunnen beschikken over personenalarmering, ook als men een inwonende mantelzorger heeft. Zorgvragers met een ZP 3 kunnen goed enkele uren alleen gelaten worden, mits zij hulp kunnen inschakelen en deze hulp binnen afzienbare tijd arriveert.

### **5.2.2 Woonomgeving**

De woonomgeving dient rolstoelgeschikt te zijn. Overdag zullen sommigen nog naar buiten kunnen met rollator of rolstoel. 's Avonds zullen mensen niet meer over straat gaan. Mensen met COPD gaan 's winters niet naar buiten vanwege kortademigheid door het weer. Omdat mensen minder of niet (zelfstandig) naar buiten gaan, is het belangrijk dat het uitzicht vanuit de woning prettig is. Een “levendig uitzicht” zou het moeten zijn volgens geïnterviewden. Daarnaast is het belangrijk dat er in de directe woonomgeving ook een vorm van sociale levendigheid is.

Voorzieningen zoals ontmoeting en activiteiten moeten zeer nabij zijn, op “pantoffelafstand”, omdat men zich niet of nauwelijks zelfstandig kan voortbewegen buitenshuis. Een alternatief is het inzetten van aangepast vervoer. Dat heeft echter ook het

nadeel dat het stress met zich meebrengt. Zo is het tijdstip waarop men wordt opgehaald en op de plaats van bestemming aankomt, vaak onzeker. Ook het vervoer in de bus kan spanning met zich meebrengen, bijvoorbeeld doordat men de juiste hulpmiddelen (“rolstoelklem”) niet bij zich heeft of men niet naast een bepaalde persoon wil zitten.

Voor alleenwonenden is een huismeester met een sociale functie erg fijn. Andere voorzieningen die zeer nabij zouden moeten zijn, zijn bijvoorbeeld een eetpunt, receptie en een verpleegkamer waar men tijdelijk kan verblijven als men extra zorg nodig heeft.

Om snelle alarmopvolging organisatorisch mogelijk te maken en nabijheid van voorzieningen te kunnen bieden, is een bepaalde clustering van zorgvragen nodig. Ook geeft clustering en de nabijheid van een zorgsteunpunt of andere medewerkers een gevoel van veiligheid (er is snel iemand in de buurt) voor zorgvragers die alleen wonen. Voor alleenwonenden wordt daarom een rolstoeltoegankelijke woning met een zorgsteunpunt en haaldiensten binnen 100 meter zeer wenselijk geacht. Meestal is dat dan een woonzorgcomplex of aanleunwoning. Niet iedere zorgbehoevende verhuist echter ook daadwerkelijk.

### **5.2.3 Belangrijkste randvoorwaarde**

De sociale stimulans en enige afwisseling gedurende de dag zien geïnterviewden als de belangrijkste voorwaarde voor kwaliteit van leven. Een geschikte woning is natuurlijk ook van belang, hoewel er voor sommige knelpunten in de huidige woning in elk geval een tijd lang wel oplossingen kunnen worden gevonden. Voorbeelden zijn een bed in de woonkamer plaatsen en gewassen worden aan de wastafel.

## 5.2.4 Samenvatting

**Tabel 5 Randvoorwaarden extramuraal wonen doelgroep 3 naar de beschikbaarheid van mantelzorg**

	Inwonende mantelzorg	Uitwonende mantelzorg	Geen mantelzorg
<b>Ondersteuningsvraag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persoonlijke verzorging</li> <li>- Afhankelijk van mantelzorger andere zorg en diensten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persoonlijke verzorging</li> <li>- Afhankelijk van mantelzorger HDL, administratie etc.</li> <li>- Hulp bij mobiliteit, op afspraak (planbaar) en afroep (onplanbaar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persoonlijke verzorging</li> <li>- HDL, administratie</li> <li>- Hulp bij mobiliteit, op afspraak (planbaar) en afroep (onplanbaar)</li> </ul>
<b>Woning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gelijkvloers of verhoogd aangepast</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rolstoelgeschikt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rolstoelgeschikt</li> </ul>
<b>Woonomgeving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rolstoelgeschikt</li> <li>- Haaldiensten binnen 1 km</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rolstoelgeschikt</li> <li>- (sociaal) levendig</li> <li>- Geclusterd wonen</li> <li>- Haaldiensten op pantoffelafstand</li> <li>- Snelle alarmopvolging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rolstoelgeschikt</li> <li>- (sociaal) levendig</li> <li>- Geclusterd wonen</li> <li>- Haaldiensten op pantoffelafstand</li> <li>- Snelle alarmopvolging</li> </ul>

## 6 Doelgroep 4a: ZZP 4 Matige psychogeriatrische problematiek

### 6.1 Omschrijving ondersteuningsvraag

#### 6.1.1 Grote variatie in uitingsvormen

Psychogeriatrische problematiek, dementie, is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziektes<sup>10</sup>, zoals de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en Korsakov. Alle ziektes leiden tot een geleidelijke achteruitgang van het geestelijk functioneren.

Er zijn veel verschillende uitingsvormen van psychogeriatrische problematiek. Het verschil hangt samen met het achterliggende ziektebeeld en welk deel van de hersenen is aangetast, de fase van de ziekte en het tempo waarin de ziekte zich manifesteert, persoonlijkheidskenmerken en omgevingsfactoren, bijvoorbeeld hoe de partner omgaat met de ziek(t)e. Zorgvragers kunnen bijvoorbeeld zeer passief zijn. Dat heeft als voordeel dat zij zich over het algemeen niet in gevaarlijke situaties zullen begeven en daardoor langer extramuraal kunnen blijven wonen. In andere gevallen kunnen zorgvragers juist erg onrustig zijn, bijvoorbeeld door angst. Sommigen gaan (ver)dwalen of brengen zichzelf of anderen in gevaar (brand door koken). Opname in een zorginstelling is dan (eerder) aan de orde.

#### 6.1.2 Structuur en toezicht

Geïnterviewden geven aan dat het aanbrengen van een dagstructuur zeer belangrijk is. Het dag- en nachtritme raakt anders verstoord. Ook vergeten mensen in deze doelgroep zelf te eten, te drinken en hun medicijnen in te nemen, en kunnen zij zichzelf en hun woning niet meer verzorgen. Ze zijn a-praktisch: ze wassen zichzelf bijvoorbeeld in de verkeerde volgorde en kunnen geen koffie meer zetten. Voor al deze zaken is dus hulp nodig. Bij ZZP 4 is zorg “voortdurend in de nabijheid” onderdeel van de indicatie.

Een inwonende partner kan deze structuur, de benodigde hulp en nabijheid meestal een tijdlang bieden, totdat de mantelzorger te zwaar overbelast raakt. Bij dementie in een gematigde vorm is echter altijd sprake van enige overbelasting van mantelzorgers, aldus geïnterviewden. Het ondersteunen van de mantelzorger door middel van voorlichting, advies, lotgenotencontact en (geplande en ongeplande) respijtzorg is essentieel voor het kunnen continueren van de extramuraal woonsituatie. Thuiszorg komt daarom ook bij samenwonenden minimaal 2 á 3 keer per dag langs.

<sup>10</sup> Bron: [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl)

Bij een deel van de zorgvragers met een uitwonende mantelzorger zijn frequente bezoeken op een dag een (tijd lang een) alternatief voor voortdurende nabijheid van zorg. Wanneer thuiszorg samen met mantelzorgers en eventueel vrijwilligers vier tot zes bezoeken per dag kunnen garanderen op vaste momenten (opstaan, maaltijden, naar bed gaan), is aan de basiszorg voldaan. Het sociale netwerk dat echt iets kan betekenen is echter vaak klein en de mogelijkheden om burens in te zetten bij deze doelgroep is beperkt. Wel kan deelname aan dagopvang zorgen voor structuur en toezicht gedurende de dag. Niet iedereen wil echter gebruik maken van dagopvang: er zijn drempels bij mantelzorger of zorgvrager, bijvoorbeeld het aanbod past niet qua ziektebeeld, fase van de ziekte, leeftijd, intelligentie of leefstijl. Op den duur voldoet deze constructie niet meer en is opname in een zorginstelling nodig omdat de mantelzorger overbelast is of dat de grenzen voor extramuraal wonen bij alleenwonenden bereikt zijn.

Geïnterviewden geven aan dat de grens van het mogelijke wordt bereikt wanneer iemand een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving is, als de zorgvrager te angstig wordt of wanneer de familie te angstig wordt. Deze mensen zijn ook kwetsbaar voor misbruik, bijvoorbeeld omdat zij mensen die zij niet kennen zomaar binnen laten.

De aanwezigheid van mantelzorg is beperkt beïnvloedbaar. Om het netwerk van zorgvragers te mobiliseren worden ook wel “Eigen kracht conferenties” of “FamilieNetwerkBeraden” georganiseerd. De inzet van mantelzorg is dus deels beïnvloedbaar. Een situatie van inwoning van mantelzorg is daarmee meestal echter niet direct gecreëerd, hoewel cijfers hierover ontbreken. Daarmee komen we direct bij een van de belangrijkste uitdagingen bij de extramuralisering van de zorg: hoe kan een verantwoorde situatie van extramuraal wonen gecreëerd worden voor die groep ouderen, die door hun beperkingen een vorm van toezicht nodig, maar geen mantelzorgers hebben die deze rol kunnen vervullen?

Zorgvragers uit deze doelgroep zonder mantelzorgers kunnen in principe niet extramuraal wonen volgens geïnterviewden. Omdat de zorgvrager niet oplossend kan denken en volledig afhankelijk is van de geplande thuiszorg, kan er van alles mis gaan op de momenten dat de zorgvrager alleen is. Wanneer dagelijks dagverzorging beschikbaar zou zijn (ook in het weekend), thuiszorg frequent langskomt en 's nachts bijvoorbeeld uitgeluisterd wordt kan het bij cliënten die niet onrustig zijn, enige tijd goed gaan als alles volgens planning loopt. Meestal is dit echter niet het geval, waardoor deze constructie als niet reëel wordt gezien.

Domotica kan een signalerende functie hebben, maar kan de nabijheid van zorg niet vervangen. Wettelijke vertegenwoordiging die beslissingen neemt over het welzijn en financiën van de zorgvrager moeten bij mensen zonder netwerk geregeld zijn. Overigens komt het maar zelden voor dat mensen “zomaar” geen netwerk hebben, tenzij ze een zeer hoge leeftijd hebben. Vaak is er iets aan de hand als er niemand is, bijvoorbeeld psychiatrische problematiek. Dan is ook de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in beeld.

### **6.1.3 Op afspraak en afroep**

Net als bij doelgroep 2a vinden de meeste geïnterviewden die met deze doelgroep te maken hebben, dat deze doelgroep niet zelf kan alarmeren, waarmee zorg op afroep

waarbij de zorgvrager hulp inroept in principe afvalt. Een andere vorm van zorg op afroep is signaleringsdetectie waarbij via technologie een alarmoproep wordt gegeven door gegenereerde informatie, zoals een melding dat de zorgvrager een plaats verlaat of dat de dagelijkse routine afwijkt van het normale (hoofdstuk 9). Het zijn echter geen sluitende oplossingen en ze bieden geen zekerheid.

#### **6.1.4 Wel of geen prikkels?**

De meningen verschillen of dementerenden wel varen bij prikkels. Sommige geïnterviewden geven aan dat prikkels zoals van dagopvang nodig zijn om vaardigheden te blijven trainen en te voorkomen dat mensen “wegzakken” in passief gedrag en minder zelfredzaam worden, waardoor men van een ZP 4 sneller naar een ZP 5 zou gaan. Anderen geven echter aan dat dergelijke prikkels ook tot meer onrust of dwalen kunnen leiden. Per onderliggende oorzaak van dementie zal dit verschillen. De randvoorwaarden zijn voor deze doelgroep dus niet uniform.

## **6.2 Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie**

### **6.2.1 Woning**

Voorsorteren op ouder worden kan alleen indien dat hier vroegtijdig voor gekozen wordt. Wanneer dementie al is ontstaan is het het beste helemaal niet meer te verhuizen, net als bij doelgroep 2a. Men kan zich niet meer aan de nieuwe woonsituatie aanpassen en raakt volledig gedesoriënteerd en in de war, waardoor de zelfredzaamheid afneemt. De enige mogelijkheid in een later stadium van de ziekte is nog opname.

Het verzorgingshuis of woonzorgcomplex is alleen een goede optie voor mensen met een (overbelaste) partner. Zij kunnen dan langer samen blijven en een opname in het verpleeghuis kan mogelijk wat langer uitgesteld worden dan in de thuissituatie. Alles moet dan ingericht zijn op het ontlasten van de mantelzorger. Voor de zorgvrager zelf is verhuizen op zichzelf echter onprettig.

De woning moet ingericht zijn op veiligheid: zelf koken is onmogelijk en de aanwezigheid van kooktoestellen gevaarlijk. Ook lage temperatuur verwarming, automatische verlichting en thermostaatkranen zijn hulpmiddelen om de woning veilig te maken. Daarnaast kan het medicijnkastje gevaar opleveren. Verder moet de woning zijn ingericht ter preventie van vallen (drempelloos/handgrepen/douchestoel etc.) en bij voorkeur gelijkvloers. Hierbij geldt echter dat de inrichting van de woning niet veranderd moet worden, dus geen grote meubels verplaatsen. Verder moet de woning zo ingericht zijn dat de zorgvrager de benodigde ruimtes vindt, bijvoorbeeld het toilet. Ook moet eventueel incontinentiemateriaal goed in het zicht zijn van de zorgvrager. Een dementievriendelijke woning zou eigenlijk schuifdeuren moeten hebben bij het toilet, zodat het toilet steeds in het zicht is bij de zorgvrager. Dit komt in de praktijk echter (nog) niet voor.

Hulpmiddelen bij zelfredzaamheid zijn bijvoorbeeld een dagkalender, een kalenderklok, een sleutelvinder, een eenvoudige afstandsbediening en een fototelefoon.

Tot slot moet de woning aangepast zijn op eventuele lichamelijke beperkingen van de zorgvrager.

### **6.2.2 Woonomgeving**

De woonomgeving moet verkeersveilig zijn, zoals goede verlichting en niet te glad. Verder is het van belang de sociale omgeving bekend te maken dat er sprake van psychogeriatrische problematiek, zodat meerdere mensen een oogje in het zeil houden.

De nabijheid van voorzieningen is belangrijk voor de partner. Voor de zorgvrager geldt dat deze niet zelfstandig naar activiteiten en ontmoeting gaat, dus dit moet geregeld worden, evenals het vervoer. Alleen als zij al een op een club zaten, dan blijven sommigen graag gaan.

Voorzieningen als een huismeester en gemeenschappelijke ruimte in een complex zijn fijn, maar alleen nuttig als de zorgvrager hier al goed bekend mee is c.q. hier al woonde voordat hij/zij ging dementeren.

### **6.2.3 Belangrijkste voorwaarde**

De belangrijkste voorwaarde is dagstructuur en nabijheid van een mantelzorger of zorgmedewerker binnen een straal van 20 meter voor mensen die niet meer enige uren alleen kunnen blijven.



## 6.2.4 Samenvatting

**Tabel 6 Randvoorwaarden extramuraal wonen doelgroep 4a naar de beschikbaarheid van mantelzorg**

	Inwonende mantelzorg	Uitwonende mantelzorg	Geen mantelzorg
<b>Ondersteuningsvraag<sup>11</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondersteuning en ontlasten mantelzorger door informatie, advies, overname en respijtzorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, maaltijden/drinken en medicatie</li> <li>- Dagstructuur, bijvoorbeeld door dagverzorging en frequente geplande bezoeken van thuiszorg en mantelzorg (minimaal 6 x per dag)</li> <li>- Ondersteuning mantelzorger door informatie, advies, overname en respijtzorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bijna niet mogelijk</li> </ul>
<b>Woning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet verhuizen of samen met partner naar situatie die geheel is ingericht op ontlasten mantelzorg</li> <li>- Veiligheid en hulpmiddelen</li> <li>- Bij voorkeur gelijkvloers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet verhuizen</li> <li>- Veiligheid en hulpmiddelen</li> <li>- Bij voorkeur gelijkvloers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> </ul>
<b>Woonomgeving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verkeersveilig</li> <li>- Sociale omgeving is ingelicht en kijkt mee</li> <li>- Activiteiten, ontmoeting en vervoer organiseren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verkeersveilig</li> <li>- Sociale omgeving is ingelicht en kijkt mee</li> <li>- Activiteiten, ontmoeting en vervoer organiseren</li> <li>- Gemeenschappelijke ruimte en huismeester indien al bekend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> </ul>

<sup>11</sup> Omdat de doelgroep in principe niet kan alarmeren gaat het hier om planbare zorg en diensten.



## 7 Doelgroep 4b: ZZP 4 Ernstige zintuiglijke beperkingen i.c.m. fysieke beperkingen

### 7.1 Omschrijving ondersteuningsbehoefte

Het gaat in deze doelgroep om mensen met zintuiglijke beperkingen in combinatie met ouderdomsbeperkingen. Volgens de geïnterviewden is deze doelgroep niet zo groot in omvang. Het gaat bijna altijd om zorgvragers met een visuele beperking (blind), niet zozeer om zorgvragers die auditief beperkt zijn. Bij deze laatste groep is wel direct sprake van een communicatieprobleem. Daarom is inzet van gespecialiseerde zorgverleners nodig.

Bij de mensen met een visuele beperking gaat het om mensen die op latere leeftijd blind zijn geworden. Zij leren vaak niet meer om zich met hulpmiddelen buitenshuis te kunnen begeven of met behulp van braille te kunnen lezen. Meestal worden mensen niet acuut blind. Voor mensen die eerst slechtziend worden en daarna blind is het raadzaam om een eventuele verhuizing te laten plaatsvinden voordat zij blind zijn, zodat zij nog aan hun nieuwe woning kunnen wennen. Omdat zij niet zelfstandig naar buiten kunnen, ligt vereenzaming op de loer.

Mensen in deze doelgroep hebben op diverse gebieden hulp nodig: huishouden, persoonlijke verzorging, maaltijdbereiding, boodschappen, hulp bij medicatie en administratie. Verder is de adviesfunctie van belang, bijvoorbeeld over het aanpassen van de woning.

Voortdurende nabijheid van zorgverleners, zoals in het zorgzwaartepakket is opgenomen, is voor deze doelgroep niet nodig volgens geïnterviewden. Wel is enkele malen per dag geplande zorg nodig, bijvoorbeeld rond zich wassen en aankleden en het bereiden van maaltijden als zij alleen wonen. Verder is ongeplande hulp nodig voor onvoorziene gebeurtenissen die de alleenwonende zorgvrager niet zelf kan oplossen, zoals een glas dat kapot valt of als zij zelf vallen. Deze zorgvragers kunnen zelf alarmeren. Opvolging binnen 20 tot 30 minuten is meestal voldoende. In sommige gevallen is snelle opvolging (binnen 10 minuten) nodig, bijvoorbeeld als men iets laat vallen waardoor een gevaarlijke situatie ontstaat (gladheid, snijwonden) en men niet zo lang kan staan. Via een spreekluisterverbinding kan een inschatting worden gemaakt hoe snel er hulp moet arriveren en wie deze hulp kan bieden. Praktische hulp zoals iets opruimen wat is gevallen kan namelijk soms ook door anderen dan professionals worden geboden.

## **7.2 Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie**

### **7.2.1 Wonen**

De woning moet gelijkvoers en aangepast zijn op de specifieke beperkingen van de zorgvrager. Naast beugels, extra trapleuning en dergelijke gaat het bijvoorbeeld om aanlichting van vlakken, gebruik maken van (contrasterende) kleuren in de woning en het gebruik van zonneschermen. (Gespecialiseerde) ergotherapeuten adviseren hierover. Dit soort aanpassingen wordt soms vergoed door de zorgverzekeraar.

### **7.2.2 Woonomgeving**

Dit type zorgvrager gaat alleen onder begeleiding naar buiten. Daarom is het belangrijk dat voorzieningen zeer nabij zijn (pantoffelafstand) in een geclusterde woonvoorziening, zodat begeleiding naar een activiteit vanuit burens kan plaatsvinden. Een andere mogelijkheid is dat vervoer goed is geregeld. Een eventueel wooncomplex moet voorzien zijn van een sprekende lift. Verhuizing naar een vorm van geclusterd wonen met voorzieningen is niet noodzakelijk, maar wel zeer wenselijk. Of mensen daadwerkelijk zullen verhuizen hangt af van hun persoonlijke wensen, de aanwezigheid van een sociaal netwerk, van de mate van geschiktheid van de eigen woning, de mate waarin zij zichzelf kunnen vermaken en de bereikbaarheid van voorzieningen door middel van vervoer.

Veel mensen in deze doelgroep hebben behoefte aan (georganiseerde) ontmoeting en activiteiten. Omdat zij door hun beperking niet mobiel zijn buitenshuis moet er of goed vervoer zijn en een zeer sociale omgeving of zeer dichte nabijheid van voorzieningen. In het laatste geval is men dan minder afhankelijk van anderen. Een voorbeeld is een aanleunwoning met een zeer korte route naar activiteiten, ontmoeting en andere voorzieningen. Een betrokken buurman kan echter van meer waarde zijn dan een huismeester, aldus geïnterviewden.

Mensen die geen sociaal netwerk hebben, zullen vaak ook sociaal minder sterk zijn. Voor hen is een geclusterde sociale omgeving, waarin ontmoeting en contact goed geregeld zijn nodig om eenzaamheid te voorkomen.

### **7.2.3 Belangrijkste randvoorwaarde**

Als belangrijkste randvoorwaarde wordt een overzichtelijke woning en een goede sociale inbedding genoemd. Dit laatste kan op verschillende manieren plaatsvinden.

## 7.2.4 Samenvatting

**Tabel 7 Randvoorwaarden extramuraal wonen doelgroep 4b naar de beschikbaarheid van mantelzorg**

	Inwonende mantelzorg	Uitwonende mantelzorg	Geen mantelzorg
<b>Ondersteuningsvraag</b>	- Afhankelijk van mantelzorger persoonlijke verzorging, boodschappen en huishoudelijke hulp	- Geplande en afhankelijk van mantelzorger ook ongeplande zorg	- Geplande en ongeplande zorg
<b>Woning</b>	- Gelijkvloers en aangepast aan beperking - Indeling niet wijzigen, wel vrije doorgangen	- Gelijkvloers en aangepast aan beperking - Leefruimte klein en overzichtelijk - Indeling niet wijzigen, wel vrije doorgangen	- Gelijkvloers en aangepast aan beperking - Leefruimte klein en overzichtelijk - Indeling niet wijzigen, wel vrije doorgangen
<b>Woonomgeving</b>	- Vlak, goed doorgankelijk - Vervoer of zeer nabije voorzieningen	- Vlak, goed doorgankelijk - Geclusterd met voorzieningen op pantoffelafstand of "gewoon" met goed vervoer	- Vlak, goed doorgankelijk - Sociale omgeving, geclusterd met voorzieningen op pantoffelafstand of "gewoon" met goed vervoer



# 8 Doelgroep 4c: ZZP 4 Psychiatrische problematiek i.c.m. fysieke beperkingen

## 8.1 Omschrijving ondersteuningsbehoefte

Het gaat om mensen met gestabiliseerde langdurige psychiatrische problematiek zoals schizofrenie of stemmingsstoornissen in combinatie met ouderdomsbeperkingen. Vanwege hun psychiatrische problematiek zijn deze mensen sneller uit balans. Het incasseringsvermogen om zich aan te passen bij lichamelijke beperkingen wordt minder.

Veelal is het sociale netwerk door de langdurige problematiek zeer beperkt. Het kan gaan om zorgmijders, alcoholisten, mensen die zichzelf verwaarlozen of mensen die overlast veroorzaken in de wijk. Dat vraagt specifieke deskundigheid van zorgverleners. Het opbouwen van een vertrouwensband is zeer belangrijk om binnen te kunnen en blijven komen bij deze doelgroep. Er wordt zoveel mogelijk met een of twee vaste medewerkers gewerkt. Bij vakantie of ziekte is een zorgmoment overslaan soms beter dan een vervanger sturen.

De aard van de hulp bestaat veelal uit sturing en begeleiding. Er is hulp nodig op diverse levensgebieden: huishouden, persoonlijke verzorging, psychische begeleiding, toezicht op medicatie-inname, hulp bij administratie, hulp bij boodschappen en maaltijden en sturing op dagstructuur.

Als er sprake is van een partner, dan komt het vaak voor dat deze partner ook psychiatrische problematiek kent, wat spanningen kan geven in de relatie. In alle gevallen is het belangrijk om de mantelzorger te ondersteunen.

Meestal is er geen belangstelling om deel te nemen aan georganiseerde activiteiten. Vaak zijn dergelijke prikkels psychisch te belastend voor deze zorgvragers. De koppeling van een vrijwilliger ("maatje") die met de zorgvrager iets onderneemt, werkt meestal goed.

Het gaat over het algemeen om jongere ouderen, die redelijk tot volledig mobiel zijn, maar wel slechter ter been worden. In principe is alleen geplande hulp nodig. Wel kan het voor hun welzijn belangrijk zijn dat zij 24/7 een beroep kunnen doen op iemand. Verder kan hulp op afroep nodig zijn als zij ziek zijn.

Permanent toezicht of nabijheid van zorg is niet nodig, wel een of enkele malen per dag contact.

In verzorgingshuizen wonen deze mensen vaak geclusterd met mensen met dezelfde problematiek. Op deze wijze is de inzet van deskundig personeel gewaarborgd. Daarnaast is het contact tussen medebewoners makkelijker.

## **8.2 Randvoorwaarden naar mantelzorgsituatie**

### **8.2.1 Wonen**

De woning moet geschikt/aangepast zijn op de lichamelijke beperkingen van de zorgvrager. Vaak is het lastig om de zorgvrager te overtuigen van het nut en de noodzaak van de aanpassingen. Interventie van mantelzorgers (broers/zussen) kan helpen.

### **8.2.2 Woonomgeving**

De woonomgeving moet ingericht zijn op lichamelijke beperkingen, “rollatorgeschikt”. Sommige zorgvragers die alleen wonen kunnen baat hebben bij verhuizing naar een geclusterde vorm van wonen. Zij zullen over het algemeen geen of zeer beperkt gebruik maken van voorzieningen voor ontmoeting en activiteiten, maar het oogje in het zeil kan voor (familieleden van) de zorgvrager zeer prettig zijn. Wanneer zij geclusterd wonen met andere mensen met een psychiatrische achtergrond zal de drempel voor contact, bijvoorbeeld tijdens een koffie-inloop, lager zijn.

Voorzieningen hoeven niet per se heel dichtbij te zijn. Belangrijk is dat er iets georganiseerd is zodat de zorgvrager niet vereenzaamt en verwaarloost. Het initiatief voor contact ligt veelal bij de ander.

### **8.2.3 Belangrijkste randvoorwaarde**

Een vertrouwensrelatie opbouwen en in stand houden door zorgprofessionals wordt als belangrijkste voorwaarde gezien voor het extramuraal kunnen blijven wonen. De begeleiding is erop gericht om vaardigheden in stand te houden.



## 8.2.4 Samenvatting

**Tabel 8 Randvoorwaarden extramuraal wonen doelgroep 4c naar de beschikbaarheid van mantelzorg**

	Inwonende mantelzorg	Uitwonende mantelzorg	Geen mantelzorg
<b>Ondersteuningsvraag</b>	- Ondersteunen mantelzorger	- Geplande hulp en 24/7 contact mogelijk	- Geplande hulp en 24/7 contact mogelijk
<b>Woning</b>	- Geschikt/aangepast	- Geschikt/aangepast	- Geschikt/aangepast
<b>Woonomgeving</b>	- Rollatorgeschikt - Voorzieningen binnen 1 km want men heeft ouderdomsbeperkingen	- Rollatorgeschikt - Eventueel geclusterd, bij voorkeur met mensen met vergelijkbare achtergrond - Maatje - Voorzieningen binnen 1 km want men heeft ouderdomsbeperkingen	- Rollatorgeschikt - Eventueel geclusterd, bij voorkeur met mensen met vergelijkbare achtergrond - Maatje - Voorzieningen binnen 1 km want men heeft ouderdomsbeperkingen



## 9 Aandachtspunten bij de realisering van randvoorwaarden

In dit hoofdstuk komen verschillende thema's aan bod die in de interviews - soms zijdelings - ter sprake zijn gekomen. Hoewel ze in dit onderzoek niet uitputtend zijn onderzocht, geven ze aanknopingspunten en aandachtspunten voor de realisatie van de randvoorwaarden.

### 9.1 Ondersteuning

#### 9.1.1 Organisatie van het leveren van zorg op afspraak en zorg op afroep

##### Zorg op afspraak

Binnen de grenzen van de indicatie kunnen zorgorganisaties alles leveren, zo wordt door henzelf gesteld. De indicatie geeft het totaal aantal uur aan. Het is aan de zorgorganisaties om in overleg met de zorgvrager af te spreken op welke wijze die uren worden ingezet (gepland en ongepland, frequent en kortdurend of juist minder frequent maar met langere zorgmomenten). In verband met reistijd is het voor de aanbieders efficiënt om het aantal zorgmomenten zo laag mogelijk te houden. Zo wordt een indicatie voor 1 uur huishoudelijke hulp per week meestal geleverd in de vorm van eenmaal per twee weken twee uur achtereen. Voor een deel van de zorgvragers is het echter prettiger en beter om frequenter contact te hebben. Zo wordt beter een oogje in het zeil gehouden. Het maximum aantal geplande zorgmomenten per dag ligt (op dit moment) op ongeveer zes, zo geven de geïnterviewden aan. Op deze wijze komt elke vier uur een zorgmedewerker langs, bijvoorbeeld voor hulp bij toiletgang. Door de extramuralisering zal het aantal zorgvragers dat frequente zorgmomenten op een dag nodig heeft toenemen, zoals voor doelgroep 4a (ZZP 4 met dementie). De grens van het extramuraal kunnen wonen is volgens geïnterviewden bereikt als men de tussenliggende uren niet kan overbruggen.

Een aandachtspunt zijn de tijdstippen waarop geplande hulp plaatsvindt. Deze hulp vindt meestal niet op vaste momenten plaats, wat sommige zorgvragers lastig vinden. Vaak wordt een marge aangehouden van een uur. Ook worden zorgvragers niet altijd op het gewenste tijdstip geholpen als dit "piekmomenten" zijn.

Een ander aandachtspunt is de onbekendheid bij een deel van de zorgmedewerkers over welke werkzaamheden vanuit de AWBZ (straks: Zvw) en welke vanuit Wmo worden vergoed. Het gaat dan bijvoorbeeld om toezicht/hulp bij het innemen van de maaltijd. De maaltijdbereiding valt onder de Wmo, maar de hulp bij het innemen ervan nu nog onder de AWBZ. Omdat dit voor sommigen niet helder is, dreigt er een "gat" te ontstaan in de benodigde zorglevering. Ook wordt gesteld dat een hoger opleidingsniveau nodig is bij complexe zorg.

Een nadeel van de aanbesteding van zorg is dat er kennis en kwaliteit verloren gaat als organisaties een aanbesteding verliezen. Daarnaast verliezen zorgvragers hun vaste zorgmedewerker.

Overigens bieden diverse thuiszorgorganisaties naast reguliere hulp ook particulier gefinancierde hulp aan.

### **Zorg op afroep**

Ongeplande hulp wordt op verschillende manieren georganiseerd. Soms wordt het geleverd door het thuiszorgteam dat ook de geplande hulp biedt, en in andere gevallen door een afzonderlijk team. Met name 's nachts zijn er veelal afzonderlijke teams die zowel nachtzorg als ongeplande zorg (alarmopvolging) bieden. In de nacht is het werkgebied groter. De aanrijtijden zijn overdag (20 tot) 30 minuten, zo geven geïnterviewden aan. 's Nachts is het soms langer. In gebieden die veraf liggen wordt soms afgesproken dat ook een mantelzorger voor alarmopvolging zorgt. Een gegarandeerde snelle alarmopvolging binnen 10 minuten is niet gebruikelijk. Deze snelheid is echter wel nodig voor een aantal doelgroepen om extramuraal te kunnen blijven wonen (doelgroep 3, en soms 2b).

De snelheid waarmee overdag en 's nachts op alarmen gereageerd kan worden, hangt af van de grootte van het werkgebied en de hoeveelheid geplande hulp die geboden wordt. Ruimte voor ongeplande hulp kan bijvoorbeeld ontstaan bij overlapping in dienstenroosters of routes voor geplande hulp die bijvoorbeeld maar half gevuld zijn. Hiervoor moet dan op andere onderdelen (bijvoorbeeld geplande hulp overdag of de inzet van bekwaam maar goedkoper personeel) efficiencywinst worden behaald om dit mogelijk te maken.

Thuiszorgteams zijn gebieds/wijkgericht georganiseerd, waardoor in principe de reisafstanden kort zijn en ongeplande hulp snel ter plekke kan zijn. Als er in een wijk echter meerdere aanbieders actief zijn – en dat kan oplopen tot vijf of meer – verdwijnt dit voordeel. Om voldoende efficiënt te kunnen werken wordt het werkgebied vergroot, het aantal medewerkers verkleind of worden de routes voller gemaakt, wat een snelle alarmopvolging belemmert. Overigens zijn sommige aanbieders alleen actief in gebieden waar voldoende hulpvraag geconcentreerd is.

Naar verwachting zal het in de toekomst makkelijker worden om zorg efficiënter in te zetten qua reistijd, omdat het aantal zorgbehoevende ouderen dat zelfstandig woont toeneemt. Het wordt dan makkelijker om binnen een beperkte afstand verschillende zorgvragers te bedienen.

### **Zorg in geclusterde woningen**

Bij clustering van voldoende zorgvragers en/of zorgzwaarte kan 24-uurszorg inclusief toezicht ook extramuraal georganiseerd worden. Denk hierbij aan particuliere initiatieven zoals zorgboerderijen of De Herbergier.

In de huidige situatie wordt de zorg in geclusterde woningen (zonder toezicht, zoals woonzorgcomplexen of aanleunwoningen) meestal door reguliere thuiszorgteams geboden, zo komt uit de interviews naar voren. Ook in aanleunwoningen wordt de hulp soms/vaak niet vanuit het zorgcentrum geboden, ook niet als het gaat om onge-

plande hulp 's nachts. Zorgcentra hebben echter in principe wel de benodigde infrastructuur (= zorgmedewerkers) om snel zorg in woningen nabij het zorgcentrum te kunnen leveren. Zorgcentra zijn hierop nog niet voorbereid en hebben bijvoorbeeld zorgen om hun medewerkers 's nachts over straat te laten gaan.

In geclusterde woningen wordt vanwege de aanwezigheid van thuiszorgteams van meerdere aanbieders onvoldoende gebruik gemaakt van het schaalvoordeel. Wanneer door marktwerking een aanbieder veruit de grootste wordt of bij integrale samenwerking, kan eerder een zorgpost worden ingericht, van waaruit ongeplande hulp sneller ter plekke zou kunnen zijn, zo stellen geïnterviewden. Bij samenwerking kunnen er overigens veel verschillende gezichten zijn, wat voor zorgvragers niet prettig is. Daarnaast kan de toegang tot cliëntendossiers een mogelijk knelpunt zijn.

### **9.1.2 Indicatiestelling AWBZ**

Toegang tot hulp uit de AWBZ wordt geïndiceerd vanuit het CIZ. Hiervoor wordt via een werkwijze van trechtering de bruto zorgvraag gedefinieerd in een netto zorgvraag. Het verschil tussen bruto en netto is wat de zorgvrager en zijn/haar netwerk zelf kan (mantelzorg en gebruikelijke zorg<sup>12</sup>) en voorliggende voorzieningen (bijvoorbeeld vanuit de Wmo). Bij extramurale indicaties wordt steeds gekeken naar wat mantelzorgers kunnen bieden. Is er echter sprake van een behoefte aan verblijf, dan speelt de mogelijke inzet van mantelzorg geen rol meer in de indicatiestelling. De bruto zorgvraag staat daarmee gelijk aan de netto geïndiceerde zorgvraag.

Er wordt opgemerkt dat de gebruikelijke zorg in sommige gevallen problemen oplevert, met name in culturen waar een duidelijke taakverdeling tussen mannen en vrouwen geldt. Mannen willen dan bijvoorbeeld geen huishoudelijke taken uitvoeren.

Ook voor voorzieningen vanuit de Wmo vindt een indicatiestelling plaats. Er wordt opgemerkt dat er (nog) geen uitwisseling van indicatiegegevens plaatsvindt. Nu moeten zorgvragers twee maal informatie verstrekken en zijn twee verschillende indicatiestellers bezig rond dezelfde zorgvrager. Dit zou efficiënter kunnen, aldus geïnterviewden. Het ligt niet in de rede dat dit zal worden opgelost met de voorgenomen stelselwijzigingen en verdient dus aandacht.

### **9.1.3 Ondersteuning mantelzorg**

De inzet van mantelzorg speelt een belangrijke rol bij de extramuralisering. Daarom is het van belang dat de inzet van mantelzorgers zo lang mogelijk gecontinueerd wordt en dat de inzet leidt tot een verantwoorde situatie voor de zorgvrager en mantelzorgers zelf. Daarom is in de Wmo het ondersteunen van mantelzorgers als gemeentelijke taak opgenomen. Het ondersteunen van mantelzorgers kan via informatie, advies en voorlichting. Ook praktische en emotionele ondersteuning, het bieden van lotgenotencontact en het organiseren van respijtzorg, waardoor de mantelzorgers gedurende een bepaalde periode "vrijaf" heeft, zijn van belang om de mantelzorg te versterken. Verder kan het mantelzorgnetwerk worden vergroot door initiatieven als de zoge-

<sup>12</sup> Gebruikelijke zorg is zorg die ouders, partners, inwonende kinderen en huisgenoten aan elkaar geven als iemand zorgbehoefstig wordt. Deze zorgplicht geldt drie maanden.

naamde ‘Eigen kracht conferenties’ of FamilieNetwerkBeraden’. De geïnterviewden hebben hier goede ervaringen mee en geven aan dat dergelijke overleggen ook leiden tot meer inzet van meer mantelzorgers. Er is zowel bij zorgvragers als potentiële mantelzorgers zoals burens en vrienden enige verlegenheid om hulp te vragen c.q. te bieden. Voor het beslechten van deze drempels zijn de genoemde methoden goede werkwijzen, aldus de geïnterviewden.

Overbelasting van mantelzorgers is een kwestie van draagkracht en draaglast. De draaglast wordt verlicht door bijvoorbeeld respijtzorg en een netwerk om op terug te vallen. Het mag duidelijk zijn dat in situaties waar mantelzorgers overbelast dreigen te raken, de wijze waarop de zorg is ingericht, kwetsbaar is. Om mantelzorg een bestendige oplossing te kunnen laten zijn - vooral bij het verzorgen van een dementerende partner of ouder - is mantelzorgondersteuning zoals respijtzorg dan een belangrijke voorwaarde.

Geïnterviewden geven aan dat mantelzorgers hun grenzen steeds verleggen. In die zin is het ook lastig om overbelasting geheel te voorkomen. Een zekere mate van overbelasting is altijd aan de orde bij het verzorgen van mensen met dementie, zo blijkt uit de gesprekken. Belangrijk is dat de balans steeds weer wordt gezocht, bijvoorbeeld door respijtzorg. Deze vorm van ondersteuning kent echter ook aanzienlijke drempels, zowel bij mantelzorger als zorgvrager.<sup>13</sup> Het aanbod moet aansluiten bij de wensen van zorgvrager en de behoefte van mantelzorger. Belangrijk bij georganiseerde activiteiten is dat de activiteiten en de (andere) deelnemers zo aansluiten bij de zorgvrager dat beide geen drempel zijn.

Een verder aandachtspunt is dat het aanbod grotendeels beperkt is tot geplande respijtzorg: vrijwilligers die in huis de zorg tijdelijk overnemen en georganiseerde dagopvang van maandag t/m vrijdag. Van respijtzorg op ongeplande momenten is nog geen aanbod bekend. Er is nog te weinig flexibiliteit om te kunnen spreken van een continuüm aan respijtzorg.

Ook de acceptatie van de noodzaak voor respijtzorg is vaak een knelpunt. Huisartsen en casemanagers dementie spelen een rol bij de signalering van overbelasting van mantelzorgers. Casemanagers zijn vanwege hun functie al zeer gericht op het ondersteunen van mantelzorgers en het geaccepteerd krijgen van respijtzorg. Huisartsen leggen echter voor sommige zorgvragers meer gewicht in de schaal (“de dokter zegt het”) en kunnen daarmee een belangrijke rol vervullen bij de acceptatie van respijtzorg.

Geïnterviewden geven aan dat een goed samenspel tussen zorgmedewerkers en mantelzorgers nodig is. Uit recent onderzoek blijkt dat dat er niet altijd is. Met name uitwonende mantelzorgers worden door zorgprofessionals vaak onvoldoende betrokken.<sup>14</sup>

Tot slot is ook erkenning en waardering van de inzet van mantelzorgers van belang. Het gaat hierbij niet zozeer om geld, aldus de geïnterviewden. Het gaat vooral om de

<sup>13</sup> Zie ook “Haalbaarheidsstudie logeershuis Bunnik. RIGO, 2012.

<sup>14</sup> Bron: Samen zorgen voor thuiswonende ouderen. Ilse Zwart-Olde e.a., FSW/VU, 2013).

erkenning, dat gezien wordt wat zij doen. Sommigen gemeenten geven bijvoorbeeld kortingsbonnen voor producten, diensten of uitjes voor mantelzorgers.

#### 9.1.4 Voorkomen eenzaamheid

Het kleiner worden van het sociaal netwerk hoort bij het ouder worden. Voor sommige mensen levert dat eenzaamheidsproblematiek op, vooral als verplaatsingen over langere afstanden moeilijker worden. Vrienden en familieleden vallen weg, maar er komt niets voor in de plaats. Er zijn diverse initiatieven in het land die eenzaamheid moeten tegengaan voor ouderen, zoals “welzijn op recept” waarbij welzijnsvoorzieningen op voorschrift van de huisarts (extra gewicht in de schaal) wordt gegeven of de bezoeken voor weduwen/weduwnaars.

Bij sommige doelgroepen moet het initiatief voor contact bij de ander liggen, zoals bij dementie of psychiatrische problemen. Verder denken geïnterviewden dat mensen die eenzaam zijn, vaak voorheen ook al een klein netwerk hadden. Mensen die de (sociale) vaardigheden missen zouden hierbij ondersteund kunnen worden. Daarvoor is het goed om vrijwilligers in te zetten om contact te maken of om vervoer te begeleiden of te organiseren. Dezelfde gezichten en vertrouwdheid zijn daarbij van belang, zo geven geïnterviewden aan. Deelname aan activiteiten die men al deed moet zoveel mogelijk worden voortgezet. Ook zijn goede ervaringen opgedaan in België met het koppelen van vrijwilligers aan thuiszorgteams.

Verder kan het belangrijk zijn om voorzieningen gericht op specifieke doelgroepen te organiseren. Een voorbeeld is het Odensehuis in Amsterdam, dat inloop en informatie biedt voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Woonvoorzieningen nabij activiteiten en ontmoeting voorkomen eenzaamheid, hoewel extra inzet nodig kan zijn. Het wonen in een verzorgingshuis garandeert immers ook geen sociale contacten. Mensen persoonlijk uitnodigen voor activiteiten en mobiliseren helpen wel, aldus geïnterviewden. Ook ontmoetingsmogelijkheden in diverse verschijningsvormen helpen tegen eenzaamheid, want de behoeften en interesses verschillen, en ook de drempel die men over moet. In landelijke gebieden zijn er over het algemeen minder voorzieningen, maar is er wel meer gemeenschapszin, aldus de geïnterviewden.

In de toekomst wordt minder isolement verwacht door sociale media, die een link zijn met de buitenwereld (contact met familie, nieuws).

Tot slot is eenzaamheid niet altijd te voorkomen, want ook mensen met een groot netwerk en een actief leven kunnen zich eenzaam voelen, zo stellen geïnterviewden. Eenzaamheid is blijkbaar meer dan participatie. Daarom zijn projecten gericht op eenzaamheid ook lang niet allemaal effectief.<sup>15</sup> Interventies worden nu vooral ingezet op het vergroten van het netwerk en participatie, terwijl er ook andere strategieën zijn om eenzaamheidsproblematiek te verminderen (zoals verlaging van de wensen en verwachtingen t.a.v. relaties). Verbeteringen zijn mogelijk in de variatie in het aanbod

<sup>15</sup> Bron: [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl)

en de mate waarin een interventie specifiek op een doelgroep gericht is, volgens de onderzoeken.

## **9.2 Woning**

### **9.2.1 Woningaanpassingen**

Diverse geïnterviewden geven aan dat het goed zou zijn als ouderen zich beter voorbereiden op het ouder worden, bijvoorbeeld door aanpassingen in de woning aan te brengen. Ook geven zij aan dat het belangrijk is dat ouderen en hun mantelzorgers ervan doordrongen zijn dat zij zelf voor een groot deel verantwoordelijk zijn voor de financiering van eventuele aanpassingen. Een landelijke informatiecampagne vindt men daarom wenselijk. Daarbij is de kwaliteit van de uitvoering van woningaanpassingen wel een aandachtspunt. Als de uitvoering door de ouderen zelf of door vrijwilligers wordt gedaan, is dat niet altijd voldoende, zo waarschuwen geïnterviewden.

Een verder aandachtspunt is het beleid omtrent vergoedingen van aanpassingen. Dat kan per gemeente verschillen. Ook het tempo waarin aanpassingen worden gerealiseerd is een aandachtspunt: dat moet met een korte doorlooptijd kunnen vinden geïnterviewden. Ook zouden er mogelijk meer kansen zijn om aangepaste huurwoningen bij mutatie voor andere zorgvragers te behouden.

Tot slot werd opgemerkt dat een vrije vestiging geldt voor mensen vanaf 65 jaar. Zij kunnen zich – afgezien van mogelijke wachtlijsten – overal in Nederland vestigen. Op deze wijze kunnen zij dichter bij mantelzorgers wonen. Die mogelijkheid zou wellicht meer kunnen of moeten worden benut.

### **9.2.2 Huidige aanbod gelijkvloerse woningen**

Oudere seniorenwoningen voldoen vaak niet voor mensen met lichamelijke beperkingen, zo geven geïnterviewden aan. Verder stellen sommigen dat het aanbod van gelijkvloerse en rolstoeltoegankelijke woningen voor lage inkomens beperkt is. In het topsegment is het aanbod voldoende.

### **9.2.3 Domotica**

Domotica - slimme woon(zorg)technologie- kan verschillende functies hebben:<sup>16</sup>

- Ondersteunende vormen van domotica, zoals automatische verlichting, gordijnen die met afstandsbediening te openen zijn, huishoudelijke apparatuur die zichzelf aan- en uitschakelt en zorg op afstand, bediend vanuit de zorgvrager.
- Toezichthoudende vormen van domotica, zoals sensoren, camerabewaking, uitluistersystemen en GPS-technologie.

<sup>16</sup> Bron: Toezichthoudende domotica. Een handreiking voor zorginstellingen. VUmc, 2012.



## Ondersteunende domotica

Ondersteunende domotica kan een hulpmiddel zijn en bijdragen aan het behouden van de eigen regie. Zo komt de thuiszorg nu bij sommige zorgvragers om de gordijnen te sluiten, terwijl dit bezoek niet nodig is als het sluiten en openen van gordijnen door middel van domotica geregeld kan worden. Dit is vooral toepasbaar in de situaties waarin de zorgbehoevende en mantelzorger (nog) veel eigen regelvermogen hebben, aldus geïnterviewden. Domotica kan de zorgbehoevende en mantelzorger ook ontlasten waar het reistijd voor gesprekken met artsen etc. betreft (in de gevallen waarin geen fysiek contact nodig is). Technologie kan ook vereenzaming tegengaan, bijvoorbeeld door beeldcontact met kinderen.

Domotica kan echter niet op zichzelf staan vinden geïnterviewden: mantelzorg en professionele zorg in fysieke aanwezigheid blijft altijd nodig. De geïnterviewden geven aan dat voor de ondersteunende domotica het nodig is dat de zorgvrager ermee kan werken. Zodra dit beperkt is, vervallen alle opties voor direct contact vanuit de zorgvrager zelf. De tweede functie (toezichthoudende domotica) kan dan wenselijk zijn.

## Toezichthoudende domotica

Er zijn verschillende vormen van toezichthoudende domotica genoemd die als ondersteuning bij extramuraal wonen worden ingezet;

- Valsensoren. Bij vallen gaat melding af bij zorgorganisatie of mantelzorger;
- Bedmat: indien zorgvrager 's nachts niet binnen 20 minuten terug is, gaat een alarm af bij mantelzorgers.
- Domotica gekoppeld aan medicijnadoos: indien niet geopend, dan signaal naar mantelzorger.
- Het signaleren van afwijkende patronen. Eerst wordt het dagelijks leefpatroon van de zorgvrager in beeld gebracht. Daarna gaat bij afwijkingen een signaal naar zorgorganisatie of mantelzorg.
- GPS wordt ingezet door mantelzorgers van dementerenden die nog graag mobiel zijn. Zij kunnen dan zelf nog wandelen of fietsen, terwijl de mantelzorger weet waar de zorgvrager is.<sup>17</sup>

Het 's nachts uitluisteren van zorgvragers, zoals bijvoorbeeld in verpleeghuizen en woonvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking wordt gedaan, wordt als mogelijkheid gezien om ook thuis toe te passen bij dementerenden om zo langer thuis te kunnen blijven wonen. Voorbeelden waarbij dat al wordt gedaan waren bij de geïnterviewden niet bekend.

Geïnterviewden geven aan dat domotica als een ondersteunend hulpmiddel in de totale zorg voor mensen met dementie gezien moet worden. Voor sommige zorgvra-

<sup>17</sup> Zie ook [www.vilans.nl/Producten-Alternatievenbundel-vrijheidsbeperking](http://www.vilans.nl/Producten-Alternatievenbundel-vrijheidsbeperking) en hulpmiddelen-gids "Handig bij zelfstandig" [www.amsterdam.nl/zorg-welzijn/dementie/snel/handig-zelfstandig](http://www.amsterdam.nl/zorg-welzijn/dementie/snel/handig-zelfstandig)

gers kan het gedurende een tijd een goede rol vervullen. Het is echter nooit een sluitend systeem en kent altijd risico's. De vrijheid kan in sommige situaties en bij sommige zorgvragers opwegen tegen deze risico's. Het kan de zorg en het contact met mantelzorgers en zorgprofessionals echter nooit vervangen, zo benadrukken geïnterviewden.

### **Aandachtspunten**

- **Betaalbaarheid:** binnen de sociale huur zijn momenteel snel de grenzen bereikt voor het inzetten van domotica. Voor doelgroepen met meer financiële draagkracht kunnen domotica-oplossingen zorgen voor het uitstellen van zorgvraag. Bij nieuwbouw kan een en ander voorbereid worden tegen een haalbare meerprijs. In bestaande bouw wordt dit lastiger.
- **Toegankelijkheid:** de bekendheid met computers is niet altijd even groot, vooral de doelgroepen in sociale huurwoningen en 75-plussers hebben hier gemiddeld een grotere achterstand. Men verwacht dat de toekomstige ouderen meer gewend zijn om te gaan met technologie. Zo zal het gebruik van computers en tablets voor communicatiedoeleinden onder deze doelgroep rap toenemen, zo verwacht men.
- **Verantwoordelijkheid:** er wordt geëxperimenteerd met het opzetten van sociale netwerken (bijvoorbeeld [www.MiBida.nl](http://www.MiBida.nl)). Door 'terug naar kernactiviteitendiscussie' komt dit onder druk te staan, aldus geïnterviewden.

## **9.3 Woonomgeving**

### **9.3.1 Geclusterd wonen**

#### **Veranderende huishoudenssamenstelling**

De extramuralisering zal gevolgen hebben voor de samenstelling van de huishoudens in seniorencomplexen (geclusterd wonen). Senioren die geclusterd wonen in wooncomplexen zullen over een aantal jaar gemiddeld ouder zijn en een grotere zorgbehoefte hebben. Ook neemt de doorstroming de eerstkomende paar jaar af waardoor nieuwe instroom (vooral van vitale ouderen) laag zal zijn en er een versneld proces van veroudering en toenemende zorgbehoefte ontstaat, zo verwachten geïnterviewden. In het verlengde hiervan zullen in deze complexen diensten en zorg mogelijk noodzakelijk zijn die momenteel vergelijkbaar in het verzorgingshuis worden geboden (o.a. zorg, restaurant, activiteiten). Ook zal – zo verwachten corporaties - het imago van dergelijke complexen gaan veranderen, wat de meer vitale senioren 'afschrikt' om voortijdig voor te sorteren naar een geschikte woning. Dit dilemma zou nader onderzocht moeten worden: in hoeverre is het mogelijk om de vitaliteit van seniorencomplexen te behouden? Wat zijn geschikte interventies? En op welke wijze kunnen seniorencomplexen het beste - via natuurlijke weg maar met het benodigde beleid- getransformeerd worden tot woonzorgcomplexen waar zorgvragers kunnen blijven wonen tot opname in een zorginstelling nodig is?

Voorheen hadden meerdere complexen 24/7 zorgposten voor het opvolgen van alarmeringen. Door bezuinigingen in de zorg en de aanwezigheid van meerdere zorgaanbieders kan deze dienst niet meer “gratis” geleverd worden.

Ook zullen er meer ouderen met een GGZ-indicatie een beroep doen op seniorenhuisvesting. De zorg zou bij voorkeur geborgd moeten zijn in het huurcontract (à la het tweede kansbeleid) stellen enkele geïnterviewden.

### **Vitaliteit bewoners cruciaal**

Seniorenhuisvesters zetten sterk in op het organiserend vermogen van de bewoners van seniorencomplexen. Te denken valt aan het beheren - door een bewonerscommissie - van een ontmoetingsruimte en het organiseren van activiteiten. Daarnaast creëert men samen met de bewoners een sfeer waarbij bewoners aandacht en zorg voor elkaar hebben. Om dit te kunnen borgen is het nodig dat er voldoende vitale ouderen in deze complexen wonen. Hierbij wordt geëxperimenteerd met een maximum percentage bewoners met een zorgvraag. Probleem daarbij is dat er vaak meerdere zorgaanbieders actief zijn, en daarom de benodigde informatie voor een overzicht alleen bij de bewoners zelf vandaan kan komen. Daarnaast zal een deel van de aanvankelijk vitale ouderen op den duur zorg vragen. Dan resteert voor een goede verhouding in huishoudenssamenstelling alleen instroom van “vitale ouderen”, terwijl de behoefte bij hen beperkt zal zijn en de vraag naar geclusterd wonen juist onder ouderen met een zorgvraag leeft.

### **Rol van woonconsulenten**

Woonconsulenten of huismeesters met een sociale taak zijn een belangrijk aanspreekpunt voor bewoners in complexen volgens geïnterviewden. Als het aantal zorgvragers toeneemt en de zorgvragen zwaarder worden, wordt de rol van de woonconsulent belangrijker. Deze heeft een belangrijke signalerende en verwijzende rol, waarvoor minimaal een hbo-opleiding in een sociale richting noodzakelijk wordt gevonden.

Toezicht moet echter op een andere wijze worden georganiseerd, zo vinden corporaties. De aanwezigheid van (liefst 1) zorgpartij kan daarin mogelijk voorzien. Toezicht achter de voordeur past (tot nu toe) echter niet bij zelfstandig wonen in een eigen appartement zoals dat nu in woonzorgcomplexen en seniorencomplexen gebeurt. Daarvoor zijn afzonderlijke afspraken en arrangementen nodig. Uit de verkenning van de ondersteuningsbehoefte van de doelgroepen blijkt dat toezicht alleen bij doelgroep 4a nodig is. Extramuraal wonen zonder mantelzorger in geclusterd verband is alleen haalbaar als de zorgvrager hier al woonde voordat deze dement werd. Het benodigd actief toezicht zou via verzorgingshuisachtige setting of via frequente geplande zorgmomenten in combinatie met domotica een tijdlang voldoende kunnen zijn.

### **Participatie van buurt-ouderen**

Er zijn initiatieven gaande om de ontmoetingsruimte in seniorencomplexen open te stellen voor ouderen in de wijk. Niet alleen kan de ontmoetingsruimte beter benut worden, ook kunnen de senioren op deze wijze bijdragen aan het welzijn van ouderen in de wijk. Deze ontwikkeling wordt echter door een aantal zaken belemmerd/bemoedelijkt:

1. Wet-en regelgeving (o.a. drank- en horecawet, vrijwilligers) vraagt van de organisatie een aantal zaken te regelen, zo geven geïnterviewden aan. Te denken valt aan twee leidinggevendenden met verklaring voor sociale hygiëne en voorwaarden waaraan de ruimte zelf moet voldoen (bijv. toiletten). In een aantal gevallen bleek hierdoor openstelling wel gewenst maar niet te realiseren.
2. Bekostiging van de gemeenschappelijke ruimte is nu opgenomen in de huur van de woningen. Bij (mede)gebruik van de ruimte door ouderen in de wijk komt dit onder druk te staan en zou het redelijk zijn als een deel van de bekostiging vanuit gemeenschapsgeld (gemeente, welzijn, eigen bijdrage deelnemende bewoners) wordt opgebracht.
3. Organiserend vermogen van de bewoners van het complex. Wanneer de activiteiten opengesteld worden voor bewoners uit de wijk zal dit meer vragen van de organisatoren (die echter zelf ook op leeftijd zijn). Randvoorwaarden hierbij zijn volgens de corporaties:
  - a. Voldoende vitale bewoners in de complexen
  - b. Ondersteuning door professionals (of jongere/vitale vrijwilligers) bij afnemende vitaliteit

Voor de corporaties ontstaat hierbij ook een dilemma. Geïnterviewden geven aan dat de ondersteuning door woonconsulenten en bijvoorbeeld de huismeester onder druk staat als gevolg van de discussie dat corporaties terug moeten naar hun kerntaken.

Voorwaarde voor een goedlopende ontmoetingsruimte voor ouderen is volgens de geïnterviewden dan ook dat ondersteuning (door welzijn/sociaal wijkteam) kan worden geboden om bij afnemende vitaliteit van de bewoners toch een passend niveau van activiteiten voor en door de bewoners en/of buurtbewoners te kunnen blijven organiseren. Vooral voor bewoners die zijn gaan dementeren is structuur en het ontmoeten van bekende anderen (buren) van groot belang.

### **Huursprong**

Ouderen die vanuit een eengezinswoning uit de sociale huur gaan verhuizen naar een seniorenwoning, worden meestal geconfronteerd met een hogere huur, hetgeen een belemmering vormt volgens geïnterviewden. Gevoelsmatig gaan ze in een huis wonen dat minder is dan de (eengezins)woning die zij achterlaten terwijl ze meer gaan betalen. Het is een belemmering die de optimale woonsituatie tegengaat. Middels een landelijke communicatie/informatiecampagne kunnen ouderen en hun verwanten worden geïnformeerd en worden overtuigd dat zij zich zelf moeten voorbereiden op de toekomst en daar ook (een deel van) de kosten voor moeten dragen.

Er wordt ook op andere wijze geëxperimenteerd: een gemeente reserveert bij een corporatie een aantal woningen voor mensen die woningaanpassingen nodig hebben. De gemeente staat garant voor de kosten bij leegstand.

#### **9.3.2 Het verzorgingshuis**

Het thuis blijven wonen werd in de gesprekken regelmatig afgezet tegen de mogelijkheden en onmogelijkheden van het verzorgingshuis:

- In het verzorgingshuis is toezicht achter de voorkeur mogelijk. Verder is bij ZP 4 ook een dagprogramma geïndiceerd. Zorgvragers zijn overdag in principe in de gemeenschappelijke huiskamer, waar altijd een medewerker in de buurt is. Mensen kunnen zich wel terugtrekken in de eigen woonruimte, maar dan weet het personeel daarvan.
- Het verzorgingshuis biedt niet altijd een goede oplossing voor mensen die dwalen aldus geïnterviewden. Niet alle verzorgingshuizen hebben immers een BOPZ-aanmerking.<sup>18</sup> De receptie is dan niet altijd bemand en bewoners kunnen zelf naar buiten. Voor dwalende dementerenden is dan een zorginstelling met BOPZ-aanmerking nodig, waardoor een gesloten setting kan worden gecreëerd. Veel structuren bieden kan dwaalgedrag deels voorkomen volgens geïnterviewden.
- 's Nachts is er geen toezicht in het appartement binnen het verzorgingshuis zelf.

Kortom, niet alle verzorgingshuizen zijn geschikt om alleenwonende dementerenden met een ZP 4 op te vangen. De verzorgingshuizen met een BOPZ-aanmerking zijn wel geschikt.

## 9.4 Overige aandachtspunten

### 9.4.1 Rol van inkomen

Geïnterviewden geven aan dat de beschikking hebben over een ruim inkomen het makkelijker maakt om zelfstandig te kunnen blijven wonen: woningaanpassingen en aanvullende zorg en diensten kunnen eenvoudig(er) worden betaald en daarmee gerealiseerd. Zorgvragers uit hoge inkomensgroepen kopen ook wel lifestylediensten in, zoals een persoonlijk assistent. Geïnterviewden geven aan dat men zaken geregeld krijgt, vooral bij mensen die de regie over het eigen leven kunnen voeren. In andere gevallen doet de mantelzorger dat, maar kan deze namens de zorgvrager diensten inkopen, zoals een gezelschapsdame of -heer. Deze mensen treft men niet aan in buurthuizen en verzorgingshuizen: zij hebben een eigen circuit van diensten waar zij gebruik van maken.

Zorgmedewerkers zien echter ook dat sommige zorgvragers niet het volledig aantal geïndiceerde zorguren afnemen vanwege de stapeling van eigen bijdragen. Hierdoor dreigt overbelasting van de mantelzorger.

Diverse thuiszorgaanbieders bieden ook particuliere hulp aan. Soms is dit zelfs goedkoper voor de zorgvrager dan geïndiceerde hulp aldus geïnterviewden.

<sup>18</sup> Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. Alleen instellingen met een BOPZ-aanmerking mogen vrijheidsbepalende middelen en maatregelen toepassen. Verpleeghuizen voor PG ouderen hebben deze aanmerking. Verzorgingshuizen kunnen deze BOPZ-aanmerking ook aanvragen, maar moeten dan aan bepaalde eisen voldoen, zoals de verbondenheid van een BOPZ-arts. Sommige verzorgingshuizen hebben bijvoorbeeld specifieke verpleegafdelingen ingericht en voor die afdelingen een BOPZ-aanmerking.

Het inkomen speelt nu nog een beperkte rol bij het al dan niet extramuraal kunnen blijven wonen. In de toekomst verwacht men dat dit belangrijker en meer onderscheidend wordt.

#### **9.4.2 Misbruik**

Ouderen zijn een kwetsbare doelgroep en kunnen daarom makkelijk slachtoffer worden van misbruik. Dat kan zowel gaan om uitbuiting door iemand uit hun sociale netwerk als door een zorgprofessional. Een geïnterviewde gaf aan dat een zogenaamde “zwarte lijst” niet blijkt te werken: de betreffende medewerker werkt nu weer met de doelgroep via een andere organisatie.

## 10 Conclusies en aanbevelingen

**In dit hoofdstuk wordt weergegeven wat nodig of gewenst is voor de verschillende subdoelgroepen om extramuraal te kunnen blijven wonen: de inhoud van de arrangementen op het gebied van ondersteuning, wonen en woonomgeving. Daarbij wordt ook de vertaalslag gemaakt naar mogelijke oplossingen. Tot slot geven we een aanzet voor de opgave voor diverse partijen.**

Uit de exercitie in de voorgaande hoofdstukken blijkt dat de geformuleerde benodigde zorglevering, zoals in de zorgzwaartepakketten besloten ligt, niet 1 op 1 vertaald hoeft te worden naar de extramurale praktijk. Zo blijkt toezicht of voortdurende nabijheid alleen bij een deel van doelgroep 4a nodig te zijn. Dit ondersteunt in grote lijnen het ingezette beleid. In het onderzoek zijn de afzonderlijke elementen die integraal worden geboden binnen een verzorgingshuis uiteengegrafeld. Vervolgens is per doelgroep nagegaan welke van die afzonderlijke elementen (randvoorwaarden) nodig, wenselijk of prettig zijn om extramuraal te kunnen blijven wonen. In navolgende tabel is dat inzichtelijk gemaakt voor alle doelgroepen.

Het mag duidelijk zijn dat er tussen de drie soorten mantelzorgsituaties die hier onderscheiden worden, allerlei tussenvormen bestaan. Zo zijn er ook inwonende mantelzorgers die gezondheidsproblemen hebben of overbelast zijn geraakt. Zij kunnen dan nog wel een deel van de genoemde mantelzorg bieden, maar er is dan wel meer professionele hulp nodig dan ‘normaal’. Dit heeft invloed op het belang van de specifieke randvoorwaarden. Een voorbeeld: bij een inwonende mantelzorger die zelf lichamelijke beperkingen heeft, zal huishoudelijke verzorging “wenselijk” of “noodzakelijk” zijn, in plaats van “fijn en prettig” zoals bij een gezonde inwonende mantelzorger geldt. Het moet daarom niet gezien worden als statische randvoorwaarde voor alle inwonende mantelzorgers. Het continuüm van de allerlei mogelijke mantelzorgsituaties is hier teruggebracht naar drie categorieën.

De randvoorwaarden gelden voor mensen die voorheen van een verzorgingshuis gebruik zouden maken. Mensen uit de hoogste inkomensgroepen maakten voorheen al andere keuzen en zullen grotendeels in hun eigen randvoorwaarden voorzien.

Het onderscheid in wenselijk, zeer wenselijk en noodzakelijke randvoorwaarden kunnen per persoon verschillen. Met name het welzijn en geestelijk welbevinden is minder grijpbaar dan fysieke randvoorwaarden. Zo zal voor sommigen het sociale aspect een noodzakelijker voorwaarde zijn dan voor anderen met vergelijkbare beperkingen in dezelfde situatie (bijvoorbeeld alleenwonend zonder mantelzorg). De “participatieladder”<sup>19</sup> is als uitgangspunt genomen om een ondergrens te bepalen. De voorlaatste sport is “sociale contacten buitenshuis” en is hier als minimum benoemd bij mensen zonder netwerk. De laatste sport is “geïsoleerd”.

<sup>19</sup> Bron: Vereniging Nederlandse Gemeenten.

## 10.1 De arrangementen

		DOELGROEPEN													
		1		2a		2b		3		4a		4b		4c	
		inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
<b>Randvoorwaarden</b>	<b>manteizorg:</b>	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
<b>m.b.t. toeleiding en signalering</b>	info en advies monitoring	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
<b>m.b.t. ondersteuning:</b>	respijtzorg	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	huishoudelijke verzorging	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	persoonlijke verzorging	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	begeleiding	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	dagstructuur	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	kortdurend verblijf	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	alarm/contact 24/7	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	alarmopvolging	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	20-30 min. < 10 min.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
<b>m.b.t. de woning:</b>	beugels e.d.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	zelfredzaamheid/ mobiliteit	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	rolstoelgesch.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	gericht op beveiliging	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
<b>m.b.t. de woonomgeving:</b>	passief	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	aanspreekpunt	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	actief	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	winkels dagelijkse boodschappen	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	< 100 m.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	< 1000 m.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	ontmoeting / activiteiten	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	< 100 m.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	< 1000 m.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	openbare ruimte	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	rollatorgesch.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.
	rolstoelgesch.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.	inw.	uitw.








## LEGENDA/BEGRIPPEN

\*bij mantelzorg:

inw. = inwonende mantelzorger: een gezonde inwonende mantelzorger, die in staat is mantelzorg te verlenen

uitw. = uitwonende mantelzorger: mantelzorger die niet in huis woont bij zorgvrager die minimaal 8 uur per week mantelzorgtaken verricht

	Noodzakelijke (harde) randvoorwaarde. Als aan deze randvoorwaarde niet wordt voldaan, zullen tenminste compenserende maatregelen nodig zijn om ernstige problemen te voorkomen.
	Voor een deel van de doelgroep noodzakelijk; voor een deel zeer wenselijk
	Zeer wenselijk (doet afbreuk aan kwaliteit van leven als het er niet is)
	Fijn en prettig (maakt het leven aangenamer, maar doet geen afbreuk aan kwaliteit van leven)
	Randvoorwaarde is meestal onvoldoende

Er zijn verschillende oplossingen mogelijk om de benodigde randvoorwaarden te creëren. Daar worden aanzetten voor gegeven in paragraaf 10.2.

- informatie en advies: voorlichting en advies over voorzieningen, omgaan met beperkingen etc.
- monitoring: regelmatig gezien worden door professional, zodat deze zicht heeft op hoe het met zorgvrager en eventuele mantelzorgers gaat
- respijtzorg: mantelzorgtaken geheel overnemen van mantelzorger gedurende een periode (varianten: overdag/s nachts, in huis zorgvrager/op andere locatie, uren/dagdelen/dagen/weken)
- huishoudelijke verzorging: schoonmaken, (brood)maaltijden bereiden en warme maaltijd opwarmen, kleding wassen, vaat wassen
- persoonlijke verzorging: ADL (wassen, eten), aanreiken of toedienen van medicijnen, toezicht (met de handen op de rug) van persoonlijke verzorging bij mensen met verminderde sociale redzaamheid
- begeleiding: praktische hulp bij allerlei zaken zoals administratie en boodschappen doen, hulp bij plannen en stimuleren van contact met mensen uit sociale omgeving, herstellen of compenseren van regelvermogen (dagelijkse routine en dagbesteding)
- dagstructuur: regelmaat aanbrenge in het verloop van de dag, bijvoorbeeld door op gezette tijden verzorging te bieden
- kortdurend verblijf: mogelijkheid om gedurende korte periode gebruik te maken van verblijf met verzorging, bijvoorbeeld bij ziekte of breuken

dom. = alleen bij toezichthoudende domotica

### Opmerkingen bij de tabel:

- De eerste serie randvoorwaarden (“informatie en advies” en “monitoring”) heeft betrekking op de toeleiding naar zorg en andere voorzieningen. Daarom zijn deze voorwaarden voor alle doelgroepen van belang. Deze randvoorwaarden kunnen globaal worden gezien als eerste stap en als entree tot andere randvoorwaarden.  
  
De randvoorwaarden staan echter “los” benoemd van het aanbod waarin de randvoorwaarden in de praktijk vertaald worden. Sommige randvoorwaarden kunnen in de praktijk tegelijk met andere voorwaarden worden geboden. Zo heeft de thuiszorgmedewerker die persoonlijke verzorging biedt ook een signalerende en adviserende functie, en verwijst zo nodig door.
- In de tabel is niet aangegeven hoe, of door wie de betreffende randvoorwaarde ingevuld zou moeten worden. Dat hangt af van de zorgvrager, diens netwerk en de lokale situatie. Zo kan de voorwaarde “aanspreekpunt” zowel door vrijwilligers als professionals ingevuld worden, afhankelijk van sociale cohesie, ligging woningen etc. Een ander voorbeeld is de invulling van alarmopvolging, zoals de snelle alarmopvolging bij doelgroep 4b. Voor een deel van deze hulpvragen kunnen goed mantelzorgers die nabij wonen worden ingezet. Alarmopvolging betekent dus niet per definitie “alarmopvolging door professionals”.
- De tabel laat per doelgroep zien welke voorwaarden belangrijk zijn (de kolommen). Daarnaast is te zien per voorwaarde voor welke doelgroepen de voorwaarde belangrijk is (de rijen). Ook is in de tabel te lezen voor hoeveel doelgroepen een randvoorwaarde van belang is en in welke mate (vergelijking tussen de rijen).
- Randvoorwaarden kunnen minder noodzakelijk worden als er alternatieven worden ingezet. Zo kan vervoer een alternatief zijn voor nabijheid van voorzieningen. De kleuren geven aan dát, en in welke mate, er een noodzaak is voor het voldoen aan een randvoorwaarde of het zoeken naar alternatieven die de randvoorwaarde minder noodzakelijk maken.

## 10.2 Mogelijke oplossingen

### 10.2.1 Doelgroep 1: Verminderd sociaal redzaam

De benodigde ondersteuning behoort tot het reguliere aanbod van zorg en diensten. De woning moet bij voorkeur geschikt zijn voor het functioneren met eventuele kleine beperkingen en verder zijn ingericht op valpreventie.

Een laagdrempelig aanspreekpunt is gewenst, in het bijzonder voor alleenwonende zorgvragers. Dat kan een buurman zijn als deze burens zelf niet zorgbehoevend zijn. Alternatief is een huismeester of een soortgelijke functionaris met een buurtfunctie.

Voorzieningen liggen voor deze doelgroep bij voorkeur binnen een straal van 1 km. Dat kan door het realiseren van woonservicegebieden, geclusterd wonen met voorzieningen en het wijkgericht organiseren van voorzieningen. Een alternatief is het bieden van vervoer (valt al onder Wmo) voor zorgvragers die verder weg wonen en voor vervoer zijn aangewezen op anderen.

## 10.2.2 Doelgroep 2a en 4a: Lichte en matige psychogeriatrische problematiek

Bij deze doelgroep is het belangrijk om de mantelzorger te ondersteunen, onder andere door middel van respijtzorg. Voor een goede ondersteuning is het nodig dat er een continuüm van respijtvorzieningen beschikbaar komt, waarbij niet alleen dagopvang wordt geboden, maar er ook mogelijkheden zijn voor respijtzorg 's nachts en in de weekenden. Parallel hieraan verdient de acceptatie van gebruik van respijtzorg door de mantelzorger aandacht. Huisartsen kunnen hierin een belangrijke rol vervullen.

Middels domotica kan, met oog voor de risico's, door zorgvragers nog een tijdlang zelfstandig naar buiten gegaan worden. Het is dan wel nodig dat er mantelzorgers zijn waar een signaal kan binnenkomen en zij tijdig kunnen reageren.

Voor dementerenden is het bieden van een dagstructuur en toezicht op voldoende inname van voedsel en vocht van belang. Voor alleenwonenden betekent dat dat er frequente bezoekmomenten op een dag moeten zijn of dat dit toezicht wordt geboden middels dagopvang buitenshuis.

Thuiszorg kan 4 tot 6 maal langskomen per dag, maar daarnaast is de inzet en betrokkenheid van mantelzorgers nodig, onder andere om beslissingen te kunnen nemen. Voor doelgroep 4a wordt aangegeven dat het (bijna) onmogelijk is om een verantwoorde situatie te creëren zonder de inzet en betrokkenheid van mantelzorg. ZZP 4 blijft nodig voor dit type zorgvrager. Een deel van het huidige aanbod – opname in een verzorgingshuis zonder BOPZ aanmerking – wordt echter op diverse onderdelen niet geschikt gevonden:

- Het is geen gesloten setting en daarom geen oplossing voor mensen die gaan dwalen;
- Er is geen toezicht gedurende de nacht;
- Mensen raken bij verhuizing gedesoriënteerd en angstig.

Een verzorgingshuis met BOZP-verpleegafdeling is wel geschikt.

Voor mensen met een inwonende partner is verhuizen naar een verzorgingshuis (zonder BOPZ-aanmerking) een oplossing om langer bij elkaar te kunnen blijven wonen. Voor dementerenden zonder netwerk is echter een verpleegafdeling of verpleeghuis-setting wenselijk, zij het met zorgvragers die zich in dezelfde fase van de ziekte bevinden (gematigd stadium). Geïnterviewden geven dan ook aan dat de indicatie van ZZP 4 bij zorgvragers zonder netwerk al snel zal worden verhoogd naar een ZZP 5.

De woning moet zijn ingericht op beveiliging. Informatie, advies maar ook hulp bij installatie van voorzieningen is nodig.

Verder is een sociale omgeving die meekijkt als de dementerende zelfstandig naar buiten gaat behulpzaam bij het extramuraal kunnen blijven wonen. Initiatieven gericht op sociale cohesie en sociale controle kunnen hierbij een rol spelen.

### **10.2.3 Doelgroep 2b: Verzorging bij somatiek**

Ongeplande zorg is nodig, bijvoorbeeld bij vallen of bij toiletgang. Een snelle alarmopvolging is zeer wenselijk, maar niet zo noodzakelijk als bij doelgroep 3.

Afhankelijk van de locatie situatie kan ingezet worden op het realiseren van aanspreekpunten per straat door bewoners (bij een goede sociale cohesie) of de inzet van buurthuismeesters.

Voor mensen zonder netwerk zijn voorzieningen binnen 1 km noodzakelijk. Vervoer is een alternatief voor nabijheid van voorzieningen. Zorgvragers zijn dat echter wel afhankelijk van dit vervoer, terwijl zij voorzieningen zelfstandig kunnen bereiken indien deze op maximaal 1 km afstand liggen.

### **10.2.4 Doelgroep 3: Intensieve verzorging bij somatiek**

Bij deze doelgroep gaat het om mensen met (ernstige/complexe) lichamelijke problemen, die echter tot op zekere hoogte nog wel cognitief in staat zijn tot het voeren van regie over het leven. Voor een deel van deze zorgvragers is een snelle alarmopvolging (binnen 10 minuten) noodzakelijk om extramuraal te kunnen blijven wonen. Dit maakt op dit moment nog geen of slechts een zeer beperkt deel uit van het reguliere aanbod: een garandeerde snelle alarmopvolging binnen 10 minuten wordt niet of nauwelijks geboden. Indien hierin niet wordt voorzien, dan zijn de zorgvragers die dit nodig hebben i.v.m. hulp bij toiletgang eerder dan nodig aangewezen op incontinentiemateriaal. Ouderen die vanwege paniek bij benauwdheidsaanvallen behoefte hebben aan een snelle alarmopvolging zullen naar verwachting bereid zijn te verhuizen naar een woning waar deze snelle alarmopvolging kan worden geboden.

De beperkingen van dit type zorgvrager stelt ook eisen aan de woning en woonomgeving. De woning moet, met name voor alleenwonenden, gelijkvloers zijn en de openbare ruimte van de woonomgeving minimaal rollatorgeschikt, zodat men naar buiten kan. Voorzieningen zijn bij voorkeur (zeer) nabij, zodat men voor boodschappen niet afhankelijk is van anderen. Het alternatief hiervoor is vervoer inclusief begeleiding of het leveren van deze voorziening aan huis ( boodschappendienst, bezoekvrijwilliger). De wereld van de zorgvrager speelt zich dan echter voor of uitsluitend af binnen de woning.

Geclusterd wonen met voorzieningen zeer nabij is voor deze doelgroep een mogelijke oplossing, mits er ook snelle alarmopvolging wordt geboden.

Verder zal er vanuit deze doelgroepen behoefte kunnen zijn aan kortdurend verblijf, bijvoorbeeld bij griep als men alleen woont of na ziekenhuisopname. Hiervoor geldt dat dit verblijf meer eisen stelt aan (voortdurend) beschikbare zorg dan bij doelgroep 2b, omdat de laatstgenoemde doelgroep zelfredzamer is, ook bij ziekte.

### **10.2.5 Doelgroep 4b: Ernstige zintuiglijke beperking i.c.m. fysieke beperkingen**

Er is planbare en onplanbare hulp nodig. Voor deze doelgroep is een snelle alarmopvolging soms nodig, bijvoorbeeld als zij glaswerk of iets dergelijks laten vallen. De alarmopvolging hoeft dan echter niet per se door een professional plaats te vinden.

De woning moet overzichtelijk zijn, met vrije doorgangen en zonder niveauverschillen of drempels in verband met valpreventie door slecht/geen zicht. Voor deze doelgroep geldt dat zij niet zonder begeleiding naar buiten gaan. Voor de dagelijkse boodschappen zijn zij in elk geval aangewezen op anderen. Daarom is deze in de tabel niet als “noodzakelijk” maar “zeer wenselijk” aangemerkt. Wanneer deze voorzieningen echter zeer nabij zijn, dan kunnen zij daar met hun begeleider komen. Ook voor ontmoeting en activiteiten geldt dat zij begeleiding nodig hebben om daar te geraken. Dat kan een buurvrouw zijn die naar dezelfde activiteit gaat.

Geclusterd wonen met voorzieningen zeer nabij is voor deze doelgroep een mogelijke oplossing. Het alternatief voor nabijheid van voorzieningen en een toegankelijke woonomgeving is vervoer inclusief begeleiding. Als dit gepaard gaat met een nulredenwoning in een woonomgeving, waarbij men altijd een beroep kan doen op directe burens, kan dit, uiteraard afhankelijk van persoonlijke wensen en voorkeuren, een goede oplossing zijn.

#### **10.2.6 Doelgroep 4c: Psychiatrische problematiek i.c.m. fysieke beperkingen**

Voor deze doelgroep is vooral ondersteuning nodig: dagstructuur, begeleiding en iemand die in de gaten houdt hoe het gaat. Deelname aan reguliere activiteiten en ontmoeting is soms lastig. Georganiseerd naar type zorgvrager wordt er echter wel gebruik van gemaakt. Ook “maatjes” zijn een belangrijke vorm van ondersteuning.

Verder is ook voor deze doelgroep een aanspreekpunt in de buurt en een meekijkend oogje prettig. Dit moet echter wel een vertrouwd iemand zijn en niet bij “de buurt” als geheel liggen, aangezien deze doelgroep wel eens overlast veroorzaakt.

### **10.3 Aanzet voor de opgave**

Hieronder wordt puntsgewijs een aanzet gegeven voor de opgave voor verschillende partijen:

#### **10.3.1 Rijk**

- Informatiecampagne gericht op ouderen en hun mantelzorgers dat zij voorbereidingen treffen in de woning gericht op het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Daarnaast wijzen op de mogelijkheid dat ouderen kunnen verhuizen naar de woonplaats van hun mantelzorgers.
- Wegnemen van drempels voor zorgorganisaties om zorg zo efficiënt mogelijk te plannen. Het eerder ingezette beleid ten behoeve van het realiseren van keuzevrijheid voor zorgvragers uit diverse zorgaanbieders evalueren tegen het licht van de toekomstige opgave.
- Mogelijkheden onderzoeken om ook bij indicatiestelling verblijf onderscheid te maken naar bruto en netto zorgvraag. Het verschil tussen bruto en netto is wat de zorgvrager en zijn/haar netwerk zelf kan en voorliggende voorzieningen.
- Belemmeringen in regelgeving wegnemen om gemeenschappelijke ruimten in seniorencomplexen een buurtfunctie te geven.

- Verdeling van de omvang van subdoelgroepen binnen ZZP 4 onderzoeken, om een beter beeld te hebben van de omvang van specifieke opgaven.
- Met zorgpartijen en gemeenten een sluitende methode ontwikkelen om zorgmedewerkers die zorgvragers hebben uitgebuit of misbruikt, niet meer met de doelgroep te laten werken, ook niet als vrijwilliger.

### 10.3.2 Gemeente

- Inzetten op sociale cohesie, sociale controle en buurtfunctionarissen t.b.v. het realiseren van een laagdrempelig aanspreekpunt voor zorgvragers én een omgeving die meekijkt en een oogje in het zeil houdt.
- Particuliere woningbezitters faciliteren met kennis en kunde over woningaanpassingen en beveiliging woning.
- Continuüm aan respijtvorzieningen realiseren. Aandachtpunten zijn drempels om er gebruik van te maken. De voorzieningen moeten daarom goed aansluiten bij de vraag en type gebruikers.
- Projecten ten behoeve van welzijn continueren/realiseren, zoals maatjesprojecten voor mensen met psychiatrische aandoeningen.
- Laagste inkomens tegemoet komen bij woningaanpassingen (in afstemming met corporaties).
- Woonservicegebieden realiseren en wijkgerichte voorzieningen.
- Aandacht voor verkeersveiligheid, omdat een groter aandeel kwetsbare bewoners in de wijk blijft wonen.
- Realiseren van vervoer met begeleiding, bijvoorbeeld via vrijwilligers.
- Aandacht voor erkenning inzet mantelzorgers.
- Afspraken maken met corporaties voor gelijkvloerse woningen en/of rolstoelwoningen in sociale huur.
- Gemeenschappelijke ruimten in seniorencomplexen meefinancieren ten behoeve van wijkfunctie.
- Faciliteren en steunen van activiteiten voor en door bewoners, bijvoorbeeld in gemeenschappelijke ruimten in seniorencomplexen met wijkfunctie.
- Met zorgpartijen en rijksoverheid een sluitende methode ontwikkelen om zorgmedewerkers die zorgvragers hebben uitgebuit of misbruikt, niet meer met de doelgroep te laten werken, ook niet als vrijwilliger.

### 10.3.3 Corporaties

- Actief aanbieden van woningaanpassingen aan senioren en uitvoeren aanpassingen.
- Aangepaste woningen opnieuw toewijzen aan huurder met beperkingen.

- Afspraken maken met gemeenten en zorgorganisaties over woningtoewijzing en voorzieningenniveau bij seniorencomplexen/woonzorgcomplexen.
- Realiseren voldoende gelijkvloerse woningen en/of rolstoelgeschikte woningen sociale huur.
- Onderzoeken hoe de toekomst van seniorencomplexen eruit kan zien (behoud vitaliteit versus woonzorgcomplex voor zorgvragers).
- Voldoende opleidingsniveau voor woonconsulenten.

#### **10.3.4 zorgorganisaties**

- Ingericht zijn om frequente, kortdurende bezoeken af te leggen.
- Ingericht zijn om snelle alarmopvolging (binnen 10 minuten) te kunnen bieden, in ieder geval op een aantal locaties (bijvoorbeeld in seniorencomplexen en aanleunwoningen). Daarvoor dient de reistijd zo beperkt mogelijk te zijn. Een zo groot mogelijke schaal (aantal zorgvragers) op een zo beperkt mogelijke oppervlakte is nodig om dit te kunnen realiseren. Dat kan door middel van samenwerking met andere zorgorganisaties of verdeling van werkgebieden. Het probleem is dat het verdelen van werkgebieden in principe niet is toegestaan door de Autoriteit Consument & Markt.
- Zorgen dat alle medewerkers goed bekend zijn met de taken die onder AWBZ/Wmo/ZVW vallen (voorbeeld rond maaltijden wat niet bij iedereen bekend is, zie hoofdstuk 9.1).
- Verpleeghuis “light” voor zorgvragers met matige dementie zonder netwerk.
- Voldoende opleidingsniveau bij complexe zorg.
- Aandacht voor het betrekken van met name uitwonende mantelzorgers bij de zorg.
- Aandacht voor kansen van inzet domotica, bijvoorbeeld dementerende 's nachts uitluisteren.
- Aandacht voor overbelasting bij mantelzorgers rond zorgvragers met een hoger inkomen, die vanwege stapeling van bijdragen de geïndiceerde zorg niet volledig afneemt.
- Met rijksoverheid en gemeenten een sluitende methode ontwikkelen om zorgmedewerkers die zorgvragers hebben uitgebuit of misbruikt, niet meer met de doelgroep te laten werken, ook niet als vrijwilliger.

#### **10.3.5 Eerstelijns zorg**

- Huisartsen brengen belang van het gebruik van respijtzorg over aan zorgvragers en mantelzorgers.
- Aandacht voor overbelasting bij mantelzorgers rond zorgvragers met een hoger inkomen, die vanwege stapeling van bijdragen de geïndiceerde zorg niet volledig afnemen.

### **10.3.6 Informatie en advies, indicatiestellers**

- Voldoende opleidingsniveau bij verwijzers en indicatiestellers om diverse soorten problematiek te herkennen en goed zicht op de mogelijkheden om zorgvragers goed door te verwijzen of zorg/voorzieningen te indiceren.
- Uitwisseling gegevens zorgvrager, nodig bij indicatiestelling bij voorzieningen die onder verschillende regimes vallen. Nu moeten zorgvragers met AWBZ en Wmo voorzieningen twee maal informatie verstrekken en zijn twee verschillende indicatiestellers bezig rond dezelfde zorgvrager. Dat kan wellicht efficiënter en klantvriendelijker.

### **10.3.7 Zorgvragers/mantelzorgers**

- Voorbereidingen treffen in de woning om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen.
- Financieren woningaanpassingen.



# Bijlagen



# Bijlage 1 Lijst geïnterviewden

## Thuiszorg

Naam	Functie	Organisatie
Tineke van Dis	Verpleegkundige in de wijk	Buurtzorg Amersfoort Schothorst
Mirjam van Doesburg	Wijkverpleegkundige	Buurtzorg Amersfoort Schothorst
Herma Eggengoor	Wijkverpleegkundige	Thuiszorg Zuidwest Friesland
Leen van Poelje	Regiocoördinator De Friese Meren en gemeente Zuidwest Friesland	Thuiszorg Zuidwest Friesland
Esther Holvast	Zorgregisseur (wijkverpleegkundige)	Rivas
Ellie de Man	casemanager	Brabantzorg

## Casemanagement dementie

Naam	Functie	Organisatie
Marga Meppelink	Casemanager en gespecialiseerd wijkverpleegkundige PG	Icare
Monica Edelaar	Teammanager	GGZ Rivierduinen
Willy Gillissen	Casemanager dementie Leiden/Duin- en Bollenstreek en wijkverpleegkundige Buurtzorg	Buurtzorg
Thea Pittens	Dementieconsulent	Brabantzorg

## Zorgcentra

Naam	Functie	Organisatie
Antje Berlin	ergotherapeut	Vivent
Petra ten Cate	Manager zorg- en behandelteams	Vivent
Theo Schonenberg	Zorgbemiddelaar complexe zorg	Vivent
Els de Jong	Wachtlijstbemiddelaar	Wilgaerden
Ans Koper	Wachtlijstbemiddelaar	Wilgaerden

## CIZ

Naam	Functie	Organisatie
Loes van der Beele	Indicatiesteller V&V	CIZ Amsterdam
Renate van Os	Indicatiesteller V&V	CIZ Amsterdam
Jeanette Hamminga	Indicatiesteller V&V	CIZ Zwolle

## Welzijn

Naam	Functie	Organisatie
Manuela Fleming	Wonen, welzijn en zorg adviseur	Kern 8
Tiny de Graaf	Wonen, welzijn en zorg adviseur	Kern 8
Anneke van der Veer	Wonen, welzijn en zorg adviseur	Versa Welzijn

## Gemeenten

Naam	Functie	Organisatie
Hélène van Ommen	Wmo consulent	Gemeente Heusden
Arne Moerenhout	Wmo consulent	Gemeente Pijnacker-Nootdorp

## Corporaties

Naam	Functie	Organisatie
Celestine Paanakker	Teammanager Wonen	SOR (St. ouderenhuisvesting R'dam)
Willemijn Soeren	Senior marketing adviseur	Woonzorg Nederland
Erik IJzer	Clustermanager Noord Holland Oost	Woonzorg Nederland

## Overig

Naam	Functie	Organisatie
Heidi Evers	Programmamedewerker kwaliteit en Innovatie Ouderenzorg	Vilans
Beatrijs Jansen	Sr. programmamedewerker kwaliteit en innovatie chronisch zieken	Vilans
Roos Verheggen	Programmamanager	Mezzo

## Bijlage 2 Lijst met afkortingen

ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Wet BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
CIZ	Centraal indicatieorgaan zorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
PG	psychogeriatrisch
Som	Somatiek
V&V	Verpleging en verzorging
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZG	Zintuiglijk gehandicapten
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket