

# Stedelijke Agenda Ouderen 2016-2018

**Vitaal** oud  
worden  
in Utrecht



**Gemeente Utrecht**



**Zilveren  
Kruis**

## INHOUD

Voorwoord	3
Inleiding, uitgangspunten en ambitie	4
Gezond ouder worden in de wijk (actielijn 1)	6
Kwetsbare ouderen zo lang mogelijk thuis (actielijn 2)	8
24-Uurs zorg voor de zorgafhankelijke oudere (actielijn 3)	11
Communicatie, middelen en informatie	13
Bijlage 1: Cijfers over ouder worden in Utrecht	14

# Vitaal oud worden in Utrecht

Utrecht is een jonge stad waar, in vergelijking met andere steden, verhoudingsgewijs weinig ouderen wonen. Dit zal de komende jaren zo blijven. Toch groeit de groep ouderen in de stad – ouderen die in grote meerderheid zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen, ook als ze kwetsbaar(der) worden en meer zorg nodig hebben. De mogelijkheden om te verhuizen naar een verzorgings- of verpleeghuis zijn afgenomen. Voor onze organisaties betekent dit een stevige uitdaging.

Een sociaal vitale stad is voorbereid op de uitdagingen die ouder worden met zich meebrengt. Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht willen dat Utrechters zo vitaal en gezond mogelijk oud kunnen worden in de stad. Beiden leveren wij, ieder vanuit onze eigen verantwoordelijkheid, een bijdrage aan het realiseren van deze ambitie. Waar onze verantwoordelijkheden elkaar raken, willen we samenwerken. Juist op de raakvlakken valt winst te behalen.

In deze Stedelijke Agenda Ouderen benoemen we de maatregelen die we samen treffen om ervoor te zorgen dat de stad is toegerust op een grotere groep ouderen die zelfstandig wonen. Natuurlijk doen we dit niet alleen. We werken samen met de bewoners van onze stad, cliënten(organisaties), de buurtteams, medische basiszorg, zorginstellingen en woningbouwcorporaties. Utrecht maken we immers samen!



**Margriet Jongerius**

Wethouder Welzijn, Zorg en maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), wijkgericht werken en Participatie, Cultuur en wijk Noordwest



**Victor Everhardt**

Wethouder Werk en inkomen, Jeugdzorg, Volksgezondheid, Stationsgebied en wijken Leidsche Rijn en Noordoost



**Olivier Gerrits**

Directeur Zorginkoop Zilveren Kruis

# Inleiding, uitgangspunten en ambitie

In deze Stedelijke Agenda Ouderen 2016-2018 presenteren zorgverzekeraar Zilveren Kruis<sup>1</sup> en de gemeente Utrecht<sup>2</sup> een aantal ideeën en initiatieven voor vernieuwing van de ouderenzorg in de stad.

## 1.1. De aanleiding

Er zijn twee aanleidingen om deze agenda op te stellen. De eerste is het groeiende aantal ouderen in de stad. Hoewel Utrecht een relatief ‘jonge stad’ is en blijft, stijgt het aandeel 65-plussers in de (groeierende) bevolking van ruim 10 procent in 2015 naar 13,5 procent in 2030. Elk jaar komen er 700 tot 800 65-plussers bij. De tweede aanleiding zijn de veranderde maatschappelijke opvattingen over oud worden en de ingrijpende veranderingen in de zorg, die de afgelopen jaren hun beslag hebben gekregen. De meeste ouderen willen, ook als ze kwetsbaar(der) worden, zo lang mogelijk thuis blijven wonen; de mogelijkheden om te verhuizen naar een verzorgingshuis of verpleeghuis zijn sterk afgenomen.

---

<sup>1</sup> Zilveren Kruis is onderdeel van het Achmea-concern. Achmea heeft ouderen als specifieke doelgroep benoemd. Achmea wil producten en diensten voor ouderen vanuit zijn verschillende divisies integraal aanbieden. Dit betreft informatie, zorg, wijkinfrastructuur en wonen. Dit biedt kansen voor innovatie, ook in het kader van deze Agenda. Zilveren Kruis is de grootste zorgverzekeraar in Utrecht en is Zorgkantoor voor de regio Utrecht.

<sup>2</sup> “Bouwen aan een gezonde toekomst” is één van de drie speerpunten van het Utrechtse college van B&W. Deze Agenda sluit aan bij dit speerpunt en bij het gemeentelijk beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en volksgezondheid.

Dit alles vraagt – in onze ogen – om vernieuwing van de ondersteuning en zorg voor ouderen.

## 1.2. Een agenda

Deze Stedelijke Agenda Ouderen biedt hiertoe een aanzet. We spreken van een ‘agenda’ omdat we geen blauwdruk van de vernieuwing willen en kunnen leveren. Vernieuwing van de ouderenzorg is een samenspel van veel partijen. Om te beginnen de groep ouderen zelf en hun mantelzorgers, de huisartsen, de buurtteams, zorginstellingen, zorgverzekeraars en de overheid. Wij nodigen alle betrokken partijen graag uit hun aandeel in de vernieuwing te leveren. Wij zien bij veel instellingen en zorgprofessionals een groeiende bereidheid en enthousiasme voor vernieuwing.

## 1.3. Uitgangspunten

Wij hebben deze agenda opgesteld met de volgende uitgangspunten:

- De vraag van de oudere en zijn (eventuele) mantelzorger staat centraal – en niet het bestaande aanbod van zorg. De regie over de zorg ligt zoveel mogelijk bij de oudere.
- Vernieuwing van zorg is een stapsgewijs proces, waaraan veel partijen een bijdrage leveren, niet alleen als deelnemer maar soms ook in een leidende rol.

- Vernieuwing is een proces van ‘leren’ door middel van pilots en experimenten.
- De door de oudere ervaren kwaliteit van ondersteuning en zorg neemt toe, wanneer er zo min mogelijk hinderlijke schotten zijn tussen wetten en de bijbehorende financiering.

#### 1.4 Beoogde resultaten in 2018

Met onze agenda willen wij een bijdrage leveren aan het bereiken van de volgende resultaten:

- Ouderen kiezen voor een gezonde(re) leefstijl, voelen zich langer vitaal en gezond, en hebben minder ondersteuning en zorg nodig.
- Ouderen die veel zorg nodig hebben kunnen, dankzij goede ondersteuning en zorg aan huis, langer zelfstandig thuis blijven wonen.
- Mantelzorgers houden de zorg die zij leveren beter vol en kunnen een beroep doen op respijtzorg die aansluit bij hun behoefte.
- Ook sommige ouderen die 24-uurs zorg nodig hebben, kunnen thuis blijven wonen dankzij de combinatie van intensieve professionele zorg aan huis en mantelzorg.
- Kwetsbare ouderen die 24-uurs zorg nodig hebben kunnen rekenen op kwalitatief hoogwaardige en beschikbare zorg in een passende woonomgeving.

Met deze (beoogde) resultaten maken we een ‘beweging naar de voorkant’: minder intramurale zorg, langer thuis wonen, uitstel van zorg door een gezondere leefstijl. Het accent verschuift van ‘ziekte en zorg’ naar ‘gedrag en gezondheid’. Deze beweging naar voren kan alleen slagen, als zorgverleners, zorgverzekeraars en gemeente willen samenwerken en kunnen samenwerken doordat wetten, regels en financieringsstromen de samenwerking niet in de weg staan. Daarom voegen we aan bovenstaande inhoudelijke resultaten één belangrijk beoogd procesresultaat toe:

- Wet- en regelgeving en de bijbehorende financiële stromen leveren zo min mogelijk hindernis op voor de samenwerking in de ouderenzorg.

#### 1.5 Samenwerking langs drie actielijnen

Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht hebben een verschillende opdracht. De gemeente voert de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) en de Wet publieke gezondheid (Wpg) uit; Zilveren Kruis de Zorgverzekeringswet (Zvw) en – als Zorgkantoor – de Wet langdurige zorg (Wlz). Maar de opdrachten raken aan elkaar. Beiden geven we informatie en advies aan mensen, gericht op een gezonde(re) leefstijl. Beiden hebben we een rol in de eerstelijnszorg en kunnen we daarin effectiever en efficiënter optreden door samenwerking. Beiden hebben we te maken met de noodzaak om meer ondersteuning en zorg thuis te bieden, vanwege de capaciteitsreductie in de intramurale zorg. De drie actielijnen, die we in deze Agenda formuleren om de hiervoor genoemde ambities te realiseren, vloeien voort uit deze raakvlakken. De actielijnen zijn:

1. Gezond ouder worden in de wijk (hoofdstuk 2)
2. Kwetsbare ouderen zo lang mogelijk thuis (hoofdstuk 3)
3. 24-Uurs zorg voor de zorgafhankelijke oudere (hoofdstuk 4)

De drie actielijnen bieden een kader voor verandering en vernieuwing. Uitwerking in concrete afspraken en acties volgt in de maanden na de vaststelling van de agenda. Dit doen wij liefst in samenwerking met huisartsen, de buurtteamorganisaties, wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders, woningcorporaties, cliënten(organisaties) en andere betrokken partijen. Wij nemen hiertoe het initiatief.

#### 1.6. Tot slot

- Bijlage 1 bevat cijfers over ouder worden in Utrecht.
- We hanteren in deze agenda geen strikte definitie voor ‘ouderen’. Uitgangspunt is de AOW-leeftijd. Maar deze agenda is ook van toepassing op – bijvoorbeeld – iemand van 55, die jong dementteert.
- Waar ‘wij’ staat in deze agenda bedoelen we de gemeente Utrecht en zorgverzekeraar Zilveren Kruis.



# Gezond ouder worden in de wijk

De inzet van Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht in deze eerste actielijn is erop gericht dat zoveel mogelijk oudere Utrechters zo lang mogelijk vitaal en gezond blijven.

We weten dat factoren als sociaal isolement, *life events*, te weinig bewegen, ongezonde voeding, drinken en roken slecht zijn voor iemands gezondheid. Mensen vergroten hun kansen op een vitale oude dag door goed te zorgen voor hun lichaam, geest, sociaal netwerk, maatschappelijke betrokkenheid (werk, vrijwilligerswerk) en (aanpasbare) woning. Primair is dit de verantwoordelijkheid van de burger zelf. Maar gezien het maatschappelijk belang van het betaalbaar houden van de zorg hebben ook de overheid, zorgverzekeraars en zorgorganisaties hierin een rol. Hierna gaan we in op drie thema's waar samenwerking meerwaarde kan opleveren, te weten:

1. Het bevorderen van gezondheidsvaardigheden
2. Vroegsignalering
3. Ondersteuning van mantelzorgers

## 2.1. Gezondheidsvaardigheden

De rol van gemeente en zorgverzekeraar is, dat zij de (oudere) burger resp. de verzekerde een handje helpen bij het ontwikkelen en onderhouden van zijn 'gezondheidsvaardigheden'.

Gezondheidsvaardigheden definiëren wij als het vermogen van mensen om die dingen te doen die nodig zijn om fysiek, mentaal, sociaal en maatschappelijk vitaal en gezond te blijven.

Gezondheidsvaardigheden bevorderen wij door samen te werken aan de voorlichting aan ouderen over gezond en vitaal ouder worden - en door te zorgen dat informatie goed toegankelijk en

begrijpelijk is. Over allerlei aspecten van gezondheid en gezonde leefstijl is veel informatie beschikbaar voor de inwoner van Utrecht. Maar de vraag is, of deze informatie voldoende is toegespitst op ouderen. Dat gaan we bekijken. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld:

- informatie die aanzet tot nadenken over (verhuizen naar) een woning die past bij de leeftijdsfase (van gezinswoning naar appartement, als je ouder bent);
- voorlichting over bewegen voor ouderen;
- tips hoe ouderen sociaal isolement kunnen doorbreken.

We weten dat sommige ouderen grotere gezondheidsrisico's lopen dan andere. Dat zijn ouderen met een verstandelijke beperking, migranten die op leeftijd komen en alleenstaanden met dementie. We weten ook dat er grote verschillen zijn tussen wijken en buurten, waar het gaat om de kans om vitaal en gezond oud te worden. Samen met partners gaan we onderzoeken, of er voor genoemde groepen en in de risicobuurtten een schepje bovenop moet bij de gezondheidsbevordering – en hoe we dat effectief kunnen doen.

Wij gaan ook verkennen welke kansen technologische vernieuwing (domotica, e-health) biedt voor kwetsbare ouderen en hun verzorgers (mantelzorgers en professionals). Denk bij domotica bijvoorbeeld aan slimme apparatuur in huis die signalen kan geven aan verzorgenden. Of bij e-health aan de mogelijkheden die beeldscherm-bellen biedt.

## 2.2. Vroegsignalering

Met vroegsignalering willen we bereiken dat ouderen tijdig de juiste zorg en begeleiding krijgen. De organisatie van vroegsignalering start niet bij nul. Er is in Utrecht inmiddels een mooie basis gelegd waarop de komende jaren verder gebouwd zal worden. Zo hebben huisartsenpraktijken het screeningsinstrument Uprim (Utrechtse Periodieke Risico Identificatie en Monitoring) ontwikkeld. Ook hebben we een netwerk van GEZ-en, dat bijna de hele stad dekt. De GEZ-en<sup>3</sup> zijn het voertuig voor samenwerking met de buurtteams en met de sociale netwerken van ouderen, die zijn opgezet in het kader van het project Samen in de Stad.

Op het terrein van vroegsignalering zetten we de komende jaren extra in op het verbinden van signalen van de diverse professionals, vrijwilligers en bewoners in de wijk.

De pilots die Zilveren Kruis start in het kader van Zorg in de Wijk (zie het volgende hoofdstuk), bieden de mogelijkheid de samenwerking tussen enerzijds huisartsenpraktijken en wijkverpleging en anderzijds de buurtteams, de netwerken van ouderen en informele zorgorganisaties te versterken. Op wijkniveau worden afspraken gemaakt (zonder structurele overlegvormen te creëren) om er voor te zorgen dat signalen op de juiste plek komen en worden opgepakt. De oudere staat hierbij centraal: er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid, de bal wordt niet rondgespeeld. De organisatie die ondersteuning kan bieden bij het meest acute probleem gaat met de signalen aan de slag; andere organisaties worden daar zo nodig bij betrokken. Blijken er grijze gebieden te zijn, dan worden hiervoor in co-creatie tijdelijke en structurele oplossingen gezocht.

<sup>3</sup> GEZ staat voor: Geïntegreerde Eerstelijns Zorg per wijk. In een GEZ werken eerstelijns zorgverleners in de wijk met elkaar samen.

## 2.3. Ondersteuning van mantelzorgers

De beschikbaarheid van voldoende mantelzorg is een voorwaarde om te bereiken dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Veel Utrechters geven mantelzorg aan hun ouders of oudere familieleden. Uit onderzoek, uitgevoerd in het voorjaar van 2015 in opdracht van de gemeente en het Steunpunt Mantelzorg, blijkt dat 45 procent van de mantelzorgers de zorg die zij leveren als zwaar tot zeer zwaar ervaren (een score van 8 of hoger op een schaal van 1–10). Het onderzoek wees ook uit, dat mantelzorgers grote behoefte hebben aan steun van hun omgeving en van zorgprofessionals. Steun in de vorm van erkenning van hun rol en goede samenwerking met huisarts, thuiszorg en wijkverpleging.

De ondersteuning van mantelzorgers is een gemeentelijke taak, geregeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning. De zorgverzekeraar biedt in het kader van sommige aanvullende verzekeringspakketten ook mantelzorgondersteuning.

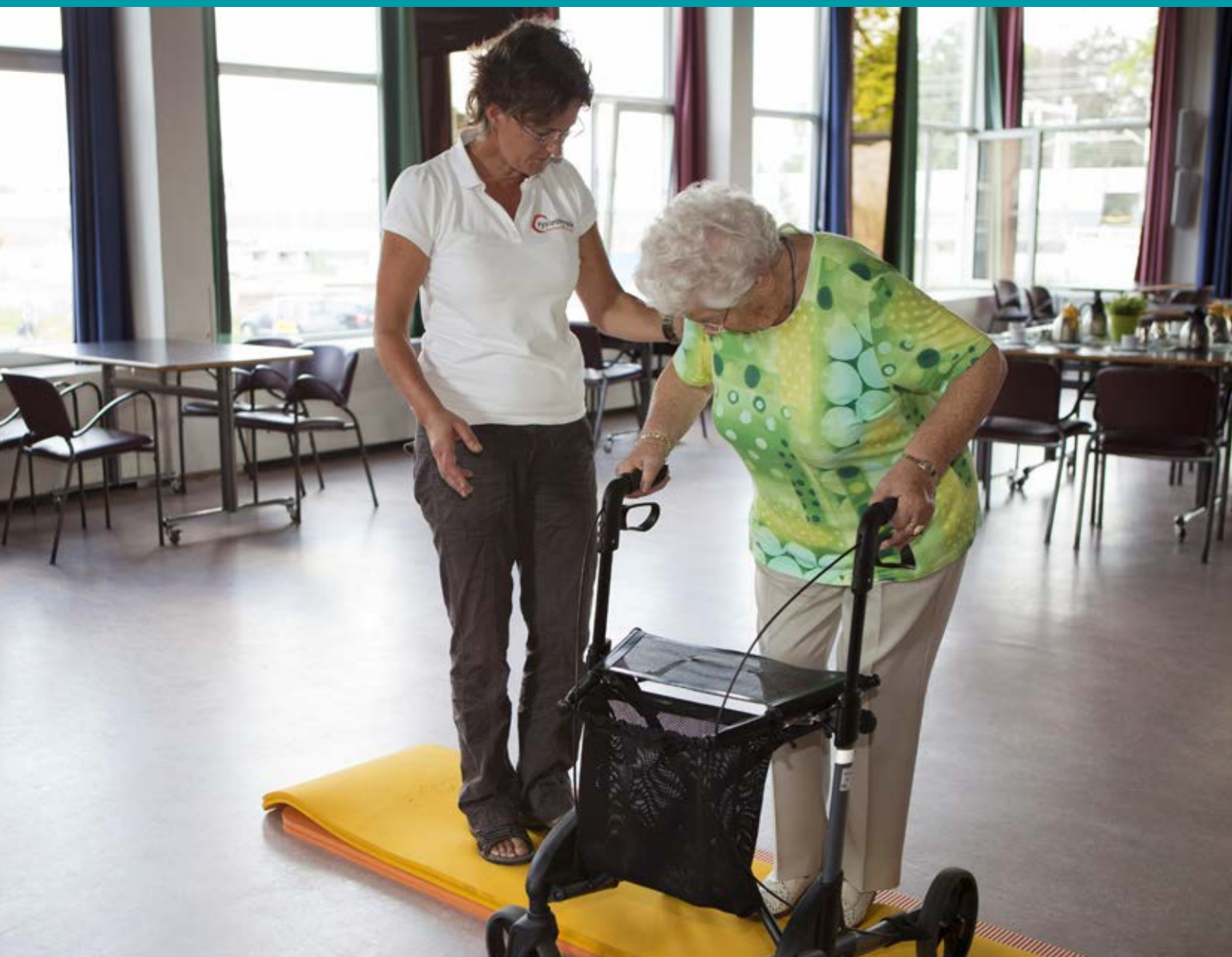
Wij (Zilveren Kruis en gemeente) gaan verkennen wat wij samen op kunnen pakken om mensen die mantelzorg geven aan ouderen beter te kunnen ondersteunen. Daarnaast gaan we op zoek naar vernieuwing in het aanbod van ondersteuning, passend bij de behoefte van mantelzorgers.

De eerste stap die we zetten, is verdieping van het inzicht in de ondersteuningsbehoefte van mantelzorgers. Dit doen we door middel van deskresearch, aangevuld met één of twee gesprekken met focusgroepen van mantelzorgers en deskundigen. Deze actie ronden we voor eind 2015 af. Vervolgens zullen we in 2016 een aantal gezamenlijke pilots uitvoeren op basis van de uitkomsten van stap 1. Deze pilots kunnen bijvoorbeeld gaan over het beter en vroeger signaleren van mantelzorgproblematiek, de inzet van digitale hulpmiddelen zoals mantelzorgapps of internetplatforms als 'We helpen', en verbetering van de relatie tussen mantelzorgers en eerstelijns professionals.



# Kwetsbare ouderen zo lang mogelijk thuis

Naarmate mensen ouder worden, neemt hun kwetsbaarheid vaak toe en hebben ze, om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen, meer ondersteuning en zorg nodig.





## Zorg in de Wijk

Een voorbeeld van een samenwerkingsinitiatief is de module **Zorg in de Wijk**, waarmee Zilveren Kruis in augustus 2015 is gestart – bij wijze van pilot – in drie gemeenten, waaronder Utrecht.

In deze pilot werkt Zilveren Kruis bij de inkoop van wijkverpleging met een populatie-gebonden budget per wijk of buurt. Dit wijkbudget wordt gegund aan één aanbieder per buurt. In Utrecht is hiervoor dezelfde indeling gekozen als die van de buurtteams. Doel van de pilot is het stimuleren van samenwerking in de buurt. Door het wijkbudget (in plaats van de reguliere P x Q bekostiging) vervalt de perverse prikkel om zoveel mogelijk mensen in zorg te nemen. Het wijkbudget biedt de gecontracteerde zorgaanbieder een stimulans om meer te investeren in de ‘voorkant’ – in preventie – en zo voor hetzelfde geld een grotere groep mensen te helpen.

In twee buurten willen Zilveren Kruis en gemeente een stap verder gaan in de zorg voor kwetsbare ouderen. In deze, nog te kiezen, buurten willen we een gezamenlijke opdracht geven aan huisartsen, GEZ-en, wijkverpleging en buurtteam, die veel ruimte biedt om voor de cliënt te doen wat nodig is. Anders gezegd: om individuele arrangementen te kunnen treffen, zonder dat samenwerkende professionals hinder ondervinden van de gegeven verdeling van financiële middelen over de verschillende zorgvormen en voorzieningen. Dit experiment richten we in als ‘leertraject’, waarvan we de voortgang en resultaten goed zullen volgen. Criteria voor de keuze van de twee buurten zijn het aandeel kwetsbare ouderen in de buurt, de aanwezige zorginfrastructuur en de veranderingsgezindheid van de zorgpartijen in de buurt. De zorgorganisaties die in de beide buurten worden gecontracteerd voor de pilot **Zorg in de Wijk**, krijgen de vraag om een voorstel te doen voor de uitwerking van deze extra stap.

Iemands gezondheid en zelfredzaamheid worden beïnvloed door veel factoren. Dit wordt mooi weergegeven door het zogenoemde vier-domeinen-model dat is ontwikkeld door huisartsen in Overvecht (figuur 1).

Zolang problemen beperkt blijven tot een enkele factor, zal een oudere zelf de regie over zijn of haar leven kunnen blijven voeren. Misschien is de hulp van een partner nodig of van de kinderen, maar dat volstaat. Maar wanneer zich meer problemen voordoen, op meerdere domeinen – de partner is weggefallen, lopen gaat moeilijker, vrijwilligerswerk lukt niet meer waardoor vereenzaming en somberheid op de loer liggen – wordt het een ander verhaal. Dan kan het gebeuren dat de oudere de grip op het leven, op het definiëren van zijn zorgvraag en op het organiseren van effectieve zorg verliest. Dan is het zaak dat professionals hun verantwoordelijkheid nemen, liefst in samenwerking met mantelzorgers en zorgvrijwilligers. Dat vraagt om vernieuwing van ondersteuning en zorg.

Hiervoor zijn wij veel mogelijkheden en kansen, die wij hierna kort toelichten onder de volgende noemers:

- Samenwerking in de driehoek huisarts, wijkverpleging, buurtteam
- Ouderenzorg zonder scheidslijnen: afstemming tussen Wmo en Zvw
- Betere organisatie van respijtorg

### 3.1. Samenwerking tussen huisarts, wijkverpleging en buurtteam

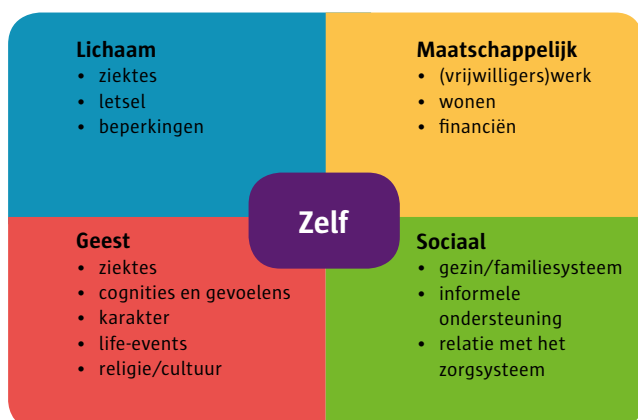
Wanneer een oudere problemen gaat ondervinden op meer domeinen, is samenwerking tussen de verschillende disciplines in de zorg geboden. De linkerhand moet weten wat de rechter doet, bij het stellen van de diagnose en het bepalen van de best mogelijke ondersteuning en zorg. Wij zien grote kansen om die samenwerking te organiseren. Het fundament voor samenwerking ligt er, nu in de hele stad buurtteams van start zijn gegaan en de wijkverpleegkundige is teruggekeerd op het toneel. Even belangrijk is, dat alle betrokken partijen de noodzaak van samenwerking onderschrijven. In november 2014 zijn daarover afspraken gemaakt door het samenwerkingsverband van huisartsen in de stad (HUS), de GEZ-en (de geïntegreerde eerstelijns zorg per wijk), Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht. We zien ook dat professionals initiatief nemen tot samenwerking en daar, vaak naast een drukke behandelpraktijk, veel energie en (vrije) tijd in steken. De uitdaging voor de komende jaren is om de kansen op betere samenwerking te verzilveren, in de vorm van een (beperkt) aantal experimenten, afspraken, protocollen en wat verder maar behulpzaam kan zijn. Ook de afspraken die wij maken met zorgaanbieders bij de inkoop van zorg, zijn een middel om de samenwerking te stimuleren.

### 3.2. Ouderenzorg zonder scheidslijnen: afstemming Wmo – Zvw

Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht delen het uitgangspunt van het Rijk dat de cliënt altijd het uitgangspunt moet zijn voor ondersteuning en zorg. De cliënt zou niet mogen merken dat zorg op basis van verschillende wetten wordt verstrekt. Maar er zijn grijze gebieden als gevolg onduidelijke afbakening tussen de werking van de Wet maatschappelijke ondersteuning en die van de Zorgverzekeringswet. Een maaltijd klaarzetten voor een oudere: Wmo. Diezelfde oudere helpen bij het eten: Zvw. Dagbegeleiding: Wmo; dagbehandeling: Zvw. Zo zijn er meer voorbeelden te geven van onduidelijkheid over de vragen 'Wie doet wat?' en 'Wie betaalt wat?'

Wij willen gezamenlijk oplossingen vinden voor deze grijze gebieden, vooral waar deze belemmeringen opwerpen voor het snel leveren van passende ondersteuning en zorg. Door middel van overlegtafels met cliënten, zorgaanbieders en de buurtteamorganisatie willen wij de problemen in kaart brengen, kennis uitwisselen en afspraken maken, die duidelijk maken wie welke rol heeft te spelen in het grensgebied van beide wetten.

Figuur 1 Het vier-domeinen-model



Bron: Stichting Overvecht Gezond

### 3.3. Ontlasting van mantelzorgers door respijtzorg

Mantelzorgers moeten – om de vaak intensieve zorg voor een partner of familielid te kunnen volhouden – de zorg van tijd tot tijd kunnen overdragen aan anderen. Dit heet respijtzorg. Zo wordt voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt en de inzet van zwaardere zorg nodig is.

Zowel de Wmo als de Wet langdurige zorg (Wlz) bieden mogelijkheden voor respijtzorg in de vorm van tijdelijke opname van de zorgbehoevende partner of verwant in een zorginstelling. In de Wmo heet dit kortdurend verblijf (een maatwerkvoorziening). De Wlz kent de subsidieregeling kortdurend eerstelijns verblijf om medische redenen; deze regeling gaat in 2016 waarschijnlijk over naar de Zorgverzekeringswet. Zilveren Kruis biedt in zijn aanvullende verzekeringspakketten verschillende varianten van mantelzorgondersteuning en respijtzorg.

In de bestaande praktijk ervaren ouderen, mantelzorgers en zorginstellingen een aantal knelpunten rond respijtzorg, te weten:

- Veel ouderen, mantelzorgers en verwijzers hebben onvoldoende zicht op de mogelijkheden voor kortdurend verblijf.
- De voorzieningen die er zijn, vindt men soms niet aantrekkelijk. Bijvoorbeeld omdat ze te ver weg zijn of te grootschalig.
- Mantelzorgers erkennen soms te laat dat ze behoefte hebben aan ondersteuning in de vorm van respijtzorg, om de zorg vol te kunnen houden.
- Zorginstellingen vinden de wettelijke regeling met kortdurend verblijf (Wmo) en eerstelijns verblijf (Wlz) onduidelijk: wat is het verschil, hoe zit het met de financiering? Om deze reden zijn zij terughoudend bij het aanbieden van respijtzorg.

Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht vinden respijtzorg een belangrijke voorziening. Wij onderzoeken of wij beide regelingen 'dichter bij elkaar' kunnen brengen, met als doel de hierboven genoemde knelpunten weg te werken. Mantelzorgers moeten duidelijkheid krijgen over de mogelijkheden van respijtzorg, die beantwoordt aan hun behoefte. Ook zullen wij de mogelijkheden van gezamenlijke inkoop van respijtzorg verkennen.

# 24-Uurs zorg voor de zorgafhankelijke oudere

Ook al wordt alles op alles gezet om een oudere zo lang mogelijk thuis te laten wonen, er kan een moment komen dat de situatie zo verslechtert dat 24-uurs zorg of permanent toezicht nodig is.

Dan moet er een voorziening in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) beschikbaar zijn. Zilveren Kruis en de gemeente gaan, op basis van een analyse van de bestaande situatie, een plan maken, dat moet resulteren in voldoende beschikbaarheid van 24-uurs zorg, in verschillende varianten.

## 4.1. De analyse

Een analyse voor de zorgkantorregio Utrecht, uitgevoerd door het Kenniscentrum van Zilveren Kruis, leert dat – op de schaal van de regio als geheel – de bestaande capaciteit voor 24-uurszorg voldoende is. De zorgkantorregio Utrecht omvat bijna alle gemeenten van de provincie Utrecht. Maar de beschikbare capaciteit moet beter over de regio worden verspreid. Voor de stad Utrecht wijst de analyse uit, dat er intramurale capaciteit zou moeten worden afgebouwd en dat de resterende capaciteit beter over de stad zou moeten worden verdeeld.

Voor 24-uurs opvang is niet per definitie een plaats in een verpleeghuis nodig. Om tegemoet te komen aan de wens van ouderen om thuis te blijven wonen, zijn het Volledig Pakket Thuis (VPT) en het Modulair Pakket Thuis (MPT) ontwikkeld. Bij VPT krijgt de cliënt thuis dezelfde zorg als in een verpleeghuis. MPT omvat minder zorg: in dit pakket zijn onder meer geen maaltijdvoorziening en huishoudelijke hulp opgenomen. VPT en MPT zijn

geschikt voor ouderen, die hulp krijgen van een of meer mantelzorger(s) of kunnen terugvallen op een groot netwerk van vrijwillige hulpverleners. Dit vraagt wel om goede ondersteuning van de mantelzorgers en het vrijwilligersnetwerk en om een integrale aanpak van de professionele hulpverleners. Ook moet de woning geschikt zijn voor de levering van zware zorg. VPT en MPT bieden de cliënt niet alleen de mogelijkheid langer thuis te blijven wonen, ze zijn ook in financieel opzicht gunstig: de eigen bijdrage is aanzienlijk lager dan in geval van opname in een verpleeghuis.

De genoemde regioanalyse biedt naast inzicht in de capaciteit van de 24-uurs zorg ook inzicht in de demografische ontwikkeling en de kwaliteit van de 24-uurs zorg. De kwaliteit wordt vooral bepaald door de ervaren kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van het verblijf, of dit nu in een verpleeghuis is, of in de eigen woning.

Het zorgkantoor bespreekt deze zomer de uitkomsten van de analyse met zorginstellingen, woningcoöperaties, gemeenten en cliëntorganisaties. Zo wordt vastgesteld of de uitkomsten sporen met de beelden die deze partijen hebben van de 24-uurs zorg. Dit levert een volledig én breed onderschreven beeld op van de huidige situatie.



#### 4.2. Het plan

Op basis van de regioanalyse nemen Zilveren Kruis en de gemeente het initiatief tot een plan voor de stad, waarin de gewenste situatie in 2025 wordt beschreven en de weg daarheen. Het plan moet een antwoord geven op de volgende vragen:

- Welke capaciteit is nodig om aan de toekomstige vraag naar 24-uurs zorg te voldoen?
- In welke vorm (intramuraal/VPT/MPT) kan deze capaciteit geleverd worden?
- Op welke wijze kunnen zorgaanbieders via VPT en/of MPT invulling geven aan de eigen regie van de cliënt, rekening houdend met de belastbaarheid van het cliëntstelsel en de in de buurt aanwezige zorgvoorzieningen?
- Aan welke kwaliteitseisen moet de 24-uurs zorg voldoen?
- Wat is een gewenste spreiding over de stad?
- Hoe verhoudt zich dit tot de huidige capaciteit?
- Welke aanbieder(s) moet(en)/ willen afbouwen, (ver)bouwen of omzetten?

Het streven is om het plan voor 1 januari 2016 bestuurlijk vast te stellen.

Een voorlopige conclusie is dat in de wijk Utrecht-Zuid een knelpunt gaat ontstaan, aangezien de twee intramurale locaties in de wijk beide sluiten. Naar verwachting ontstaat ook in Vleuten-De Meern een tekort aan intramurale capaciteit, omdat de bevolking hier sterk vergrijsd, terwijl de beschikbare capaciteit niet heel hoog is. Hoe groot de knelpunten daadwerkelijk zullen zijn, hangt onder meer af van de aanwezigheid van levensloopbestendige woningen waar (toekomstige) cliënten op een goede wijze kunnen blijven wonen, ook als ze 24-uurs zorg nodig hebben. Ook de zorginfrastructuur in de wijk speelt een rol.

Nadat het regioplan is vastgesteld, begint het traject van realisatie. We denken aan het mogelijk maken van (ver)nieuwbouw door instellingen, zorgen voor voldoende levensloopbestendige woningen en afstemming van zorg en ondersteuning bij VPT/MPT.

Bij de realisatie hopen we op – en streven we naar goede samenwerking tussen zorginstellingen, woningcorporaties, gemeente en zorgkantoor. In de wijken waar knelpunten ontstaan, zullen we in gesprek gaan met de oudere inwoners om hun ideeën, vragen en wensen te inventariseren – en ook om te peilen of ze bereid zijn te verhuizen naar andere wijken in de stad waar voldoende 24-uurs zorg beschikbaar is.

# Communicatie, middelen en informatie

## Middelen

Een begroting van de middelen die nodig zijn voor de realisatie van het stadsplan is nog niet gemaakt. De verschillende lijnen, en activiteiten daarbinnen, verkeren in verschillende fasen. Het is nog te vroeg om een gedetailleerde begroting op te stellen. In het najaar wordt deze verder uitgewerkt analoog aan de uitwerking van de drie actielijnen.

Wel formuleren we hier de volgende uitgangspunten voor de benodigde financiering:

- In principe worden de kosten voor de zorg en ondersteuning gefinancierd uit de reguliere middelen voor de Wmo, Zvw en Wlz. Indien nodig wordt ook gebruik gemaakt van de mogelijkheden van de innovatie- of experimenteerartikelen.
- Voor financiering van overige kosten, zoals projectkosten, organisatiekosten en stimuleringsgelden, zal een beroep gedaan worden op de mogelijkheden binnen de Wmo, de aan Zilveren Kruis gelieerde fondsen (Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG) en Stichting Agis Zorginnovatiefonds).
- Gemeente en Zilveren Kruis zijn alert op de subsidiemogelijkheden die landelijke instanties, zoals ZONMw, Nuts/Ohra fonds en VWS, bieden. Met de partijen met wie de Stedelijke Agenda Ouderen wordt gerealiseerd, worden aanvragen voorbereid en ingediend.

De verdere concretisering van de drie actielijnen lukt niet zonder betrokkenheid van de professionals en organisaties in de stad die bepalend zijn voor het resultaat van het plan. In het najaar wordt er een ontwikkelsessie gepland. Voor het organiseren en begeleiding van deze sessie en een mogelijk vervolg daarop, reserveren wij een budget van € 25.000, waarbij Gemeente en Zilveren Kruis elk € 12.500 beschikbaar stellen.

## Communicatie

De communicatie richting Utrechters, cliënten, verzekerde, professionals en aanbieders over deze Stedelijke Agenda Ouderen en de uitwerking daarvan werken we samen met betrokkenen verder uit in het najaar van 2015.

## Informatie

Het over en weer benutten van informatie over de groep ouderen in Utrecht, de ervaren problematiek en het zorggebruik helpt ons om gericht keuzen te maken. In het najaar van 2015 worden er stappen gezet om de informatie vanuit gemeente, Zilveren Kruis, aanbieders en (cliënten)organisaties bij elkaar te brengen en afspraken te maken over hoe we de ontwikkelingen en resultaten op de drie actielijnen gaan volgen.

Bijlage 1

# Cijfers over ouder worden in Utrecht



- Aandeel ouderen in Utrecht is en blijft relatief klein; het absolute aantal ouderen neemt toe en stijging aantal allochtone ouderen onder hen. Verdubbeling verwacht van dementie onder allochtone ouderen.
- Levensverwachting neemt nog toe. Grote verschillen in levensverwachting in goed ervaren gezondheid naar wijk (i.r.t. bevolkingssamenstelling - lage SES).
- Toename van ouderenproblematiek bij 'jonge ouderen' (55+ jaar), vooral in achterstandswijken;
- De helft van de 65 plussers voelt zich gezond. Dat geldt veel minder voor allochtone en voor laagopgeleide ouderen.
- Bijna een kwart (22%) van de ouderen ervaart onvoldoende regie op eigen leven (was in 2008 15%). Bij allochtone ouderen geldt dat voor meer dan een derde (35%) van de mensen (sterker bij ouderen van Turkse afkomst dan bij Marokkaanse afkomst).
- 66% van ouderen heeft minimaal 2 chronische aandoeningen; bij allochtone ouderen is dat 75%. Stijging van aantal ouderen met diabetes en met hart- en vaatziekten (duidelijk meer bij allochtone ouderen). Diabetes bij ouderen van 21 naar 28%; allochtone ouderen 45%. Hart- en vaatziekten van 51 naar 60%; allochtone ouderen 72%.
- Over het algemeen zijn er bij ouderen minder psychische aandoeningen.
- 46% van de ouderen is eenzaam (12 % ernstig eenzaam) dat is meer dan gemiddeld (Utrechters 35% resp. 7%).
- 23 % van de ouderen heeft weinig contact met vrienden of kennissen (Utrechters 11%).
- 8% van de ouderen voelt zich sociaal uitgesloten (Utrechters ook 8%). Bij autochtone ouderen is dat 5% (laag opgeleid 7%) en bij allochtone ouderen is dat 15%.
- 22% van de ouderen is mantelzorger (verg. Utrechters 15%); 8% van de oudere mantelzorgers is zwaar belast (verg. Utrechters 13%).
- 17% van ouderen ontvangt professionele thuiszorg (verg. Utrechters 3%): 20% autochtone ouderen, 25% autochtone laagopgeleide ouderen en 10% allochtone ouderen.
- 87% van de ouderen en 91 % van de allochtone ouderen bezoekt regelmatig de huisarts (verg. Utrechters van 68% hoogopgeleid tot 83% laagopgeleid).
- 7% de ouderen en 14% van allochtone ouderen heeft geen aanvullende verzekering (verg. Utrechters 16%). 61% van 65-80 jarigen heeft contact met medisch specialist; bij 80 plussers is dat ook 60%. Bij allochtone ouderen heeft 64% contact met medisch specialist (verg. Utrechters zo'n 30%; stijgt met de leeftijdsgroepen, maar stabiliseert rond 80ste).
- 21% van ouderen heeft moeite met rondkomen; bij allochtone ouderen is dat 41%. Er wordt door ouderen weinig gebruik gemaakt van specifieke regelingen en toeslagen.
- Minder ouderen hebben een gezond gewicht (41% versus 62% Utrechters).
- Hoogopgeleide autochtone ouderen drinken relatief veel (17% overmatig).
- Tendens dat ouderen langer thuis blijven wonen. Dit zal effect hebben op het aandeel overbelaste mantelzorgers, de aard en omvang van de eenzaamheidsproblematiek en de ervaren eigen regie. Logisch gevolg is dat het beroep op een aantal voorzieningen zal toenemen, als ook op het verzorgd wonen in de stad. De huidige voorraad en verwachte vraag lopen uit de pas;
- 92% van ouderen is tevreden over hun woning (verg. Utrechters 90%) en 88% over hun woonomgeving (verg. Utrechters 87%). Bij allochtone ouderen is dat iets minder: 86% resp. 81%.

***Uitgave***

Gemeente Utrecht en Zilveren Kruis  
september 2015

***Vormgeving***

Ontwerpwerk, Den Haag

***Drukwerk***

Drukkerij De Bondt, Barendrecht