



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Staatssecretaris voor Langdurige en Maatschappelijke Zorg
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

2024015126

Datum 27 augustus 2024
Betreft Signalement Passende langdurige zorg

Zorginstituut Nederland

Zorg
Langdurige Zorg

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

mw. S. Heijnen - Olthof
T +31643470569

Onze referentie

2024015126

Geachte mevrouw Maeijer,

Vanuit onze rol als pakketbeheerder voor de *Wet langdurige zorg (Wlz)* hebben wij de taak om te bevorderen dat de langdurige zorg toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar blijft.

Wij signaleren dat een andere kijk op zorg, en op de positie die zorg inneemt in onze samenleving, nodig is om de schaarse capaciteit beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Door meer samenredzaam te worden, zorgen we ervoor dat oplossingen voor hulpvragen uit de gemeenschap komen. De formele zorg vormt hierop een aanvulling als dat nodig is, als laatste vangnet.

Partijen geven hier al invulling aan in het *Generiek kompas: Samen werken aan kwaliteit van bestaan*, in het *Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg 2023-2028* en in het *Kwaliteitskompas woonzorg in de langdurige ggz*.

Dit is nog niet genoeg. De wijze waarop de Wlz nu is vormgegeven, belemmert de transitie naar samenredzaamheid. Dit betekent dat aanpassingen nodig zijn in het stelsel. Ook betekent dit dat de samenredzaamheid die we nastreven moet worden gefaciliteerd. Wij zien een rol voor VWS, het Zorginstituut, de NZa, het CIZ, het CAK en de IGJ om op stelselniveau de voorwaarden voor de transitie naar samenredzaamheid te creëren.

We gaan hierover graag met u in gesprek.

Hoogachtend,


Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage: *Signalement Passende langdurige zorg - van zelfredzaam naar samenredzaam*



Zorginstituut Nederland

Van zelfredzaam naar samenredzaam

Signalement Passende langdurige zorg

Augustus 2024

| Van goede zorg verzekerd |

Voorwoord

Er wordt ongelofelijk hard gewerkt in de langdurige zorg. Door mantelzorgers, vrijwilligers en professionals. Tegelijkertijd wordt naarstig gezocht naar oplossingen voor de grote uitdagingen waar we in de zorg voor staan. Binnen de bestaande structuren ontstaan nieuwe samenwerkingsvormen tussen zorgaanbieders en informele zorgverleners. In verschillende Nederlandse gemeenten en wijken ontstaan zorgzame gemeenschappen. Het Zorginstituut heeft grote waardering voor die dagelijkse zorg en ondersteuning en het realiseren van nieuwe initiatieven.

Met dit *Signalement passende langdurige zorg* willen wij bijdragen aan de beweging naar passende zorg in de langdurige zorg geleverd vanuit de *Wet langdurige zorg (Wlz)*. Het is volgens ons nodig om de nadruk te verleggen van het individu, economische groei en zelfredzaamheid naar samenredzaamheid en omzien naar elkaar. Door het anders organiseren en positioneren van formele en informele zorg in de langdurige zorg centraal te stellen. Wij geven hiertoe een aanzet in dit signalement.

Hiermee willen we een negatieve spiraal doorbreken. Wij zien namelijk dat steeds meer mensen een beroep doen op zorg en ondersteuning vanuit de Wlz. Maar ondertussen neemt het aantal mensen dat in de zorg werkt af. De zorgprofessionals die er zijn, kunnen niet alle zorg- en ondersteuningsvragen meer opvangen en raken overbelast. Een deel van de medewerkers verliest het werkplezier en verlaat de zorg. Tegelijkertijd zien we dat de onvrede over onze geïndividualiseerde samenleving toeneemt.

Dit signalement sluit aan bij de beweging die een groot aantal partijen in gang heeft gezet met het *Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg*, het *Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'* en het *kwaliteitskader woonzorg in de langdurige ggz*. Zoeken naar synergie is belangrijk bij transities.

Wij zijn partijen, zorgexperts en ervaringsdeskundigen in de langdurige zorg zeer erkentelijk voor hun bijdragen. Met dit signalement stimuleren wij aan het versnellen van de noodzakelijke transitie naar passende langdurige zorg. Dit gaan we samen met partijen verder vormgeven in een concreet plan met als doel: solidaire en betaalbare zorg voor iedereen in Nederland, nu en in de toekomst!

Sjaak Wijma,
Voorzitter Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland

Karin Timm,
Lid Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
Inleiding	7
1 Samenredzaamheid in de langdurige zorg	9
1.1 Kwaliteit van bestaan als vertrekpunt	9
1.2 De positie van langdurige zorg en informele zorg	10
2 Huidige situatie: de belemmeringen	12
2.1 Ons zorgstelsel	12
2.2 Zorg als oplossing voor veel problemen	13
2.3 De werking van de Wet langdurige zorg (Wlz) zit het gezamenlijk zoeken naar goede oplossingen in de weg	14
2.4 Administratieve lasten in en tussen domeinen belemmeren optimale samenwerking	15
2.5 Het complexe zorgstelsel ontmoedigt mantelzorgers	16
2.6 Zorgstelsel biedt geen plaats aan collectief gedragen initiatieven	16
2.7 En hoe nu verder?	17
3 Oplossingsrichtingen	18
3.1 Oplossingsrichting 1 - Maak het Nederlandse zorgstelsel ondersteunend aan de maatschappelijke transitie naar samenredzaamheid	18
3.2 Oplossingsrichting 2 - Geef ruimte aan regionale en lokale initiatieven	20
3.3 Oplossingsrichting 3 - Zorg voor goede afstemming op basis van gelijkwaardigheid tussen mensen die zorg nodig hebben, het informele netwerk en zorgprofessionals	22
3.4 Samenredzaamheid kan niet zonder goede informatievoorziening	23
4 Vervolg	24
4.1 We doen het samen	24
4.2 Ons aandeel in het geheel	24
Bijlagen	
Bijlage 1 Begrippenlijst	26
Bijlage 2 Kerncijfers Wlz	27
Bronnen	29

Samenvatting

In dit signalement beschrijven wij dat het anders organiseren en positioneren van formele en informele zorg een belangrijk aangrijpingspunt is om passende langdurige zorg binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) te realiseren. Deze zorg varieert van lichte ondersteuning tot zware intensieve zorg. Het is zorg die structureel nodig is en niet tijdelijk van aard. Het gaat om zorg en ondersteuning voor mensen die kwetsbaar zijn. Denk aan ouderen, mensen met een beperking en mensen met een psychische aandoening. Het doel is dat mensen worden geholpen met zorg en ondersteuning die is afgestemd op hun situatie en die bijdraagt aan kwaliteit van bestaan. Tegelijkertijd kunnen we door goede afstemming van formele en informele zorg het hoofd bieden aan het urgente probleem van een groeiende zorgvraag en te weinig zorgpersoneel.

Andere positionering van formele en informele zorg

Met het anders positioneren van formele en informele zorg en ondersteuning bevorderen we de transitie naar samenredzaamheid. Ons ideaalbeeld is een 'ecosysteem' van degene die zorg nodig heeft, diens directe omgeving en zorgprofessionals, waarbinnen allereerst gezocht wordt naar andersoortige oplossingen dan het inzetten van formele Wlz-zorg. Het anders organiseren en positioneren van zorg en ondersteuning vindt idealiter plaats op (1) het niveau van de individuele zorgrelatie én op (2) het niveau van de maatschappij:

1. Zorgrelatie tussen directbetrokkenen

Goede samenwerking start met een open en gelijkwaardig gesprek tussen degene die zorg nodig heeft, diens informele netwerk en de zorgprofessional. Het vertrekpunt is kijken naar wat iemand zelf kan en wil om een betekenisvol leven te leiden en deel uit te maken van de maatschappij. Dit is een benadering vanuit positieve gezondheid. In principe ligt de regie bij degene die zorg en ondersteuning nodig heeft of bij directe naasten en als het niet anders kan sluit de zorgprofessional aan. De houding verandert van 'zorgen voor' naar 'zorgen met'.

2. Algemene sociale structuren

Idealiter is de samenwerking tussen betrokkenen ingebed in een gemeenschap waarin mensen naar elkaar omkijken en samenredzaam zijn. Samenredzaamheid is het vermogen van mensen om zich zoveel mogelijk te redden met hulp van vrienden, burens, familie en vrijwilligers. De gedachte is dat gemeenschappen beter in staat zijn om aan zorg- en ondersteuningsvragen van mensen te beantwoorden of om die vragen te voorkomen. De zorgprofessional is namelijk niet de enige die een oplossing kan bieden. Oplossingen kunnen uit heel andere hoeken komen. Deel uitmaken van een gemeenschappelijk netwerk heeft op zichzelf al een positief effect op het welbevinden en de gezondheid van mensen.

Bovenstaand gedachtegoed is niet nieuw. Partijen geven er vanuit hun perspectief ook invulling aan in het *Generiek kompas: Samen werken aan een kwaliteit van bestaan*¹, in het *Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg 2023-2028*² en in het *kwaliteitskader woonzorg in de langdurige ggz*³. Maar dat wil niet zeggen dat het vanzelf gaat. Het vraagt om een continue inspanning van alle betrokkenen.

Huidige situatie: belemmeringen

Het huidige zorgstelsel stimuleert het individu tot zelfredzaamheid. Zorg wordt al snel als oplossing ingezet als iemand zichzelf niet goed meer kan redden. Op dit moment is de aanspraak op zorg leidend voor de organisatie van zorg.

Als we oplossingen willen realiseren vanuit een benadering waarin samenredzaamheid centraal staat, dan is het noodzakelijk om het zorgstelsel hierop aan te passen. Wij leggen de focus op de Wlz, omdat wij daar belemmeringen voor samenredzaamheid zien, namelijk:

- Het formele zorgaanbod wordt gezien als dé oplossing voor veel problemen in plaats van als aanvulling op wat mogelijk is. Er is nog weinig oog voor andere mogelijkheden, bijvoorbeeld eerst in de eigen omgeving en daarna in het sociaal domein.
- De Wlz zit het uitvoeren van andere goede ideeën in de weg en sluit zo gauw je een indicatie hebt voor de Wlz, het leveren van dezelfde zorg uit andere domeinen uit (Zvw, Wmo).
- Mantelzorgers en vrijwilligers hebben in de Wlz geen wettelijke plaats. En door de financiële regelgeving verwijzen zorgverzekeraars en gemeenten mensen sneller door naar de Wlz.

- Het zorgstelsel brengt veel administratieve lasten met zich mee voor degene die zorg nodig heeft, mantelzorger en zorgaanbieder. Dit werkt ontmoedigend voor iedereen.
- Het zorgstelsel zit de opbouw van meer collectief gedragen initiatieven in de weg. De financiële regels en het verzekerde pakket dat op het individu is toegesneden, maken het lastig om andere vormen van zorg van de grond en gefinancierd te krijgen.

De oplossingsrichtingen

Het anders organiseren en positioneren van de formele en informele zorg vraagt om een andere kijk op de positie van formele zorg in de samenleving, op de samenwerking tussen betrokkenen en op hoe we dit in een zorgzame gemeenschap kunnen vormgeven. Het vraagt om een verandering in denken en gedrag van iedereen. Alleen dan kunnen we de stap maken van zelfredzaamheid naar samenredzaamheid. We stellen drie oplossingsrichtingen voor, met een aantal acties voor betrokken partijen:

1. Maak het zorgstelsel ondersteunend aan de maatschappelijke transitie naar samenredzaamheid

Initiatieven voor doorontwikkeling van het zorgstelsel worden nog steeds aangevlogen vanuit het denk-kader dat is gebaseerd op zelfredzaamheid en 'hulpvraag is zorgaanbod'. Daarmee zit het zorgstelsel zelf de transitie naar samenredzaamheid in de weg.

Acties

- Pas de wet- en regelgeving zodanig aan dat deze ondersteunend is aan de beweging naar samenredzaamheid. Dit betekent een inperking van de individuele aanspraak, waardoor niet iedereen met dezelfde zorgvraag hetzelfde pakket aan zorg ontvangt. Het doel is dat de Wlz een laatste vangnet blijft.
- Zet de visie op samenredzaamheid en zorgzame gemeenschappen centraal in landelijk beleid en programma's. Pas wet- en regelgeving en lopende programma's hierop aan. Laat ze een voedingsbodem zijn voor een vruchtbare transitie.
- Leg verbinding tussen de verschillende landelijke en regionale programma's die uitgevoerd worden in opdracht van verschillende ministeries en laat ze elkaar versterken.
- Verduidelijk de mogelijkheden die er zijn binnen huidige wetgeving. Maak duidelijk wie wanneer juridisch verantwoordelijk is voor welk onderdeel van de zorg en ondersteuning en laat de begrippen in de verschillende wetten en regels op elkaar aansluiten.
- Geef uitvoering aan de adviezen voortkomend uit de *Werkagenda passende langdurige zorg* opgesteld door de stelselpartijen.

2. Geef ruimte aan regionale en lokale initiatieven

Met het aanpassen van het zorgstelsel, zodat het ondersteunend is aan de beweging naar passende langdurige zorg, creëren we voorwaarden. Daarmee is passende zorg nog geen feit. Hiervoor is het nodig om regionale en lokale initiatieven te versterken en te versnellen.

Acties

- Geef regionale en lokale overheden en instanties de ruimte en financiële mogelijkheden om samen met hun burgers te werken aan initiatieven die bijdragen aan een gezonde leefgemeenschap en neem 'perverse' financiële prikkels en belemmeringen in het zorgstelsel weg.
- Stimuleer regionale en lokale overheden en instanties om samen met burgers vast te stellen wat belangrijke randvoorwaarden voor domeinoverstijgende samenwerking zijn om te komen tot passende oplossingen en richt deze in.
- Geef regionale en lokale programma's en initiatieven een springplank, bijvoorbeeld via de *Kennisinfrastructuur langdurige zorg* en het programma *Passende zorgpraktijken*.
- Stimuleer de samenwerking tussen zorgaanbieders, zodat zij komen tot een gedeelde visie op het samenwerken met het informele netwerk en lokale en regionale initiatieven. Zij leren van elkaar, met het delen van succesverhalen en met koplopers.

3. Zorg voor goede afstemming op basis van gelijkwaardigheid tussen mensen die zorg nodig hebben, het informele netwerk en zorgprofessionals

Je komt pas tot passende oplossingen als je de intentie hebt om met elkaar samen te werken, de tijd neemt om elkaar te leren kennen en met elkaar verkent wat nodig is. Dit vraagt om een andere manier van werken, een verandering van 'zorgen voor' naar 'zorgen met'.

Acties

- Geef op de werkvloer tijd, ruimte en vertrouwen aan zorgprofessionals om het open gesprek te voeren en een gelijkwaardige relatie aan te gaan met het informele netwerk. Hiervoor hebben zij voldoende richtlijnen, hulpmiddelen en financiën nodig.
- Vraag zorgaanbieders om gezamenlijk in de regio hun visie en beleid op samenwerking met mantelzorg en vrijwilligers te ontwikkelen en implementeren.
- Geef zorgprofessionals tijd en ruimte om de sociale kaart van de omgeving te leren kennen. Zo kunnen ze de juiste zorg en ondersteuning helpen organiseren die past bij de individuele situatie.
- Ondersteun informele zorgverleners om zich te bekwamen in het begeleiden en ondersteunen van degene die zorg nodig heeft. Draag bij aan het ontlasten van mantelzorgers, zodat zij het langer volhouden. Ontwikkel als werkgever voor je werknemers een visie en beleid op mantelzorg. En zorg dat financiering hierop aansluit.
- Beperk administratieve lasten voor mantelzorgers en zorgaanbieders en zorg dat ze op één manier verantwoording kunnen afleggen.

We doen het samen

In dit signalement noemen wij bij de oplossingsrichtingen partijen die kunnen bijdragen aan de transitie naar samenredzaamheid. Dit betekent niet dat zij er alleen voor staan. Om de transitie naar passende langdurige zorg te realiseren is het nodig dat alle partijen gelijktijdig werken aan dezelfde missie, in een lerende beweging met ruimte voor de praktijk. Daar gebeurt het.

Aandeel van het Zorginstituut in het geheel

Wij hebben de ambitie om vanuit onze taak als pakketbeheerder voor de Wlz toe te werken naar het realiseren van een passend zorgstelsel. Hiervoor nemen wij de regie om samen met partijen de oplossingsrichtingen te concretiseren in een plan van aanpak. Wij stellen een kwartiermaker aan om dit plan samen met partijen op te stellen en te zorgen voor draagvlak. De kwartiermaker gaat in het plan van aanpak oplossingsrichtingen concretiseren, expliciete acties formuleren en met partijen afspreken wie wanneer wat gaat doen. Waar mogelijk sluiten wij aan bij bestaande activiteiten en programma's. We monitoren de voortgang en rapporteren aan de betrokken partijen.

Daarnaast dragen wij de visie van dit signalement uit in onze werkzaamheden. We agenderen samenredzaamheid op de pakketagenda. Ook helpen we initiatieven in het veld te versnellen en te versterken via de Kennisinfrastructuur langdurige zorg en het programma *Passende zorgpraktijken*.



Inleiding

Er moet iets veranderen in de langdurige zorg. Steeds meer mensen hebben zorg en ondersteuning nodig terwijl er minder zorgprofessionals en middelen beschikbaar zijn om die zorg te kunnen bieden. Tegelijkertijd zijn veel mensen bereid iets te doen voor een ander. De manier waarop we in Nederland de zorg hebben georganiseerd, sluit hier niet meer bij aan.

Op 1 januari 2023 telde Nederland 3.601.167 inwoners van 65 jaar of ouder.^{iv} Dat is 20,2 procent van de totale bevolking. Naar schatting is in 2040 ongeveer 26 procent van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder.^v We zien een steeds ouder wordende populatie ook onder mensen die levenslang en levensbreed op zorg en ondersteuning zijn aangewezen.^{vi} De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) signaleert in hun advies *Anders leven en zorgen* dat een omslag in het denken over verantwoordelijkheidsverdeling van het zorgnetwerk nodig is om de zorg voor kwetsbare mensen in Nederland toekomstbestendig te maken.^{vii}

Professionals die in de zorg en het sociaal domein werken kunnen vanuit hun formele taak niet meer alle zorg- en ondersteuningsvragen opvangen en raken overbelast. Zeker nu er sprake is van schaarste aan mensen en middelen.^{viii} Een deel van de zorgprofessionals voelt zich niet meer gehoord en verlaat de zorg.ⁱ Er wordt een groter beroep gedaan op mensen in het informele netwerk (partner, kinderen, burens, vrijwilligers, etc.). Maar ook zij raken vaker overbelast, terwijl zij juist wel degenen zijn die iets willen betekenen, en blijven betekenen, op een manier die bij henzelf en hun naaste past. We moeten nadenken over hoe we mensen die langdurige zorg nodig hebben beter en anders kunnen helpen en ondersteunen. We moeten het aanbod van het informele netwerk met beide handen aangrijpen en mensen zelf de mogelijkheid geven om zorg en ondersteuning te organiseren. Maar dan wel op een manier die bij hen en hun situatie past, zodat zij zich gesteund voelen.

Zolang iemand zelfredzaam is, is er weinig aan de hand. Totdat de gevolgen van een ziekte of beperking verergeren of het netwerk kleiner wordt. Als het dan begint te haperen en er geen informeel netwerk is dat meer kan helpen, komt iemand vrij snel in de rol van zorgconsument terecht, oftewel iemand die zorg afneemt van een zorgaanbieder. Het oplossen van problemen wordt gezocht in het aanbod van verzekerde pakketten en producten van zorgaanbieders. Afspraken daarover zijn geformaliseerd in wetten, regelgeving en inkoopcontracten. Waar het eerder gebruikelijker was dat de omgeving bijspong, lukt dat nu niet goed meer doordat sociale structuren op lokaal niveau steeds meer verdwijnen. Maar ook door de wijze waarop we wetten en regels in verschillende zorgdomeinen hebben vormgegeven. Deze bieden nog weinig mogelijkheden voor integrale, andersoortige en gecombineerde oplossingen.

Gelukkig zien we de laatste jaren diverse initiatieven ontstaan die proberen sociale structuren te behouden en weer terug te brengen in de basis van de samenleving. Denk aan de vele zorgzame gemeenschappen die zijn aangesloten bij *Nederland Zorgt voor Elkaar*. Zij willen bijdragen aan een herstel van het zorgecosysteem. Hierin verschuift de aandacht van zelfredzaamheid naar samenredzaamheid. Het begrip zorg krijgt een andere lading: het is niet louter het product van zorgaanbieders en zorgprofessionals. Zorg en ondersteuning krijgt een bredere invulling.

Uiteraard hebben zorgprofessionals nog steeds een belangrijke en waardevolle rol. Zij dragen bij vanuit hun professe, vanuit hun verworven kennis en kunde. Maar passende zorg betekent nog iets meer. Het betekent dat zorgprofessionals op basis van gelijkwaardigheid met mantelzorgers samenwerken en overleggen en breed kijken naar mogelijkheden. Om deze initiatieven te laten slagen en groeien is het noodzakelijk om op een andere manier naar de zorg te kijken en bestaande structuren en systeemafspraken aan te passen.^{ix,x}

Bovenstaand gedachtegoed is niet nieuw. Maar helaas zien wij dat de initiatieven die de beweging naar passende zorg stimuleren, nog niet de plaats in de samenleving en het zorgstelsel krijgen die zij verdienen.

ⁱ Een prognose laat een arbeidsmarkttekort in de sector Zorg en Welzijn zien van 137 duizend medewerkers in 2032. Dan komt de geestelijke gezondheidszorg 12.800 mensen tekort, de verpleeghuiszorg 37.800 mensen, de thuiszorg 18.800 mensen en de gehandicaptenzorg 15.300 mensen. Dit tekort is er ondanks het remmende effect van de beleidsmaatregelen op de arbeidsvraag in de zorg. [Kamerbrief Nieuw arbeidsmarktprognose zorg en welzijn \(2023\)](#)

- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand.
- Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek.
- Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.
- Passende zorg is waardegedreven.

Bron: *Kader Passende zorg*

Scope en totstandkoming van dit signalement

Het doel van dit signalement is dat kwetsbare mensen die langdurige of structurele zorg nodig hebben, zorg en ondersteuning krijgen die echt nodig is en die is afgestemd op hun situatie en die bijdraagt aan hun kwaliteit van bestaan.

Vanuit onze rol als pakketbeheerder voor de Wlz² hebben wij de taak om te bevorderen dat de Wlz toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar blijft. Wij zien dat de wijze waarop de Wlz nu is vormgegeven de transitie naar samenredzaamheid belemmert. Met dit signalement dragen we mogelijkheden aan om belemmeringen op te lossen. Het doel is dat te allen tijde een pakket aan Wlz-zorg beschikbaar blijft voor mensen, die vanwege hun levenslange beperking of ziekte blijvend zijn aangewezen op professionele zorg en ondersteuning die niet op een andere manier is te organiseren. De Wlz alleen inzetten als vangnet. We beschrijven in dit signalement de interactie met andere domeinen binnen en buiten het zorgstelsel, daar waar die van meerwaarde is.

Wij zijn ons ervan bewust dat het heel belangrijk is om te investeren in gezondheidsbevordering, preventie en het verminderen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, omdat dit leidt tot minder en later gebruik van zorg. Dit valt echter niet onder de reikwijdte van dit signalement. Wij verwijzen voor meer informatie over deze onderwerpen naar het advies *Gezond opgroeien, wonen en werken* van de Sociaal-Economische Raad (SER).^{XI}

Passende zorg is ook duurzame zorg. Een belangrijke beweging daartoe is de *Green Deal duurzame zorg 3.0*.^{XII} Samenredzaamheid is duurzamer dan formele zorg en heeft een kleinere ecologische voetafdruk. Daarnaast is het goedkoper en menselijker en draagt daarom bij aan de maatschappelijk gedragen opgave voor verduurzaming in de zorg.

We hebben documenten geanalyseerd en waardevolle gesprekken gevoerd met experts, ervaringsdeskundigen en partijen die een belangrijke rol spelen voor mensen met een zorgvraag. Op basis van deze inzichten, kennis en ervaringen heeft het Zorginstituut dit signalement opgesteld. Het bevat handvatten om stappen in de goede richting te zetten, maar is geen routekaart naar een nieuwe situatie.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 beschrijven wij ons ideaalbeeld van samenredzaamheid in de langdurige zorg. Het gaat dan over de rol van kwaliteit van bestaan van degene die zorg nodig heeft en de positie van formele en informele zorg in de (1) zorgrelatie in de driehoek en (2) algemene sociale structuren. In hoofdstuk 2 beschrijven we welke belemmeringen in de Wlz samenredzaamheid in de weg zitten. In hoofdstuk 3 geven we oplossingsrichtingen om de transitie van zelfredzaamheid naar samenredzaamheid te bevorderen. Tot slot schetsen we in hoofdstuk 4 welke stappen we in een vervolg willen zetten en welke rol voor ons is weggelegd.

Voorbeeldcasussen – weergegeven in een tekstvak met groene letters – illustreren de tekst uit de hoofdstukken. Begrippen uit dit signalement leggen wij nader uit in de begrippenlijst in bijlage 1.

² De Wet langdurige zorg (Wlz) geeft recht op zorg aan mensen die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht. De zorg kan thuis of in een instelling georganiseerd worden. Meer informatie over de Wlz vindt u op onze website op de pagina Wlz-algemeen: [Hoe werkt de Wet langdurige zorg?](#)

1 Samenredzaamheid in de langdurige zorg

Wij willen zorg in de langdurige zorg op een andere manier positioneren om de transitie naar samenredzaamheid te bevorderen. Dit is een stap naar een meer inclusieve samenleving. Ons ideaalbeeld is een ecosysteem van mensen die zorg nodig hebben, hun directe omgeving en de zorgprofessional, waarin allereerst gezocht wordt naar andere oplossingen dan het inzetten van formele zorg. De zorgprofessional wordt pas toegevoegd aan het bestaande netwerk van iemand die zorg nodig heeft waar het echt nodig is en er geen andere oplossingen voorhanden zijn. De zorgprofessional voegt professionele deskundigheid en waarde toe. Dit mondt uit in een andere balans tussen de formele zorg en informele zorg en is een belangrijke stap in het bieden van passende zorg. Formele zorg varieert van lichte ondersteuning en begeleiding tot zware intensieve zorg en behandeling. Deze wordt vanuit de Wlz geboden aan mensen die vanwege hun beperking of ziekte blijvend op permanent toezicht en 24-uurszorg in de nabijheid zijn aangewezen. Denk hierbij aan ouderen met een psychogeriatrische of somatische aandoening, mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking en mensen met een langdurige psychische aandoening. Informele zorg is zorg en ondersteuning die geboden wordt door het sociale netwerk van de persoon die zorg nodig heeft. Dit netwerk bestaat niet alleen uit mantelzorgers of naasten, maar ook uit andere mensen zoals vrienden, kennissen, burens, medebewoners, medeleden van verenigingen en vrijwilligers.

Als we willen komen tot meer samenredzaamheid, dan hebben we een meer inclusieve samenleving nodig. Begrippen als normaliseren en inclusie zijn hierbij belangrijke waarden.

Normaliseren: ouderdom komt met gebreken. Als we deze gebreken problematiseren en verwachten dat deze kunnen worden verholpen, streven we het ideaalbeeld na dat het leven maakbaar is; dat problemen die we als individu langs de lat van de maatschappelijke idealen en verwachtingen leggen, kunnen worden opgelost. Als we accepteren dat problemen en uitdagingen bij het leven horen, passen we er ons leven op aan.

Inclusie: de geïndividualiseerde samenleving beschouwt mensen die niet aan de maatschappelijke verwachtingen en idealen voldoen als mensen met een probleem. Zij hebben hulp nodig en die hulp wordt vaak gezocht binnen de zorg. Door meer oog te hebben voor en rekening te houden met de verschillen tussen mensen en deze te accepteren, richt je een inclusievere samenleving in. Een inclusieve samenleving beschouwt 'anders zijn' niet als een probleem, maar als een gegeven. Mensen mogen anders zijn, mensen zijn anders.

Bron: Geïnspireerd op Recept voor maatschappelijk probleem (2017) van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).

1.1 Kwaliteit van bestaan als vertrekpunt

Het belangrijkste vertrekpunt is dat ieder mens het prettig vindt om zoveel mogelijk zelf invulling te geven aan kwaliteit van het eigen bestaan.³ Ook als dat niet gaat zonder ondersteuning of zorg. Die moet dan zijn afgestemd op de persoonlijke situatie van degene die zorg nodig heeft en op wat die persoon belangrijk vindt. Mensen verschillen nu eenmaal van elkaar en zijn meer dan hun zorgvraag op het moment dat zij het alleen niet meer redden. Passende zorg draagt dan ook bij aan kwaliteit van bestaan als deze aansluit bij de situatie van degene die zorg nodig heeft en helpt om het leven zo waardig en zelfstandig mogelijk te houden.

In de langdurige zorg zal de aandacht moeten verschuiven van kwaliteit van het zorgaanbod naar een meer mensgerichte benadering. De aandacht op kwaliteit van zorg is te smal, omdat het leidt tot standaardisering van het aanbod in plaats van dat de mens zelf het vertrekpunt is. Door te kijken naar wat iemand nog zelf kan en wat mensen in de omgeving kunnen bijdragen, richt je in eerste instantie de blik op de eigen kracht. De zorg is hierop aanvullend. Hiermee sla je twee vliegen in een klap: een betere aansluiting bij de behoefte van degene die zorg nodig heeft en mogelijk minder beroep op de formele zorg.

³ Voor de definitie van kwaliteit van bestaan verwijzen wij naar bijlage 1 Begrippenlijst.

1.2 De positie van langdurige zorg en informele zorg

Het anders organiseren en positioneren van langdurige formele en informele zorg en ondersteuning in lijn met samenredzaamheid vindt idealiter plaats op (1) het niveau van de individuele zorgrelatie én (2) het niveau van de maatschappij (algemene sociale structuren):

1.2.1 Zorgrelatie tussen directbetrokkenen

Een samenwerking start met een open gesprek tussen degene die zorg nodig heeft, diens informele netwerk en de zorgprofessional (in de driehoek). Het gaat om het maken van de verbinding waaraan iedereen bijdraagt. Het uitgangspunt is kijken naar wat iemand zelf kan om een betekenisvol leven te leiden en erbij te horen. Dit is een benadering vanuit positieve gezondheid. Daarnaast wordt gekeken waar het informele netwerk kan ondersteunen en wanneer hulp van de zorgprofessional nodig is. In principe ligt de regie bij degene die zorg en ondersteuning nodig heeft (of bij directe naasten als het niet anders kan) en sluit de zorgprofessional aan. Zo maken we de overgang van 'zorgen voor' naar 'zorgen met'. De focus kan ook liggen op het ondersteunen en al of niet tijdelijk ontlasten van de mantelzorger, zodat deze niet overbelast raakt. Betrokkenen kunnen ook samen besluiten dat het onverantwoord is om degene die zorg nodig heeft nog langer thuis te laten wonen.

De samenwerking tussen degene die zorg nodig heeft, diens informele netwerk en zorgprofessionals gaat uit van gelijkwaardigheid. Betrokkenen leren elkaar kennen als de mens achter de zorgconsument of de mens achter de mantelzorger. Er is ruimte voor ieders kwetsbaarheden en belastbaarheid. De zorgprofessional is zich bewust van het bestaand sociaal netwerk dat al een lange geschiedenis kent. Ook is de zorgprofessional zich bewust van de mogelijke afhankelijkheidsrelaties. Zeker bij mensen die vanwege verlies van eigen regie niet zelf kunnen beslissen over hun eigen belangen en afhankelijk zijn van hun omgeving. De zorgprofessional rekent niet op de 'inzet' van het netwerk, maar gaat ervan uit dat ze samen kijken naar de mogelijkheden die er zijn, ook in de buurt en andere sociale structuren. Ieder vanuit de eigen rol en taak. Omdat de situatie kan veranderen, is het van belang om regelmatig te evalueren en het open gesprek opnieuw met elkaar te voeren.

De samenwerking en het open gesprek moeten leiden tot vormen van zorg en ondersteuning die zijn afgestemd op de persoonlijke situatie van de mens die zorg ontvangt. Die wordt hiermee zo veel mogelijk in staat gesteld om zelf invulling te geven aan kwaliteit van het eigen bestaan. Effect van deze benadering is ook dat relaties tussen betrokkenen anders van aard en minder oppervlakkig worden, en dat iedereen zich meer gezien voelt: degene die zorg nodig heeft qua behoefte, de zorgprofessional en betrokkenen uit het informele netwerk in wat zij zelf en samen kunnen bijdragen. De zorgprofessional voelt zich meer gewaardeerd door degene die zorg nodig heeft en door het informele netwerk. Dit draagt weer bij aan het werkplezier en het gevoel van waarde te zijn.^{xiii} Door samen een team te vormen, heeft niemand het idee er alleen voor te staan.

“De realiteit in onze huidige samenleving maakt een voortdurend gesprek tussen alle betrokkenen noodzakelijk, een gesprek waaruit steeds duidelijke en wederzijdse afspraken komen.”

Bron: Generiek kompas: Samen werken aan kwaliteit van bestaan

1.2.2 Algemene sociale structuren

Als we alleen focussen op zorg en de zorgrelatie tussen directbetrokkenen, gaan we het verschil niet maken. Misschien nog wel belangrijker is dat we ervoor zorgen dat we onze samenleving zodanig inrichten, dat het weer normaal wordt om naar elkaar om te zien en bij te springen als een ander dat nodig heeft. Van zelfredzaamheid naar samenredzaamheid. Daarvoor is het nodig te investeren in alle domeinen en niet alleen in de zorg.

Zo luidt een van de adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid (RVS) bij de kabinetsformatie: ^{xiv} “De volksgezondheid staat onder druk. Dit is een zorgelijke ontwikkeling. Om het tij te keren moeten we sociale determinanten van gezondheid centraal stellen in de zorg voor de volksgezondheid, ofwel publieke gezondheidszorg. Denk hierbij aan wonen, werk, inkomen, onderwijs en leefomgeving. Aandacht voor leefstijl en gedrag alleen is onvoldoende omdat dit vaak symptomen zijn van onderliggende maatschappelijke oorzaken.” Ook andere adviesorganen, zoals het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), wijzen op het belang van het creëren van zorgzame gemeenschappen, waarin mensen mee kunnen blijven doen, ook als ze kwetsbaarder worden.^{xv}

Met andere woorden: de basis is een gemeenschap waarin mensen naar elkaar omkijken en samenredzaam zijn. Gemeenschappen en buurten vormen de vruchtbare bodem voor een open gesprek en gelijkwaardige relaties. Het gaat erom dat gemeenschappen beter in staat zijn om zorg- en ondersteuningsvragen van mensen te voorkomen, of te beantwoorden als dat aan de orde is. De zorgprofessional is namelijk niet de enige die een oplossing kan bieden. Sterker nog: de zorgprofessional komt idealiter pas in beeld als andere oplossingen niet voldoen. Oplossingen kunnen uit hele andere hoeken komen. Deel uitmaken van een gemeenschap heeft op zich al een positief effect op het welbevinden (en de gezondheid!) van mensen. Uit onderzoek is bijvoorbeeld bekend dat eenzaamheid leidt tot een lagere levensverwachting.^{xvi, xvii} Eenzaamheid is niet op te lossen door inzet van zorg, maar wel te voorkomen of tegen te gaan. Het kunnen blijven meedoen zorgt voor zingeving en hogere kwaliteit van leven, wat ook de zorgvraag voorkomt of uitstelt.

Bovenstaand gedachtegoed is niet nieuw. Het *Kader Passende zorg* beschrijft de activiteiten die nodig zijn passende zorg te realiseren.^{xviii} Partijen hebben in het *Generiek kompas: Samen werken aan kwaliteit van bestaan* invulling gegeven aan hoe passende zorg kan bijdragen aan kwaliteit van bestaan.^{xix} In de gehandicaptenzorg komt dit ook terug in het *Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg 2023-2028*.^{xx} Ook in het *Kwaliteitskader woonzorg in de langdurige ggz*^{xxi} is aandacht voor het informele netwerk en de samenwerking tussen de betrokkenen rondom degene die zorg nodig heeft. We zien ook elementen van passende zorg terugkomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en programma's als Wonen, Zorg en Ondersteuning aan Ouderen (WOZO). Deze gaan echter met name uit van eigen regie en zelfstandigheid van individuele personen.



Christiaan, 84 jaar, is vanaf zijn pensioen een actief lid geweest van de lokale tennisvereniging. Vanwege zijn hoge leeftijd en beperking door een neurologische aandoening is hij inmiddels aan een rolstoel gebonden en woont hij in een verpleeghuis. De club vergeet hem niet. Voorafgaand aan elk toernooi, de clubkampioenschappen en de algemene ledenvergadering spreken ze af welk clublid Christiaan ophaalt en weer naar huis brengt. Hij geniet erg van de uitjes en heeft het gevoel dat hij er nog steeds bij hoort. Doordat clubleden Christiaan op de club tegenkomen, krijgt hij in de weken na de activiteit vaak meer bezoek. Op die dagen merken de verzorgenden dat Christiaan een stuk gemakkelijker is in de omgang. De verzorgenden ervaren verlichting in hun werk.

2 Huidige situatie: de belemmeringen

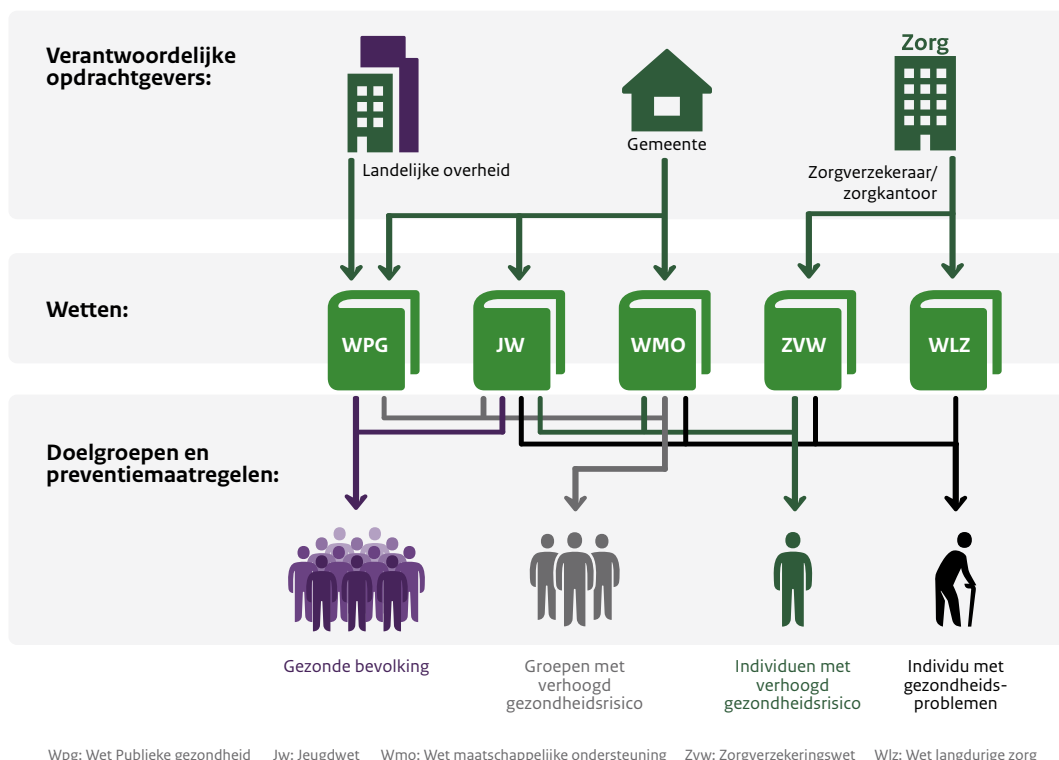
In dit hoofdstuk stellen we de belemmeringen die voortkomen uit de Wlz aan de kaak. Ze zitten de ontwikkeling naar samenredzaamheid en een daarbij passend stelsel in de weg. Als we oplossingen willen realiseren door samenredzaamheid centraal te stellen, dan moet ook het Nederlands zorgstelsel waar de Wlz onderdeel van is, worden aangepast. Daarvoor is het nodig om af te stappen van het zelfredzaamheids-principe en de Wlz te gaan beschouwen als laatste vangnet.^{xxii} De richting waarin het huidige stelsel is ontwikkeld, belemmert de stap naar samenredzaamheid.

2.1 Ons zorgstelsel

De afgelopen decennia is ons huidige zorgstelsel geëvolueerd vanuit een denkkader met als vertrekpunt 'zelfredzaamheid van het individu'. Welvaartsstijging en de beweging om los te komen van afhankelijkheden binnen sociale en religieuze gemeenschappen hebben ertoe geleid dat de verantwoordelijkheid voor het welzijn van burgers bij de overheid kwam te liggen: de verzorgingsstaat. In de loop van de tijd zijn steeds meer regeltaken op het gebied van zorg en welzijn bij de overheid neergelegd. In de zorg hebben we onszelf steeds afhankelijker gemaakt van de overheid. We kijken dan ook naar de overheid voor het organiseren van zorgoplossingen bij ziekte, invaliditeit of andere beperkingen. Het aantal risico's dat gedekt wordt door zorgverzekeringen, is toegenomen, evenals het aantal gerechtigden dat daarop aanspraak kan maken.

Ons zorgstelsel is opgebouwd uit 5 wetten (zie figuur 1).

Figuur 1 | De vijf zorgwetten



Bron: de Argumentenfabriek - Zo werkt de zorg in Nederland (2018)[©]

Als pakketbeheerder voor de Wlz heeft het Zorginstituut de taak te bevorderen dat de Wlz toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar blijft. In de Wlz is een afgebakend en geformaliseerd pakket aan verzekerde zorg beschikbaar voor de meest kwetsbare mensen in onze samenleving. We vertalen kwetsbaar-

heid naar een behoefte aan zorg en ondersteuning en beantwoorden die met de inzet van deskundige zorg-professionals die verpleging, begeleiding of verzorging leveren. Degene die zorg nodig heeft wordt zoveel mogelijk ondersteund of geholpen en de kwetsbaarheid zoveel mogelijk opgeheven of gemanaged.

2.2 Zorg als oplossing voor veel problemen

Mensen in Nederland verwachten veel van de zorg. Als iemand niet meer zelfredzaam is, kijkt iedereen al snel naar zorgoplossingen. De zorg als duizenddingendoekje: dé oplossing voor alles in plaats van een aanvulling of laatste redmiddel. De focus op het formele zorgaanbod lijkt inmiddels zó dominant, dat we over het algemeen nog maar weinig kijken naar andere mogelijkheden om een probleem aan te pakken, bijvoorbeeld in preventie, het sociaal domein, via woningbouw of in de eigen omgeving. Zorg als oplossing staat haaks op de gedachte van passende zorg, die allereerst uitgaat van wat mogelijk is buiten het domein van de zorg. Het staat ook haaks op de uitkomsten die worden verwacht van bijvoorbeeld het programma *Wonen, Zorg en Ondersteuning voor Ouderen (WOZO)* dat als doel heeft 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan', of de *Toekomstagenda gehandicaptenzorg* waarin onbeperkt meedoen en een betekenisvol leven centraal staan. Rekenen op zorg als oplossing komt mede voort uit het feit dat formele zorg en ondersteuning in de Wlz een verzekerd recht is voor iemand die het nodig heeft, ongeacht de mogelijkheden in de omgeving.

Ieder persoon die zorg nodig heeft uit de Wlz, heeft recht op hetzelfde brede, afgebakende pakket aan zorg en ondersteuning.⁴ We stellen het recht hierop niet ter discussie. Dit is een groot goed waar we met elkaar lang aan hebben gebouwd. We zijn ons bewust dat de meest kwetsbaren in onze samenleving vaak al een traject hebben doorlopen in en buiten de zorg voordat ze een beroep doen op de Wlz. Maar we zijn wel doorgeschoten in de individualisering van de aanspraak op dit recht. In de Wlz wordt bijvoorbeeld bij de aanvraag geen rekening gehouden met de grootte en de draaglast en draagkracht van het informele netwerk van degene die zorg nodig heeft. Ook de omgeving en persoonlijke omstandigheden worden niet meegenomen. Het gevolg is dat twee mensen met dezelfde zorgvraag, maar met verschillende eigen mogelijkheden en mogelijkheden in de omgeving, op dezelfde manier worden beoordeeld.⁵ Vervolgens kunnen zij gaan shoppen, omdat ze feitelijk recht hebben op zorg: als de ene zorgaanbieder niet voldoet aan de wens van degene die zorg nodig heeft, bijvoorbeeld omdat de zorgaanbieder veel verwacht van de naasten, is het mogelijk om over te stappen naar een andere zorgaanbieder. De huidige praktijk van toenemende vraag en personele tekorten vraagt erom dat zorgaanbieders samenwerken in plaats van elkaar beconcurreren. Dit is eerder geadviseerd in het advies *Verdeling van schaarste in de wijk* van Zorginstituut Nederland en in het advies *Met de stroom mee* van de Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS).^{xxiii,xxiv} Er ontstaan steeds meer initiatieven van zorgaanbieders en gemeenten om samen te werken. Dit juichen wij toe.

Het oplossen van een hulpvraag door direct zorg in te zetten, zet degene die zorg nodig heeft en diens omgeving niet altijd in hun kracht. Het informele netwerk krijgt het gevoel buitenspel te staan en niet gezien of gewaardeerd te worden. Dit wordt ook gesignaleerd in het advies *Anders leven en Zorgen* van de RVS: "Slechts een op de vijf naasten wordt bij opname actief gevraagd om een bijdrage te leveren. Twee derde zegt dat er geen afspraken zijn gemaakt over wie wat doet, en de meerderheid is niet betrokken bij het opstellen van een zorg(leef)plan."^{xxv}

Zorgprofessionals vinden het spannend om het open gesprek aan te gaan uit angst om te worden teruggefloten vanwege de wettelijke kaders en beperkingen. Ook hebben zij wellicht niet de juiste vaardigheden om dit gesprek te voeren en andere oplossingen in te zetten. De makkelijke weg is het overnemen van zorg- en ondersteuningstaken als men daarom vraagt. De houding 'better safe than sorry' beperkt het vrijelijk zoeken naar andere mogelijkheden in de samenwerking en het bredere netwerk. Bestaande mogelijkheden binnen de wettelijke kaders blijven onbekend, waardoor de best passende oplossingen niet worden ingezet. Dit zien we bijvoorbeeld op het moment dat iemand die zorg nodig heeft naar de woonzorgvoorziening verhuist. De zorgprofessional daar denkt verantwoordelijk te zijn voor alles wat er gebeurt, ook voor wat de mantelzorgers doet. Terwijl juist de mantelzorgers zelf verantwoordelijk is en blijft voor de zorg en ondersteuning die hij biedt.^{xxvi}

⁴ Afhankelijk van de leveringsvorm van de zorg voor de verzekerde. Zie voor meer informatie over: *Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland*.

⁵ We krijgen ook signalen dat de zorgprofielen zo globaal zijn beschreven dat twee mensen met een uiteenlopende zorgvraag hetzelfde brede pakket aan zorg en ondersteuning ontvangen. Zie voor meer informatie over indicatiestelling en zorgprofielen: [Toegang tot Wlz-zorg | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#).



Maria, 83 jaar, verhuist vanwege dementie naar het verpleeghuis. Piet is blij, want hij kan de zorg voor zijn vrouw al enige tijd niet meer aan. Maar hij voelt zich ook schuldig, omdat hij het niet meer voor haar kon volhouden. Hij zou graag nog iets betekenen, al is het maar om samen te koken en daarna samen de avond door te brengen. Hij vindt het fijn om Maria dan, net zoals thuis, te helpen met tandenpoetsen en klaarmaken voor de nacht. Ook vindt hij het leuk om voor de andere bewoners te koken.

Een professional van het verpleeghuis bespreekt het zorgplan samen met Piet en Maria. De organisatie heeft het welzijn van de bewoners hoog in het vaandel staan. Piet is vrij om daaraan bij te dragen wanneer dat passend is voor hem. Maar zijn vrouw helpen bij de zorgverlening vinden de professionals nog spannend. Ze zijn bang dat er iets misgaat en dat zij dan verantwoordelijk worden gehouden. En is Piet geen vrijwilliger als hij ook kookt voor de andere bewoners? Dan gelden mogelijk andere regels.

2.3 De werking van de Wet langdurige zorg (Wlz) zit het gezamenlijk zoeken naar goede oplossingen in de weg

Als betrokkenen samen tot goede oplossingen komen, worden die belemmerd door de manier waarop de Wlz is vormgegeven, werkt en wordt uitgevoerd.

Zorg en ondersteuning uit de Wlz is bedoeld voor een zeer diverse doelgroep: kwetsbare ouderen, mensen met een lichamelijk beperking, mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een zintuiglijke beperking en mensen met langdurige psychische problemen. Al deze mensen hebben een ander startpunt en een andere zorgbehoefte. Ouderen hebben vaak een relatief korte zorgreis, terwijl mensen met een beperking vaak levenslang, levensbreed en in elke levensfase zijn aangewezen op zorg en ondersteuning. Het loopt sterk uiteen wat mensen uit de verschillende doelgroepen wel of niet zelf kunnen. Sommigen kunnen samen met hun naasten nog heel goed dingen zelf regelen. Er zijn ook mensen die daar hulp bij nodig hebben of die een volledige overname van taken nodig hebben. Maar voor iedereen geldt momenteel één wet die – gechargeerd gezegd – uitgaat van *one size fits all*.

Zodra iemand toegang heeft tot zorg uit de Wlz, wordt dezelfde zorg die geleverd wordt uit andere domeinen uitgesloten, bijvoorbeeld uit de Zvw en de Wmo.⁶ Ook is via afbakeningsbepalingen geregeld dat zorg uit de Wlz voorgaat op zorg uit de Zvw en de Wmo. Wij noemen dit de voorliggendheid van de Wlz. Het belemmert zorgprofessionals en mensen die zorg nodig hebben om oplossingen te zoeken buiten de zorg en om oplossingen te combineren (zie voorbeeld in het kader hieronder). Het gehele pakket aan zorg en ondersteuning wordt dan geleverd vanuit de Wlz. Ook de onderdelen die anders georganiseerd hadden kunnen worden. In de praktijk zijn mensen dan afhankelijk van de zorg en ondersteuning die is ingekocht bij de uitvoerder van de wet, het zorgkantoor in geval van de Wlz. Als mensen voordat zij in aanmerking komen voor zorg uit de Wlz eerst zorg en ondersteuning ontvingen uit een van de andere domeinen, bijvoorbeeld de Wmo, dan kunnen zij geconfronteerd worden met een abrupte overgang. Met name als de bekende hulpverlener geen contract heeft om de zorg te kunnen leveren vanuit de Wlz. De persoon die zorg ontvangt kan dan plots niet meer rekenen op de bekende hulp in de huishouding die voorheen over de vloer kwam vanuit de Wmo. Of iemand kan niet meer naar de goed passende dagbesteding, ook al is dat al jaren zo. Gevolg is dat er nieuwe zorgprofessionals over de vloer komen en iedereen weer op zoek moet naar een nieuwe balans.

⁶ Afhankelijk van de gekozen leveringsvorm komt een gedeelte van de zorg en ondersteuning nog steeds uit de Zvw, Wmo of eigen portemonnee. Deze zorg kan dan niet ten laste komen van de Wlz. Een voorbeeld is het verstrekken van eten en drinken. Deze ondersteuning komt alleen bij verblijf en een volledig pakket thuis ten laste van de Wlz. Zie voor meer informatie [Leveringsvormen \(instelling, vpt, mpt en pgb\) \(Wlz\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#).

Dit wordt mede in stand gehouden door de financiële prikkels in het zorgstelsel. Het is financieel aantrekkelijk om iemand die veel of zware zorg nodig heeft te verwijzen naar de Wlz, in plaats van de samenwerking op te zoeken tussen de domeinen. Zowel zorgverzekeraars als gemeenten doen dat, ook als degene die zorg nodig heeft daardoor niet beter op zijn plek zit. Zij verwijzen iemand die veel zorg nodig heeft vaak eerst naar het CIZ om de zekerheid te krijgen dat de zorg niet in de Wlz thuishoort. Bij de toets door het CIZ kan deze de Wlz zorg toekennen omdat daarbij geen rekening wordt gehouden met de sociale context. Hierdoor komen mensen die wellicht met wat extra hulp goed (en goedkoper) kunnen worden geholpen in de Wmo/Zvw toch in de Wlz terecht. Zo heeft de wetgever dit niet beoogd: in de memorie van toelichting van de Wlz staat namelijk dat de zorgverzekeraar en gemeenten overleggen om de cliënt, die mogelijk in aanmerking komt voor Wlz maar een hele beperkte formele zorgvraag heeft, in bepaalde situaties langer in de Zvw en Wmo te houden.^{xxvii}



Karin, 42 jaar, is van kinds af slechtziend en ziet sinds enkele jaren niets meer. Ze ontvangt Wlz zorg thuis en is al sinds jaar en dag vrijwilliger in het plaatselijke buurthuis. Ze maakt daar een praatje met buurtbewoners, dit is erg waardevol voor haar. Ze werd altijd door haar moeder naar het buurthuis gebracht. Maar haar moeder wordt ouder en merkt dat het haar niet meer lukt om haar dochter drie keer per week weg te brengen. Omdat Karin een indicatie voor de Wlz heeft vanwege haar visuele beperking, vraagt haar moeder of het mogelijk is om vanuit de Wlz vervoer te regelen. Zodat Karin de voor haar en de buurtbewoners waardevolle activiteit kan blijven doen. Het zorgkantoor geeft aan dat dit helaas niet kan. Vervoer wordt in de Wlz alleen vergoed als iemand naar dagbesteding of dagbehandeling vanuit de Wlz gaat. Karin komt ook niet in aanmerking voor vervoer via de zorgverzekeraar (Zvw) of de gemeente (Wmo). Ze staat voor een moeilijk besluit: moet ze stoppen met haar vrijwilligerswerk en naar een dagbesteding vergoed uit de Wlz gaan?

De huidige inrichting van het zorgstelsel belemmert uitvoerders om over de grenzen van hun eigen wettelijke domein heen te kijken en werkt het afwentelen van problemen op de Wlz zorg in de hand. Het heeft namelijk direct effect op de eigen financiën (*wrong pocket problem*). De investering die gemeenten doen om zorg en ondersteuning te bieden, zoals het aanpassen van een woning zodat iemand thuis kan blijven wonen, voorkomt het inzetten van zorg en ondersteuning uit de Wlz en Zvw. De financiële prikkels zijn zo gericht dat iedere uitvoerder zijn eigen (financiële) belang nastreeft, waardoor het maatschappelijke belang uit het oog wordt verloren. Dit is geen nieuw knelpunt: we zien initiatieven en wetsvoorstellen die ervoor moeten zorgen dat de uitvoerders ondanks de bepalingen toch over domeinen kunnen investeren.

De noodzaak om een open gesprek te voeren en in gezamenlijkheid te bespreken wat nodig is en wie wat gaat doen, is wettelijk niet vastgelegd. Om dit goed te kunnen doen, moet het financieel en organisatorisch worden ondersteund. Er bestaat een recht op verzekerde zorg en ondersteuning op basis van de individuele zorgvraag. De beschikbaarheid van mantelzorg en vrijwilligers heeft geen wettelijke plaats in de Wlz. In de praktijk houdt de zorgaanbieder waar mogelijk rekening met de beschikbaarheid van het informele netwerk tijdens het bepalen van de inzet van zorg en ondersteuning.

2.4 Administratieve lasten in en tussen domeinen belemmeren optimale samenwerking

Mensen krijgen steeds vaker te maken met zorg en ondersteuning uit verschillende domeinen waarvoor verschillende wetten gelden. De financieringsvormen sluiten niet op elkaar aan én de uitvoerders van de wetten

werken op verschillende schalen, van lokaal tot landelijk.⁷ Dat levert in de praktijk problemen op, omdat deze wetten strakke kaders kennen met verschillende aanspraken of voorzieningen en uitvoerders.^{xxviii} Elk domein heeft een eigen werkwijze voor het vaststellen van de zorg- en ondersteuningsbehoefte en het verantwoordt ervan. Deze domeinen brengen elk administratieve lasten met zich mee voor degene die zorg nodig heeft, de mantelzorger en zorgaanbieder, voortvloeiend uit de behoefte om te verantwoorden en te controleren. Dit leidt niet tot passende oplossingen.

Zorgaanbieders die de zorg en ondersteuning leveren moeten van veel markten thuis zijn. Deze complexiteit maakt het voor zorgprofessionals moeilijk te doorgronden wat er nu wel of niet mogelijk is. De zorgaanbieder en zorgprofessional kiezen er dan voor om bijvoorbeeld risico's uit de weg te gaan en de zorg die onder hun dak geleverd wordt door formele zorgverleners te laten uitvoeren.

2.5 Het complexe zorgstelsel ontmoedigt mantelzorgers

De administratieve lasten die komen kijken bij het aanvragen, organiseren en laten uitvoeren van zorg en ondersteuning, ontmoedigen mantelzorgers om voor hun naaste te zorgen. Intensief zorgende mantelzorgers zijn volgens MantelzorgNL al gauw vier uur per week kwijt aan de administratie die daarbij komt kijken.^{xxix} Het zorgstelsel is inmiddels zo complex geworden dat mantelzorgers niet meer weten waar zij aan toe zijn en hoe het werkt. Hoger opgeleiden met een hoger inkomen weten beter de weg te vinden. Dit versterkt de tweedeling in de maatschappij.



Joost, 16 jaar, heeft een verstandelijke beperking en gaat al lange tijd meerdere dagen per week naar een zorgboerderij, gefinancierd door de gemeente. Sinds kort heeft Joost een Wlz-indicatie. De zorgboerderij waar Joost naartoe gaat heeft geen overeenkomst met het zorgkantoor. Hierdoor is Joost genoodzaakt om te stoppen bij de zorgboerderij, tenzij hij zijn Wlz-indicatie benut in een pgb. Zijn ouders vragen bij het zorgkantoor een pgb aan. Dit wordt goedgekeurd, waarna zij besluiten om ook de andere zorgverleners van Joost uit een pgb te betalen. Het aanvragen en het beheren van het pgb kost hen naast de dagelijkse zorg voor Joost veel extra tijd en energie: aanvraagformulieren en bewijsstukken aanleveren, zorgplan opstellen, zorgovereenkomst maken, maandelijks de zorgboerderij uitbetalen, declaraties controleren, ziekmeldingen verwerken, etc.

2.6 Zorgstelsel biedt geen plaats aan collectief gedragen initiatieven

Ons zorgstelsel weerspiegelt hoe we onze geïndividualiseerde samenleving hebben ingericht. Binnen het zorgstelsel zijn zelfredzaamheid en zorgen voor en ondersteunen van het individu het vertrekpunt. Als dat niet meer gaat, wordt al snel – op individueel niveau – gekeken naar een oplossing uit het zorgdomein. Die wordt namelijk vergoed. Omdat de wet- en regelgeving gekoppeld is aan financiering van zorg en ondersteuning op individueel niveau – te leveren door zorgaanbieders – is het lastig om andere collectieve vormen van de grond en gefinancierd te krijgen. Op dit moment is de individuele toegang tot en aanspraak op een ruim pakket aan zorg en ondersteuning leidend voor de organisatie van zorg.

Er zijn genoeg collectieve buurtinitiatieven die met subsidie tot stand zijn gekomen en waarvan is aangetoond dat die niet alleen het leefplezier van mensen vergroten, maar ook per saldo minder kosten met zich

7 Zorgverzekeraars werken landelijk, zorgkantoren in zorgkantooregio's, gemeenten deels lokaal, maar vaak ook in samenwerkingsverbanden in een eigen regio. Gemeenten werken ook samen in Veiligheidsregio's.

meebrengen omdat er minder beroep wordt gedaan op verzekerde zorg: een preventief effect dus. Informele zorg is duurzamer dan formele zorg en heeft een kleinere ecologische voetafdruk. Daarnaast is het goedkoper en menselijker en draagt daarom bij aan de maatschappelijk opgaven voor de zorg vandaag en morgen. Het lastige is dat zorgverzekeraars en zorgkantoren weinig speelruimte hebben om dergelijke collectieve initiatieven te financieren, omdat financiering op individueel niveau verantwoord moet worden en preventie in de huidige regelgeving maar mondjesmaat bestaat. Ook de vaak moeizame afstemming tussen zorgverzekeraars en gemeenten over wie waarvoor financieel verantwoordelijk is, speelt een rol. Vaak is het gevolg dat initiatieven stranden als de subsidie stopt, ondanks dat is aangetoond dat ze werken. Met andere woorden: het zorgstelsel, met name de financiële verdeling, zit de opbouw van meer collectief gedragen initiatieven in de weg.

In Oss is een aanpak van de grond gekomen (Proeftuin Ruwaard) die in andere gemeenten meestal verzandt in institutionele loopgraven. In Oss hebben ze alle gemeentelijke budgetten voor Wmo, participatie en zorg bij elkaar gelegd in een wijkbudget. De besteding van dat wijkbudget wordt overgelaten aan de professionals in de wijk. De zorg die in Ruwaard wordt ingezet, is lichter dan voorheen. Dat komt doordat professionals anders naar de zorgvragen kijken en sneller handelen. Bovendien voelen zorgaanbieders zich niet langer aangezet tot productie, en is het niet langer nodig om verschillende procedures te doorlopen voordat een besluit mogelijk is. Kan Oss op zijn lauweren rusten? Nee, want de wijkaanpak in Ruwaard heeft niet de vrije teugel gekregen om werkelijk integraal genoemd te kunnen worden. De proeftuin werkt weliswaar met één wijkbudget, maar dat wordt vooral gevuld vanuit de Wmo. De zorgverzekeraars aarzelen of ze net als de gemeente moeten overgaan tot lumpsum financiering in de wijk. Terwijl je bij de Wmo en de Zvw vaak bij dezelfde mensen uitkomt en preventie in beide domeinen zinvol is. Reden voor de aarzeling van de zorgverzekeraars is dat preventie in de huidige regelgeving moeilijk vanuit de Zvw te financieren is.

Bron: *Bundel Zorgzame buurten, pagina 32*

2.7 En hoe nu verder?

In dit hoofdstuk hebben we belemmeringen in de Wlz benoemd die de ontwikkeling naar passende zorg en samenredzaamheid in de weg staan. We zijn met deze lijst ongetwijfeld niet compleet. Het is wel duidelijk dat bovengenoemde belemmeringen met elkaar samenhangen of in elkaars verlengde liggen en dat ze het anders organiseren van formele en informele zorg in de weg staan. Het is niet goed mogelijk om in dit bestek exact alle oorzaak-gevolgrelaties te ontrafelen en op basis daarvan oplossingen aan te dragen. Wel kunnen we oplossingsrichtingen voorstellen waarvan we kunnen beredeneren dat ze gezamenlijk bijdragen aan het anders organiseren en positioneren van formele en informele zorg in de langdurige zorg, en hiermee aan het realiseren van passende zorg. Dat doen we in het volgende hoofdstuk.

3 Oplossingsrichtingen

Het anders organiseren en positioneren van de formele en informele zorg vraagt om een transitie die niet in één dag gereed is. Het vraagt om een andere kijk op de positie die de formele zorg inneemt in de samenleving, op de samenwerking tussen betrokkenen en op hoe we dit kunnen vormgeven in een zorgzame gemeenschap. Het vraagt ook om een andere kijk op de aanspraak op zorg. In de gedachte van passende zorg moet de Wlz een vangnet zijn voor kwetsbare mensen als niets anders kan.^{xxx} Het vraagt om een verandering in denken en gedrag van iedereen. Alleen dan kunnen we de stap maken van 'zelfredzaamheid' naar 'samenredzaamheid'.

Wij zien dat het nodig is om het Nederlandse zorgstelsel meer ondersteunend te laten zijn aan de beweging naar passende zorg. De Wlz moet fundamenteel veranderen om dit mogelijk te maken. Tegelijkertijd is het nodig om aan de slag te gaan op het niveau van de relatie tussen de directbetrokkenen en op het niveau van de sociale structuren. Dit gaat voorbij de grenzen van het zorgstelsel en vraagt om onderlinge afstemming en samenwerking binnen én tussen de ministeries van VWS, OC&W en Volkshuisvesting.

In dit hoofdstuk geven we oplossingsrichtingen die bijdragen aan het verder vormgeven en ondersteunen van samenredzaamheid. De oplossingsrichtingen kennen hun oorsprong in de Wlz, maar zijn ook toepasbaar op andere domeinen. Om tot resultaten te komen is samenwerking noodzakelijk tussen burgers, overheid en het zorgveld zelf. Wij beschrijven de globale acties die opgepakt moeten worden. Om de acties verder te concretiseren en prioriteren hebben wij de expertise en kennis van de partijen in het veld nodig.

Zet een transitie in van controlesysteem naar ruimte voor formele en informele zorgverlening. Zowel in (samenhangende) wet- en regelgeving als in financiering, kwaliteitskaders, beroepsnormen, standaarden, verantwoordingseisen en verantwoordingswijzen.

Bron: *Anders leven en zorgen*, de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

3.1 Oplossingsrichting 1 - Maak het Nederlandse zorgstelsel ondersteunend aan de maatschappelijke transitie naar samenredzaamheid

Er zijn de laatste jaren veel initiatieven geweest om het zorgstelsel door te ontwikkelen en te laten aansluiten op de veranderende maatschappij. Denk aan de ontwikkeling van het bekostigingsmodel voor domeinoverstijgende samenwerking. Dergelijke aanpassingen worden echter nog steeds aangevlogen vanuit het denkkader van zelfredzaamheid en 'hulpvraag is zorgaanbod'. We moeten onszelf nu meer dan ooit de vraag stellen: Wat is zorg en ondersteuning die nog vanuit het verzekerde Wlz-pakket kan worden geboden (aanspraak) en in welke situaties? Hoe zorgen wij dat de Wlz als vangnet voor de meest kwetsbaren in de samenleving beschikbaar blijft? Wij pleiten daarom voor het volgende:

Actie 1

Verander de wetten van het zorgstelsel om deze ondersteunend te maken aan de beweging naar samenredzaamheid en beperk de aanspraak tot de meest kwetsbaren in de samenleving. Ons voorstel is om te beginnen bij de Wlz. De uitwerking ervan op de andere wetten kan daarna volgen.

Waarom?

Zonder een passend zorgstelsel wordt het moeilijk om samenredzaamheid gemeengoed te laten worden en blijft de formele zorg een dominante positie innemen. De huidige aanspraak is voor iedereen met eenzelfde zorgvraag dezelfde, ongeacht sociale context en mogelijkheden. Hierdoor komt de beschikbaarheid van en toegang tot de Wlz voor de meest kwetsbaren in het gedrang. De acties die we hieronder bespreken hebben pas kans van slagen en kunnen pas beklijven als het stelsel deze ondersteunt. Denk aan de voorliggendheid van de Wlz, en de vele regelingen en experimenten gericht op reguliere zorg, met stuk voor stuk een andere bestedingsvorm en verantwoordingseisen.

Actie 2

Zet de in hoofdstuk 3 geschetste visie op samenredzaamheid centraal in landelijk beleid en programma's. Pas deze waar nodig aan. Voorbeelden van programma's zijn: Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), Integraal Zorgakkoord (IZA), Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ), Toekomstagenda Gehandicaptenzorg en de Mantelzorgagenda. Verbind de programma's met lokale en regionale initiatieven en bewegingen in zorgzame gemeenschappen, zoals 'Nederland zorgt voor elkaar'.

Waarom?

De lopende programma's hebben de ambitie om bij te dragen aan een meer samenredzame samenleving, maar zijn hierin de basis niet op gericht. Door de visie op samenredzaamheid uit te dragen en als fundament voor verdere ontwikkelingen te hanteren, zetten we een belangrijke stap naar een nieuw denkkader in de samenleving. Initiatieven die inzetten op samenredzaamheid krijgen een voorbeeldfunctie.

Actie 3

Leg verbinding tussen de programma's en activiteiten die uitgevoerd worden in opdracht van verschillende ministeries, zoals Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO).

Waarom?

Dit haakt aan op een bredere definitie van zorg en ondersteuning. Wat onder het ene ministerie valt, bijvoorbeeld vrijwilligersbeleid of woningbouw, is van invloed op wat onder een ander ministerie gebeurt, bijvoorbeeld zorg. Verbinding en samenwerking tussen de ministeries is noodzakelijk en ondersteunt de goede initiatieven van partijen in de praktijk.

Actie 4

Verduidelijk de mogelijkheden die er zijn binnen huidige wetgeving. Maak duidelijk wie wanneer juridisch verantwoordelijk is voor welk onderdeel van de zorg en ondersteuning en laat de begrippen in de verschillende wetten en regels op elkaar aansluiten. Denk bijvoorbeeld aan de begrippen 'thuis wonen' of 'in een instelling wonen'.

Waarom?

Je voorkomt hiermee onduidelijkheden in de praktijk. Dan weten partijen beter wat ze van elkaar en van het Nederlandse zorgstelsel kunnen verwachten.

Actie 5

Geef uitvoering aan de *Werkagenda passende zorg* opgesteld door de stelselpartijen.⁸ De onderwerpen hierin zijn: de voorliggendheid Wlz, vereenvoudiging van wetgeving en het meenemen van de sociale context. Kijk daarbij naar het advies *Verdelen van schaarste in de wijkverpleging* van Zorginstituut Nederland: "Laat de wijkverpleegkundige ook de indicatie stellen voor cliënten die verpleging en verzorging thuis ontvangen via de Wlz".⁹

Waarom?

Doel is om de schaarse Wlz-capaciteit beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar te houden voor die mensen die deze het hardst nodig hebben: de Wlz als laatste vangnet. Door op deze stelselonderwerpen in te spelen creëren we de randvoorwaarden voor gelijkwaardigheid tussen degene die zorg nodig heeft, diens naasten en zorgprofessionals. Ook bevorderen we zo de samenwerking.

⁸ Het Zorginstituut heeft samen met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), in overleg met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de *Werkagenda passende langdurige zorg* opgesteld. Meer informatie over de *werkagenda* is te vinden op [Gezamenlijke werkagenda - verbeteringen stelsel langdurige zorg | Werkagenda | Zorginstituut Nederland](#).

⁹ Meer informatie over het advies *Verdelen van schaarste in de wijkverpleging* is te vinden op [Advies - Verdelen van schaarste in de wijkverpleging | Advies | Zorginstituut Nederland](#).

Welke partijen zijn verantwoordelijk voor acties 1 tot en met 5?

Wij zien een rol voor het ministerie van VWS, het Zorginstituut, de NZa, het CIZ, het CAK en de IGJ om op stelselniveau de voorwaarden voor de transitie naar samenredzaamheid te creëren. Onder de juiste voorwaarden kunnen ook de andere acties slagen. VWS ondersteunt de gelijkwaardige samenwerking en uitkomsten van die samenwerking met passende wet- en regelgeving. De ministeries zijn aan zet om de verbinding met elkaar te zoeken. Het is aan VWS en SZW om een belangrijke stap te zetten, met elkaar de verbinding aan te gaan en te zorgen voor een gezamenlijke aanpak. Het Zorginstituut draagt samenredzaamheid uit in de programma's waarbij we zijn betrokken en geeft advies over het aanpassen van de toegang, aanspraak op en inhoud van het verzekerde Wlz-pakket.

3.2 Oplossingsrichting 2 - Geef ruimte aan regionale en lokale initiatieven

Met het aanpassen van het zorgstelsel, zodat het ondersteunend is aan de beweging naar passende langdurige zorg, creëren we de juiste voorwaarden. Daarmee is passende zorg nog geen feit. Hiervoor is het nodig om regionale en lokale initiatieven te versterken en te versnellen. Wij verwachten dat het inzetten op samenredzaamheid in lokale leefgemeenschappen zorgt voor een kleiner beroep op formele zorg. Wij pleiten daarom voor het volgende:

Actie 6

Geef regionale en lokale overheden en instanties de ruimte, ook financieel, om samen met 'hun' burgers te werken aan initiatieven die bijdragen aan een gezonde leefgemeenschap. Een voorbeeld hiervan is 'Austerlitz zorgt'. Ondersteun bestaande initiatieven en geef experimenteer ruimte aan nieuwe initiatieven die gericht zijn op de samenwerking tussen domeinen en met de zorgzame gemeenschappen. Samenwerking tussen zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en uitvoerders is noodzakelijk om deze initiatieven ook na de experimenteerfase te laten bloeien. Neem hierbij 'perverse' financiële prikkels en belemmeringen weg.

Waarom?

Zij dragen bij aan samenredzaamheid in de lokale leefgemeenschap en spelen in op de behoeften en wensen die daar liggen.

Actie 7

Stimuleer en faciliteer regionale en lokale overheden en instanties om samen met burgers vast te stellen wat belangrijke randvoorwaarden zijn voor implementatie in de praktijk en welke daarvan niet direct op het beleidsterrein van zorg liggen. Stimuleer investeringen op dat terrein. Denk aan ruimtelijke ordening, huisvesting, voorzieningen, toegankelijkheid, etc.

Waarom?

Gezonde leefgemeenschappen en omgevingen waar mensen bij horen en die gezond gedrag stimuleren, helpen bij het voorkomen en uitstellen van zorg- en hulpvragen. Ook stimuleer je hiermee betrokkenheid in de eigen buurt, waardoor mensen eerder geneigd zijn om elkaar bij te staan.

Actie 8

Stimuleer, versterk en versnel regionale en lokale programma's en initiatieven die bijdragen aan ons doel. Geef ze een springplank, bijvoorbeeld via de *Kennisinfrastructuur langdurige zorg* en het programma *Passende zorgpraktijken*.

Waarom?

Het gaat vaak nog om onontgonnen terrein dat wordt verkend door koplopers. Het is belangrijk dat er een cultuur van ontwikkelen ontstaat, om van elkaar te leren en samen te verbeteren.

Actie 9

Stimuleer en ondersteun zorgaanbieders om samen te werken om te komen tot een gedeelde visie op het organiseren van zorg en ondersteuning met het informele netwerk en lokale en regionale initiatieven. Zij leren van elkaar, door het delen van succesverhalen en van koplopers.

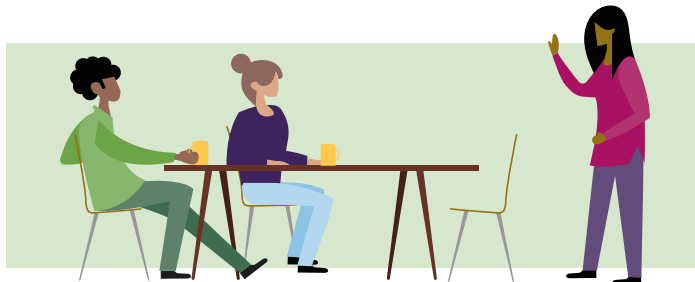
Waarom?

Zorgaanbieders spelen een cruciale rol in het organiseren en laten slagen van de samenwerking, en in het realiseren van zorg en ondersteuning die past bij de situatie van de kwetsbare mens en de behoefte in de regio.

Welke partijen zijn verantwoordelijk voor acties 6 tot en met 9?

Voor bovenstaande activiteiten zien wij een rol voor verschillende partijen. De gemeenten en uitvoerders (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren) zijn aan zet om te helpen lokale initiatieven op te starten en uit te breiden. VWS, het Zorginstituut, de NZa en uitvoerders staan aan de lat om regionale en lokale initiatieven te stimuleren en financiële ruimte te creëren om deze initiatieven te laten groeien en bloeien. Het Zorginstituut geeft initiatieven een plaats in de lopende programma's. Academische werkplaatsen hebben een rol in en het versterken van deze initiatieven met wetenschappelijke onderbouwing.

De kennisinstellingen, bijvoorbeeld Movisie en Vilans, helpen bij het verzamelen en verspreiden van kennis. ZonMw en de Academische werkplaatsen dragen bij aan kennisvermeerdering en -deling door het financieren en het uitvoeren van onderzoek.



Jennifer, 38 jaar, verblijft al jaren in een ggz-kliniek vanwege psychiatrische problematiek. Jennifer houdt van gezelligheid en alhoewel ze graag onder de mensen is, vindt ze het moeilijk om contacten op te bouwen en te onderhouden. Hierdoor is het netwerk van Jennifer beperkt tot enkel de betrokkenheid vanuit haar moeder. Jennifer doet een groot beroep op haar moeder, met name in tijden van nood. De moeder van Jennifer heeft bij de werknemers van de kliniek waar Jennifer verblijft aangegeven dat de mantelzorg toeneemt en veel van haar vraagt.

Jennifers grootste wens is om uiteindelijk in de toekomst zelfstandig te wonen. Moeder heeft destijds aangegeven dat zij dit een mooie maar spannende stap vindt. Moeder is bang dat wanneer Jennifer minder ondersteuning krijgt van de werknemers, zij een nóg groter beroep zal doen op haar. Om overbelasting van moeder te voorkomen en het netwerk van Jennifer te vergroten hebben zij ervoor gekozen om gebruik te maken van één van de 'zelfregie en herstel' punten in de buurt.

Dit is een laagdrempelige inloop georganiseerd door vriendendiensten Deventer. Deze zelfregie en herstelpunten worden gerund voor en door bezoekers, onder het mom van je komt wat brengen en je komt wat halen. Er is onder andere ruimte voor een kop koffie, het delen van ervaringen, vele activiteiten, herstelcursussen en lotgenotengroepen.

3.3 Oplossingsrichting 3 - Zorg voor goede afstemming op basis van gelijkwaardigheid tussen mensen die zorg nodig hebben, het informele netwerk en zorgprofessionals

Pas als je de intentie hebt om met elkaar samen te werken, de tijd neemt om elkaar te leren kennen en met elkaar verkent wat er nodig is, kom je tot passende oplossingen. Dit vraagt om een andere manier van werken voor de zorgprofessional, van 'zorgen voor' naar 'zorgen met'. Het informele netwerk blijft betrokken bij de leefwereld van de persoon met een zorgvraag en de zorgprofessional wordt eraan toegevoegd. Dit bevordert bij degene die zorg nodig heeft het gevoel van nog ergens bij te horen en onderdeel te blijven van de samenleving, en draagt daarmee bij aan diens welbevinden. Het draagt ook bij aan het lokaal oplossen van hulpvragen, waarbij zorgaanbod aanvullend is. Om hiertoe te komen adviseren wij het volgende:

Actie 10

Geef vertrouwen aan zorgprofessionals om het open gesprek te voeren en de gelijkwaardige relatie aan te gaan met het informele netwerk. Geef ze hiervoor richtlijnen en hulpmiddelen. Voorbeelden zijn de *driehoekskunde*, de *werkkartaal ondersteunen van naasten/mantelzorgers* en het *SOFA-model*.¹⁰ Een vergelijkbaar model is er voor de samenwerking met vrijwilligers: het *WIFA-model*. Geef zorgprofessionals ook tijd om het informele netwerk in kaart te brengen en waar mogelijk te versterken. De wegwijzer *Het sociaal netwerk* van Movisie, Vilans en MantelzorgNL kan hiervoor worden gebruikt.

Waarom?

Met vertrouwen en met de juiste hulpmiddelen weten de zorgprofessionals hoe zij het open gesprek voeren en een samenwerking starten met degene die zorg nodig heeft en diens informele netwerk, op basis van gelijkwaardigheid en vertrouwen in elkaar. Zorgprofessionals voelen zich gesteund bij het zoeken naar andersoortige oplossingen.

Actie 11

Ontwikkel en implementeer als zorgaanbieders samen in de regio een visie en beleid op de samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers. Wat mag degene die zorg nodig heeft en de mantelzorger verwachten van de zorgprofessional? Heb daarbij oog voor de mens achter de mantelzorger en diens jarenlange relatie met degene die zorg nodig heeft. Zie ook de groepen mantelzorgers geïdentificeerd door Movisie.¹¹

Let op het verschil tussen een vrijwilliger en een mantelzorger. Als iemand iets voor een naaste doet is het een mantelzorger, op het moment dat diegene ook iets voor de medebewoners doet, wordt het gezien als vrijwilligerswerk. Afhankelijk van de rol die de mantelzorger neemt, worden er andere eisen gesteld.

Waarom?

Een breed gedragen beleid geeft de zorgprofessional extra vertrouwen om in de praktijk antwoord te geven op complexere vraagstukken in de balans tussen formele en informele zorg. Bovendien stimuleert het samenwerken tussen zorgaanbieders in plaats van concurreren.

Actie 12

Geef tijd en ruimte aan de zorgprofessional om de sociale kaart van de omgeving te leren kennen en te handelen vanuit wat passend is bij de individuele situatie in plaats van het vermijden van risico's. Onderzoek wat en wie beschikbaar is en verken buiten de zorg om, bijvoorbeeld buurtnetwerken en vrijwilligersorganisaties.

Waarom?

Met kennis van de sociale kaart kan de zorgprofessional iemand die zorg nodig heeft en diens naasten helpen met het zoeken naar andersoortige oplossingen dan zorgoplossingen.

¹⁰ Informatie over de driehoekskunde is te raadplegen op [Driehoekskunde \(kennispleingehandicaptensector.nl\)](#). Informatie over de werkkartaal is te vinden op [Sociaal domein \(ggzstandaarden.nl\)](#). SOFA staat voor Samenwerken, Ondersteunen, Faciliteren en Afstemmen, meer informatie is te vinden op [SOFA-model: samenwerken met mantelzorgers \(zorgvoorbeter.nl\)](#). WIFA staat voor Waarden, Informeren, Faciliteren en Afstemmen, meer informatie is te vinden op [WIFA-model: gelijkwaardig samenwerken met vrijwilligers \(zorgvoorbeter.nl\)](#). De wegwijzer is te raadplegen op [Wegwijzer 'Aan de slag met sociale netwerken' \(zorgvoorbeter.nl\)](#).

¹¹ Zie voor meer informatie [WIZ_groepen_MZ_3b \(movisie.nl\)](#).

Actie 13

Ondersteun informele zorgverleners om zich te bekwaamen in het bieden van zorg en ondersteuning. Ook adviseren wij om mantelzorgers beter te faciliteren en duidelijker te maken welke ondersteuning zij kunnen verwachten van de betrokkenen bij de zorg en van de eigen werkgever. Ontwikkel als werkgever voor je werknemers een visie en beleid op mantelzorg. Wij raden aan om de aanbevelingen van de SER in het advies *Balans in maatschappelijk verlot* en de activiteiten uit de *Mantelzorgagenda 2023-2026* mee te nemen in activiteiten.¹²

Waarom?

Als mantelzorgers zich bekwaam voelen en zelf ondersteuning krijgen, zullen zij sneller op een prettige manier zorg en ondersteuning bieden voor een langere periode.

Actie 14

Houd de administratieve lasten voor mantelzorgers en zorgaanbieders zo laag mogelijk. Geef uitvoering aan de activiteiten uit de *Mantelzorgagenda 2023-2026*. Zorg ervoor dat zorgaanbieders op één manier verantwoording kunnen afleggen aan het Zorginstituut, de IGJ, gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Aansluiting kan worden gevonden bij de activiteiten uit *(ont)regel de zorg*.¹³ Het programma KIK-V is ondersteunend.

Waarom?

Door administratieve lasten zo laag mogelijk te houden is er ruimte voor het open gesprek en voelen mensen zich sneller geneigd iets te doen voor een ander. Er is tijd en ruimte om te zorgen voor een naaste of iemand die zorg nodig heeft.

Welke partijen zijn verantwoordelijk voor acties 10 tot en met 14?

Zorgprofessionals, werkgevers (zorgaanbieders), beroepsverenigingen en het onderwijs hebben een rol in het aanbieden van hulpmiddelen en richtlijnen voor een gelijkwaardige samenwerking. Daarvoor is het nodig dat zorgaanbieders samen een concreet mantelzorg- en vrijwilligersbeleid opstellen. Zorgprofessionals kunnen hierin ondersteunen door hun ervaring in de praktijk. Zorgprofessionals, werkgevers (zorgaanbieders) en gemeenten hebben een rol in het inzichtelijk maken van de sociale kaart om van daaruit te kunnen doen wat passend is voor de persoon die zorg nodig heeft. Bij Vilans, Movisie en MantelzorgNL is kennis aanwezig over de samenwerking tussen formele en informele zorg die helpend kan zijn in de praktijk en bij het formuleren van een visie. Wij zien een rol voor MantelzorgNL, het onderwijs, de werkgeversorganisaties, de zorgverleners en gemeenten in het ondersteunen en faciliteren van mantelzorgers.

3.4 Samenredzaamheid kan niet zonder goede informatievoorziening

Belangrijke voorwaarden om te komen tot passende zorg zijn 'samen beslissen', 'samenwerking' en 'vertrouwen'. Informatievoorziening speelt een grote rol bij het invullen hiervan. Eenheid van taal, gebruik van internationale standaarden, databeschikbaarheid, transparantie en connectiviteit met het werkveld maar ook met degene die zorg nodig heeft, zijn essentieel. Door eenduidig gegevens beschikbaar te maken, kunnen partijen efficiënter samenwerken en meer bereiken. Het informatiestelsel moet daarvoor domeinoverstijgend zijn in samenwerking tussen formele en informele partijen.

Mensen kunnen beter meebeslissen in het zorgproces, als ze inzicht hebben in hun data en goed op de hoogte zijn. Transparantie in vastlegging en een goede 'lekenvertaling' helpen bij het creëren van vertrouwen en verminderen de controledrift. We onderschrijven de afspraken die zijn gemaakt over informatievoorziening in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en geven actief handen en voeten aan het IZA *Uitvoeringsakkoord Gegevensuitwisseling*¹⁴ in de zorg. We roepen partijen op om in het kader van passende zorg de digitalisering van gegevensuitwisseling te versnellen en conform Nationale Visie en Strategie (NVS) samen vorm te geven. De Nationale Visie en Strategie is het platform voor het ICT-landschap dat noodzakelijk is om passende zorg vorm te geven.

¹² Meer informatie over het advies *Balans in maatschappelijk verlot* is te vinden op [ADVIES 23/08 Balans in maatschappelijk verlot | Naar een nieuw verlotkader: stroomlijnen en vereenvoudigen \(ser.nl\)](#). Meer informatie over de mantelzorgagenda 2023-2026 is te vinden op [Mantelzorgagenda 2023-2026 | Rapport | Rijksoverheid.nl](#).

¹³ Meer informatie over *(ont)regel de zorg* is te vinden op [Home | \(Ont\)Regel de Zorg \(ordz.nl\)](#). In het programma KIK-V werken ketenpartijen in de verpleeghuiszorg samen. Het doel van het programma is het stroomlijnen van de uitwisseling van verantwoordingsgegevens tussen informatie vragende partijen en zorgaanbieders rond de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en de bedrijfsvoering. Zie voor meer informatie: [Home | KIK-V](#).

¹⁴ Meer informatie is te vinden op [IZA uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling – samen bewegen naar versnelling \(Januari2024\)](#).

4 Vervolg

In dit laatste hoofdstuk beschrijven we hoe partijen samen vervolg kunnen geven aan de oplossingsrichtingen uit hoofdstuk 4.

4.1 We doen het samen

De partijen die de oplossingsrichtingen verder zouden moeten concretiseren, zijn niet in hun eentje verantwoordelijk. Het Nederlandse zorgstelsel kent veel partijen, elk met een eigen verantwoordelijkheid en aandachtsgebied.

De overheid is verantwoordelijk voor een werkend stelsel en de kaders van passende zorg. Gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de wet, de financiering en het beschikbaar en toegankelijk maken van passende zorg in de regio's. De zorgprofessionals geven samen met mensen die zorg nodig hebben, invulling aan passende zorg in onderlinge afstemming in een gelijkwaardige relatie. De mensen die zorg ontvangen zijn regisseur van hun eigen leven, ondersteund door hun naasten. Wij verwachten dat zij zich voorbereiden op een mogelijk kwetsbare situatie en in eerste instantie in hun eigen omgeving kijken naar manieren om zorg en ondersteuning te organiseren. Maar dit betekent niet dat zij er alleen voor staan.

Partijen in de zorg, de samenleving en alle burgers moeten allen hun steentje bijdragen aan het anders organiseren en positioneren van formele en informele zorg. Om deze transitie te realiseren is het nodig dat:

- Alle partijen gelijktijdig werken aan dezelfde missie (congruente aanpak).
- Er sprake is van een lerende beweging van samen doen, reflecteren en leren. Wat werkt groeit en wat niet bijdraagt verdwijnt.
- Er ruimte is voor de praktijk. In de dagelijkse relatie tussen degene die zorg nodig heeft, zijn informele netwerk en de formele zorgverlener wordt bepaald wat passend is. Daar gebeurt het.

4.2 Ons aandeel in het geheel

Het Zorginstituut ziet erop toe dat zorg toegankelijk en betaalbaar blijft en van goede kwaliteit is. Ons doel is en blijft onveranderd: passende zorg, nu en in de toekomst. Wij zien een rol voor onszelf om de transitie naar samenredzaamheid vorm te geven en om daar waar de transitie al landt, deze zichtbaar te maken en uit te dragen, bijvoorbeeld via de *Passende zorgpraktijken*.

Regiehouder van de oplossingsrichtingen

Wij nemen de regie om de genoemde oplossingsrichtingen verder te brengen. Wij zien het als onze taak om samen met partijen de oplossingsrichtingen op te pakken en aan te sluiten bij al bestaande programma's en initiatieven. Wij stellen een kwartiermaker aan om dit plan samen met partijen op te stellen en te zorgen voor draagvlak. In het plan van aanpak gaat de kwartiermaker oplossingsrichtingen concretiseren, expliciete acties formuleren en met partijen afspreken wie wanneer wat gaat doen. Een eerste rapportage van de activiteiten en de vorderingen volgt in het voorjaar van 2025. Vervolgens rapporteren we iedere zes maanden over de gezette stappen aan betrokken partijen.

Cyclisch pakketbeheer

Het Zorginstituut doet als pakketbeheerder uitspraken over welke zorg wel of niet ten laste komt van het basispakket van de Zvw en de Wlz. Deze uitspraken leggen wij ook uit. In het kader van pakketbeheer maken we ruimte voor oplossingen voor grensvlakproblematiek over domeinen heen. En aan het transparant en bespreekbaar maken van keuzes en dilemma's over het gebruik en de aanspraak van het Wlz-pakket. Door intensief in te zetten op cyclisch pakketbeheer kan het Zorginstituut bijdragen aan deze aandachtsgebieden. Onder cyclisch pakketbeheer verstaan wij het volgen, leren en verbeteren van de zorg in de praktijk. Het begint met het proactief opstellen van een gemeenschappelijke agenda met belangrijke vraagstukken. Op de pakketagenda staan onderwerpen die passende zorg moeten bevorderen en niet-passende zorg moeten tegenaan. Het toewerken naar samenredzaamheid is zo'n onderwerp. Ook kijken wij waar de toegang en inhoud van het Wlz-pakket aangepast moeten worden, zodat de zorg beschikbaar blijft voor de meest kwetsbare mensen in de samenleving.

Versnellen en versterken van initiatieven door lopende programma's

Zorginstituut Nederland is uitvoerder van de programma's *Kennisinfrastructuur langdurige zorg* (KILZ) en *Passende zorgpraktijken* (PZP). Via deze programma's helpen we bijvoorbeeld om initiatieven in het veld te versnellen en te versterken.

In het advies *Kennisinfrastructuur langdurige zorg* heeft het Zorginstituut de minister voor Langdurige Zorg en Sport geadviseerd om de kennisuitwisseling in de langdurige zorg te verbeteren.^{xxxI} En om maatregelen te nemen om partijen te ondersteunen bij het voortbouwen op de behaalde resultaten. Als vervolg op dit advies is door VWS aan het Zorginstituut gevraagd om samen met andere partijen een goede governance in te richten en de beweging te volgen met een periodiek lerende monitor. Het Zorginstituut, ZonMw, Vilans en het Trimbos-instituut ontwikkelen nu samen een visie en een werkwijze om sneller samen meer passende zorg te realiseren:

1. We stimuleren partijen om implementeerbare kennis te maken.
2. Wij stimuleren het gebruik van data voor leren en verbeteren.
3. Wij leggen de focus op 'wat werkt' voor cliënten en betrekken hen bij alle fases in de kenniscyclus.
4. Wij werken domein- en sectoroverstijgend samen en stimuleren anderen om vaker over de eigen grenzen te kijken.
5. We willen leren hoe de kennisinfrastructuur werkt en deze inzichten delen en bespreken aan de hand van een *Lerende monitor*.

Met het programma *Passende zorgpraktijken* helpt het Zorginstituut passende zorg te versnellen, samen met alle zorgpartijen in Nederland.^{xxxII} Passende zorgpraktijken zijn voorbeelden uit de praktijk die zichtbare impact hebben op meer persoonsgerichte, houdbare en duurzame zorg. Wij publiceren de verzamelde zorgpraktijken om in het veld van elkaar te kunnen leren. Daarnaast faciliteren we binnen dit programma opschaling en agenderen we op meerdere beleidstafels de belemmeringen waar de praktijk tegenaan loopt. We focussen op doelgroepen en ouderen met een kwetsbare gezondheid.

Werkagenda passende langdurige zorg - Stelselpartijen

Het Zorginstituut heeft samen met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), in overleg met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de *Werkagenda passende langdurige zorg* opgesteld.^{xxxIII} Genoemde partijen willen met deze gezamenlijke werkagenda bijdragen aan een beschikbaar en toegankelijk stelsel voor de langdurige zorg in de toekomst. De werkagenda gaat in op onderwerpen die ook in dit signalement zijn genoemd en die de balans tussen formele en informele zorg raken. Denk aan de complexiteit van het stelsel, het meenemen van de sociale omgeving bij indicatiestelling Wlz en de voorliggendheid van de Wlz op andere domeinen. Het Zorginstituut stelt de in dit signalement geschetste visie op samenredzaamheid centraal bij de uitwerking van deze onderwerpen.

Bijlage 1 Begrippenlijst

Een flink aantal begrippen en de terminologie in dit signalement komen overeen met die in het *Generiek kompas kwaliteit van bestaan*. Wij gebruiken dezelfde definities voor die begrippen. Hierbij plaatsen we wel de kanttekening dat wij het perspectief hanteren vanuit de Wet Langdurige Zorg en de doelgroep breder is dan die van het generiek kompas.

Mensen met zorgvragen. Zorgvragen zijn er in veel verschillende vormen en hebben verschillende oorzaken. Soms heeft de persoon een zorgvraag door medische of verpleegkundige problemen en soms door bijvoorbeeld het ontbreken van naasten. Mensen met zorgvragen die een beroep doen op de Wlz zijn mensen die volgens de toegangscriteria een blijvende behoefte hebben aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht ter voorkoming van ernstig nadeel. Dit kunnen ouderen zijn, maar ook mensen met een verstandelijke beperking, lichamelijke beperking of een psychische aandoening.

Kwaliteit van bestaan betekent voor iedereen iets anders. Voor de een betekent het zijn of haar hobby kunnen uitoefenen, voor de ander een goede gezondheid en voor weer een ander zo veel mogelijk zelf de regie kunnen houden. Als mens zijn we enorm veerkrachtig en kunnen we ons aanpassen aan verschillende omstandigheden. Hoewel kwaliteit van bestaan dus voor iedereen wat anders betekent, bestaat zij in ieder geval uit verschillende dimensies: eigen regie/autonomie, de relaties met dierbaren en sociale contacten, gezondheid en veiligheid.

Zorg. Daarmee bedoelen we ondersteuning, zorg en behandeling in brede zin.

Formele zorgverlener is een professional die op basis van deskundigheid/registratie zorg verleent en hiervoor een salaris ontvangt. Hiermee bedoelen we iedereen die binnen zorg en welzijn professionele ondersteuning, begeleiding, verzorging, verpleging of behandeling biedt aan mensen met een zorgvraag.

Met naasten en verwanten bedoelen we personen die dicht bij de mens met een zorgvraag staan. Dit kunnen partners en familie zijn, maar ook burens of vrienden. Met het **informele netwerk** bedoelen we het bredere sociale netwerk dat verder betrokken is, zoals vrienden, burens, medebewoners, groepsgenoten en vrijwilligers. In de tekst worden mantelzorgers, naasten en het sociaal netwerk enkele keren aangeduid met de term informele zorg.

Mantelzorger: Is de naaste die vanuit een persoonlijke relatie met degene die zorg nodig heeft mantelzorg verleent. De mantelzorger is onderdeel van het informele netwerk van een cliënt. Mantelzorg is alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit zijn informele netwerk. Ook minder intensieve hulp, de hulp aan buurtgenoten en de hulp aan instellingsbewoners vallen hieronder. Dit kan vrijwillig of betaald geboden worden.

Vrijwilliger: Is onderdeel van of wordt toegevoegd aan het informele netwerk van de cliënt (kan tijdelijk zijn) en levert vrijwillig zorg en ondersteuning aan de cliënt. De vrijwilliger kiest ervoor om te zorgen voor iemand en kan hier op eigen initiatief mee stoppen. Bij de start is er meestal (nog) geen emotionele band.

Samenredzaamheid is het vermogen van mensen om zich zoveel mogelijk te redden met behulp van vrienden, burens, familie en vrijwilligers. Samenredzaamheid kan worden bevorderd en gefaciliteerd door lokale initiatieven gefinancierd door landelijke, regionale of lokale overheden of door particulieren en bedrijven.

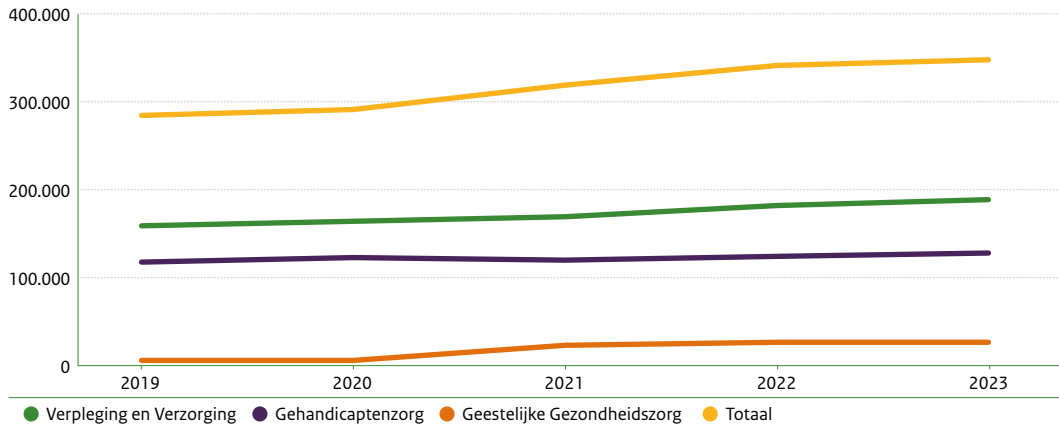
Zelfredzaamheid slaat op het vermogen je zoveel mogelijk zelf te kunnen redden op alle levensterreinen.

Zorgzame gemeenschappen worden gevormd door actieve burgers die op eigen initiatief activiteiten ontplooiën op het gebied van welzijn, zorg en (gemeenschappelijk) wonen.

Bijlage 2 Kerncijfers Wlz

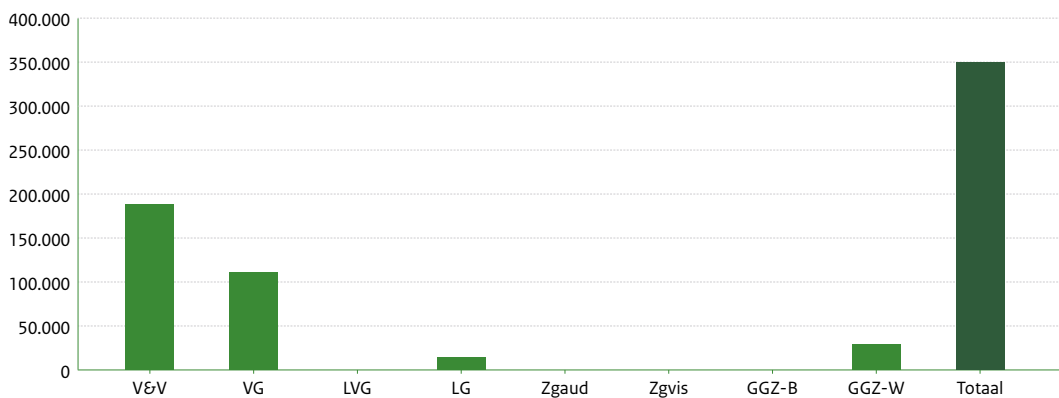
Ontwikkeling in aantal mensen met een Wlz-indicatie

Het aantal mensen met een Wlz-indicatie neemt toe. In 2019 hadden 286.606 mensen in Nederland een Wlz-indicatie. Dit is in 2023 met 22 procent toegenomen tot 349.776 mensen. De grootste toename is zichtbaar in de geestelijke gezondheidszorg (4.473 mensen in 2019 tot 30.392 mensen in 2023, een stijging van 580 procent). Een belangrijke reden is de toegang van de langdurige GGZ tot de Wlz in 2021. De grootste toename van aantal cliënten daaropvolgend is de verpleging en verzorging met een toename van 17 procent. In de gehandicaptenzorg is een toename zichtbaar van 8 procent.



Bron: iStandaarden Zorginstituut Nederland

Als we inzoomen op de sectoren zien wij grote verschillen. In totaal hadden 349.776 mensen een Wlz-indicatie op 31 december 2023. Daarvan hadden 189.388 mensen een indicatie voor de verpleging en verzorging (V&V) en 110.998 mensen een indicatie voor de verstandelijke gehandicaptenzorg (VG). Er zijn minder dan 2000 mensen met een indicatie voor de zintuigelijke handicap auditief (Zgaud), zintuigelijke handicap visueel (Zgvis) en voor mensen die langer dan 3 jaar in een instelling verblijven in verband met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ-B).



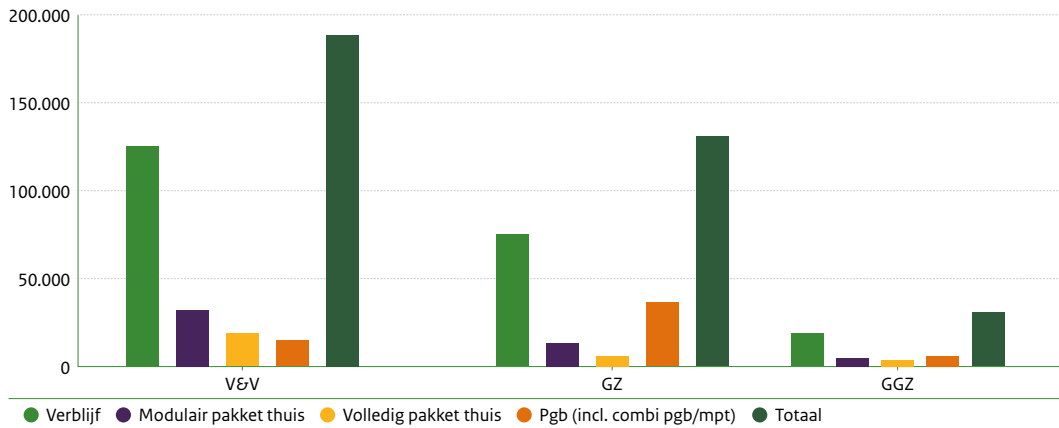
Bron: iStandaarden Zorginstituut Nederland

Keuze in leveringsvormen per sector

De meeste mensen met een Wlz-indicatie verblijven in een instelling. Dit geldt voor alle drie de sectoren. De daaropvolgende meest gebruikte leveringsvorm verschilt per sector. In de V&V zie je dat vaak gekozen wordt voor een modulair pakket thuis (mpt) of volledig pakket thuis (vpt). In de GZ en GGZ wordt vaker gekozen voor een persoonsgebonden budget (pgb) of combinatie pgb en mpt.

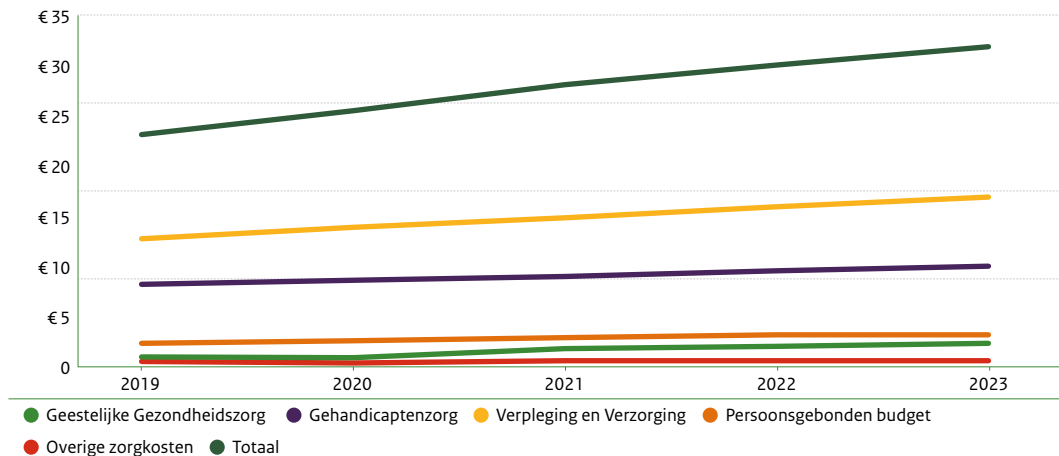
Kostenontwikkeling in de Wlz

Voor de ontwikkeling van de kosten in de Wlz hebben wij gekeken naar zorg in natura onderverdeeld in V&V, GZ en GGZ, kosten vanuit het pgb en de overige zorgkosten (waaronder internationale verdragen en restkosten). De pgb-kosten zijn niet te onderscheiden in de sectoren V&V, GZ en GGZ. Dit geeft een vertekend beeld voor de Wlz-kosten per sector, omdat uit het vorige figuur blijkt dat het aantal mensen met een pgb voornamelijk uit de GZ-sector komt.



Bron: iStandaarden Zorginstituut Nederland

De totale kosten zijn gestegen van €23.357.756.505 in 2019 naar €32.026.878.157 in 2023. Dit is een stijging van 37 procent. De grootste kostenstijging is zichtbaar in de geestelijke gezondheidszorg (311 procent). Dit komt doordat de mensen met een langdurige GGZ indicatie sinds 2021 ook toegang hebben tot de Wlz. De verpleging en verzorging is de sector waar op dit moment het meeste geld in omgaat. In 2023 was dit €16.923.186.730, een stijging van 35 procent ten opzichte van 2019. De V&V is een sector waarin het aantal mensen de afgelopen jaren hard is gestegen. Ook bij pgb is een stijging van 35 procent te zien. In de GZ is een stijging te zien van 23 procent.



Bron: Zorgcijfersdatabank Zorginstituut Nederland

Eindnoten

I Diverse partijen uit de langdurige zorg (2023). Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' | Publicatie | Zorginstituut Nederland.

II Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2023). Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 | Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (vgn.nl).

III Kwaliteitskader woonzorg in de langdurige ggz (2024) - voor cliënten met een Wlz-ggz indicatie - 2024-2027 via: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/kwaliteitskader-woonzorg-in-de-langdurige-ggz.pdf>

IV Centraal Bureau voor de Statistiek. Ouderen. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Ouderen (cbs.nl).

V Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). 18,4 miljoen inwoners in 2060. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via 18,4 miljoen inwoners in 2060 (cbs.nl).

VI Stichting kwaliteitsimpuls langdurige zorg. Veroudering bij mensen met een verstandelijke beperking. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Veroudering bij mensen met een verstandelijke beperking - SKILZ.

VII Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022). Anders leven en zorg. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Anders leven en zorgen | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl).

VIII Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Samenleving (2022). Nieuwe prognose verwachte personeelstekort. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Nieuwe prognose verwachte personeelstekort.

IX Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2023). Met de stroom mee – naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Met de stroom mee | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl).

X Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022). Anders leven en zorg. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Anders leven en zorgen | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl).

XI Sociaal-Economische Raad (2024). Gezond opgroeien, wonen en werken. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via SER roept nieuw kabinet op: 'Maak dringend meer werk van gezondheid als onderdeel van bestaanszekerheid' | SER.

XII Green deal duurzame zorg. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Green Deal Duurzame Zorg.

XIII Waardigheid en Trots. Podcast: 4 ingrediënten voor werkplezier en werkgeluk in de verpleeghuiszorg. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Werkplezier en werkgeluk in de verpleeghuiszorg (waardigheidentrots.nl).

XIV Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2023). Op onze gezondheid – de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Op onze gezondheid - de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl).

XV Sociaal en Cultureel Planbureau (2023). Sociale en Culturele Ontwikkelingen Stand van Nederland 2023. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Stand van Nederland 2023 | Synthese (scp.nl)

XVI Movisie (2020). Eenzaamheid: Wat weten we en waar staan we?. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Eenzaamheid: Wat weten we en waar staan we? | Movisie.

XVII Volksgezondheid en Zorg (2022). Risicofactoren van eenzaamheid. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Eenzaamheid | Oorzaken en gevolgen | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl).

XVIII Zorginstituut Nederland (2022). Kader Passende zorg. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Kader Passende zorg | Rapport | Rijksoverheid.nl.

XIX Diverse partijen uit de langdurige zorg (2023). Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' | Publicatie | Zorginstituut Nederland.

XX Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2023). Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 | Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (vgn.nl).

XXI Kwaliteitskader woonzorg in de langdurige ggz (2024) - voor cliënten met een Wlz-ggz indicatie - 2024-2027 via: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/kwaliteitskader-woonzorg-in-de-langdurige-ggz.pdf>

XXII Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2024). Van overleven naar bloeien: bestaansonzekerheid voorkomen en verminderen. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Van overleven naar bloeien: bestaansonzekerheid voorkomen en verminderen | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl).

XXIII Zorginstituut Nederland (2023). Verdelen van schaarste in de wijkverpleging. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Advies - Verdelen van schaarste in de wijkverpleging | Advies | Zorginstituut Nederland.

XXIV Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2023). Met de stroom mee – naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Met de stroom mee | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl).

XXV Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022). Anders leven en zorg. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Anders leven en zorgen | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl).

XXVI Waardigheid en Trots voor de toekomst (2024). Grenzen verkennen – anno 2024 Wat zijn de juridische en wettelijke aspecten van informele zorg?. Geraadpleegd op 12 april 2024 via Grenzen verkennen in samenspel tussen in- en formele zorg (zorgvoorbeter.nl).

XXVII Tweede Kamer der Staten-Generaal (2014). Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Kamerstuk 33891, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl).

XXVIII Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022). Grenzeloos samenwerken?. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Grenzeloos samenwerken? | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl).

XXIX Verschillende partijen (2024). Stop de regelkolder voor mantelzorgers. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Stop de regelkolder voor mantelzorgers - Petities.nl.

XXX Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit. Brief van Zorginstituut en Nederlandse Zorgautoriteit over de toekomst van de zorg. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via Brief van Zorginstituut en Nederlandse Zorgautoriteit over de toekomst van de zorg | Brief | Zorginstituut Nederland.

XXXI Zorginstituut Nederland (2022). Advies Kennisinfrastructuur Langdurige Zorg. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via [Advies Kennisinfrastructuur Langdurige Zorg | Advies | Zorginstituut Nederland](#).

XXXII Zorginstituut Nederland. Programma Passende Zorgpraktijken. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via [Passende zorgpraktijken | Passende zorg | Zorginstituut Nederland](#).

XXXIII Stelselpartijen. Werkagenda passende langdurige zorg. Geraadpleegd op 1 maart 2024 via [Werkagenda Passende Zorg Stelselpartijen CIZ-ZINL-NZA-CAK - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#).

Colofon

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Augustus 2024

www.zorginstituutnederland.nl