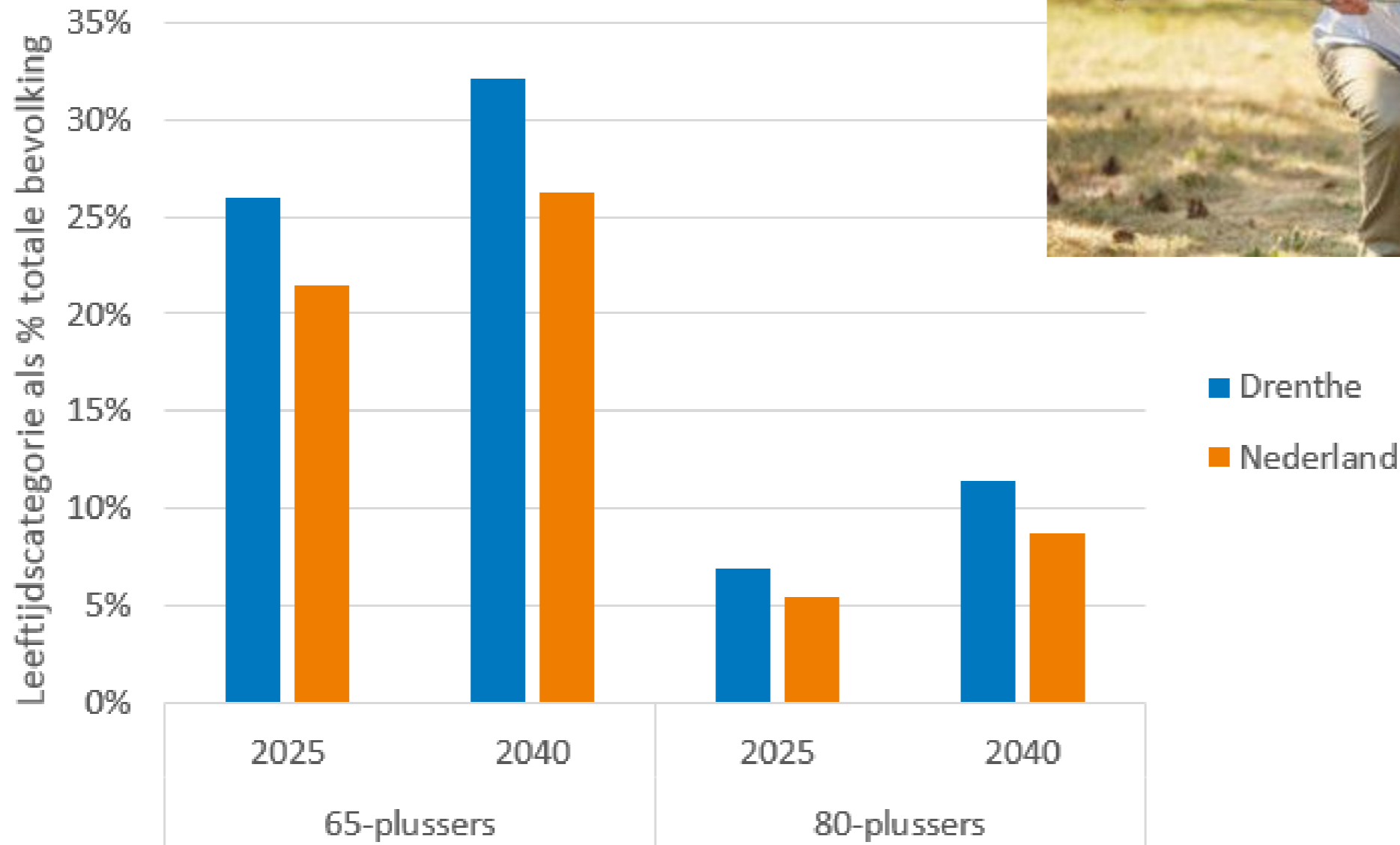




Vergrijzing en tijdelijke bedden in Drenthe

Sterke vergrijzing in Drenthe



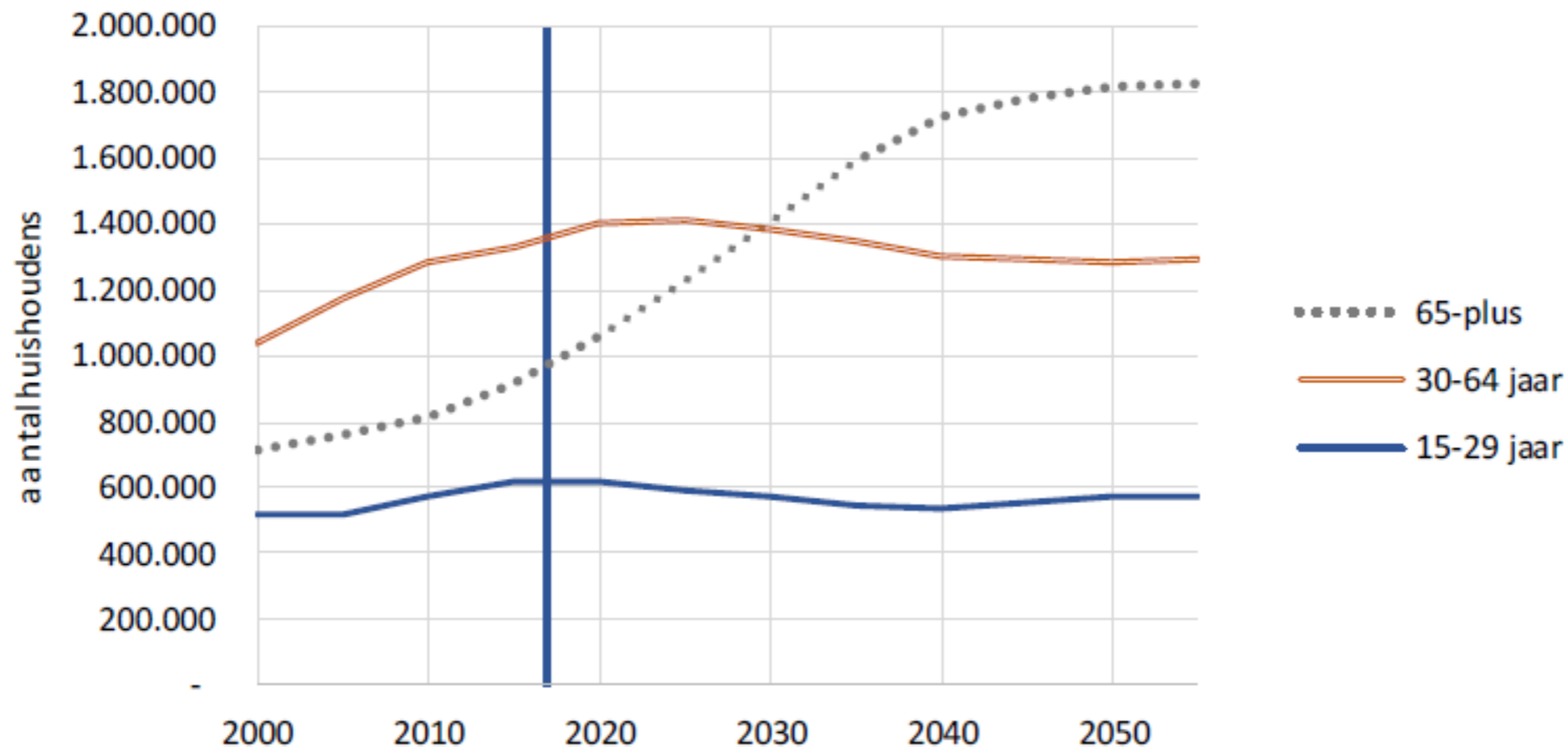
→ over 7 jaar is ¼ Drenten 65+

→ over 20 jaar is 1/3 Drenten is 65+

van inzicht naar impact.

Ontwikkeling huishoudens

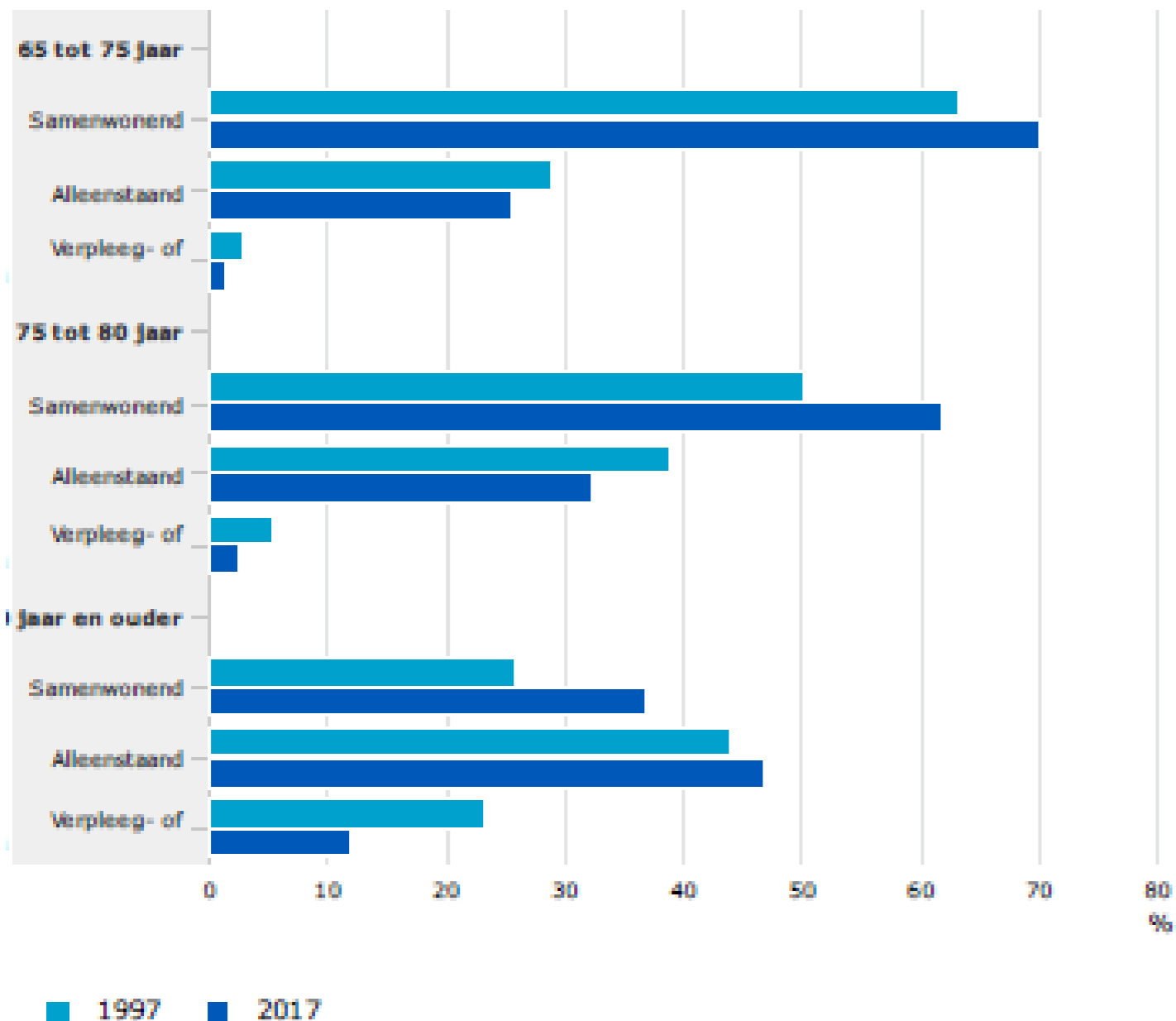
figuur 1-2 Ontwikkeling van het aantal alleenstaanden in Nederland (bron: CBS)



We zien steeds meer oudere bewoners tot op hoge leeftijd zelfstandig wonen. Er komen steeds meer alleenstaande ouderen

WELKE OUDEREN WONEN LANGER THUIS?

Woonsituatie ouderen



Bron CBS



65-plussers

87% wil in de huidige woning blijven wonen (ANBO)

75 plussers

1997 **81%** woont zelfstandig
2017 bijna **88%** woont zelfstandig



80 plussers

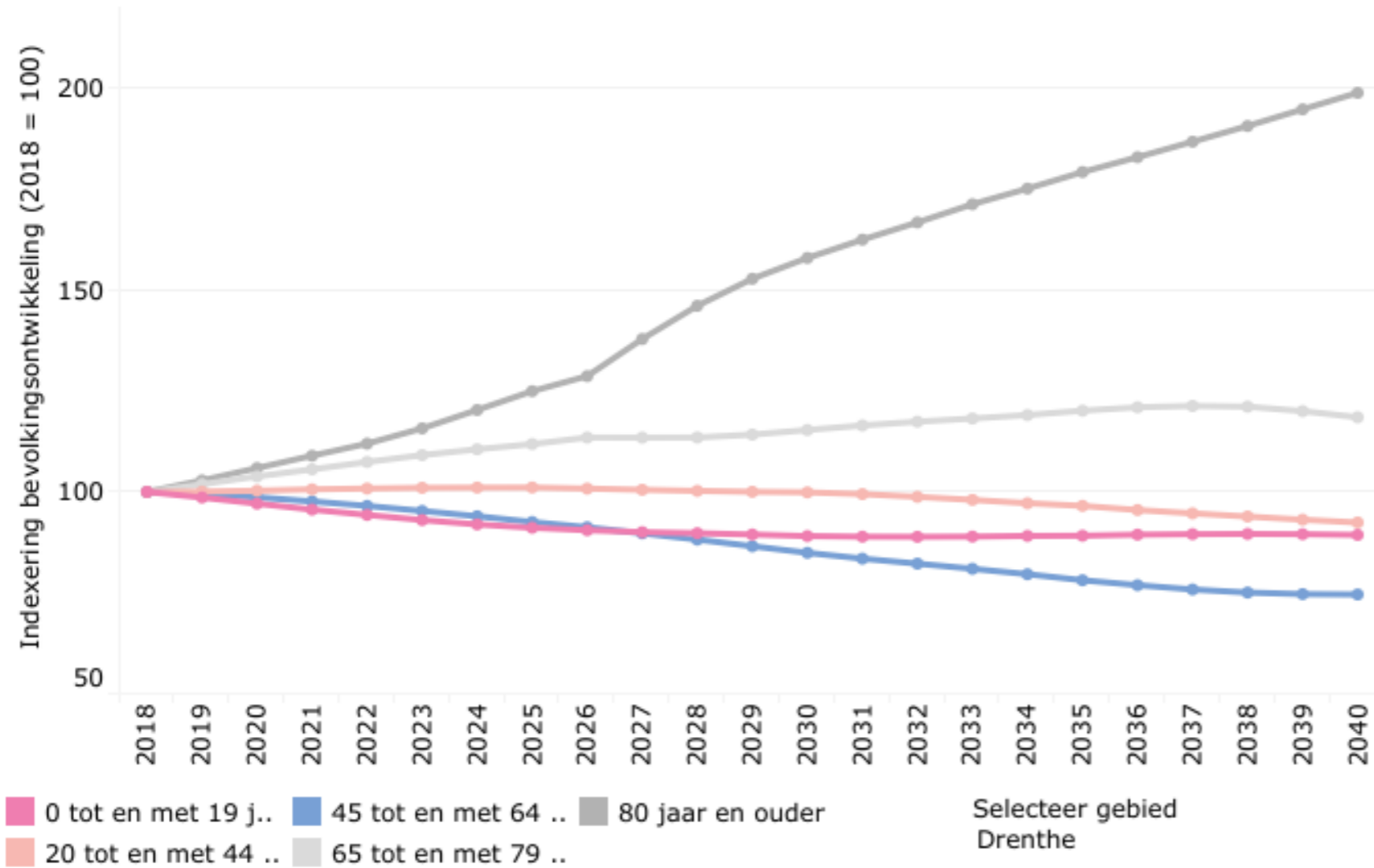
Tot de leeftijd van 80 jaar wonen relatief weinig ouderen in een tehuis.

1997 **23%** woont in een verpleeg- of verzorgingshuis

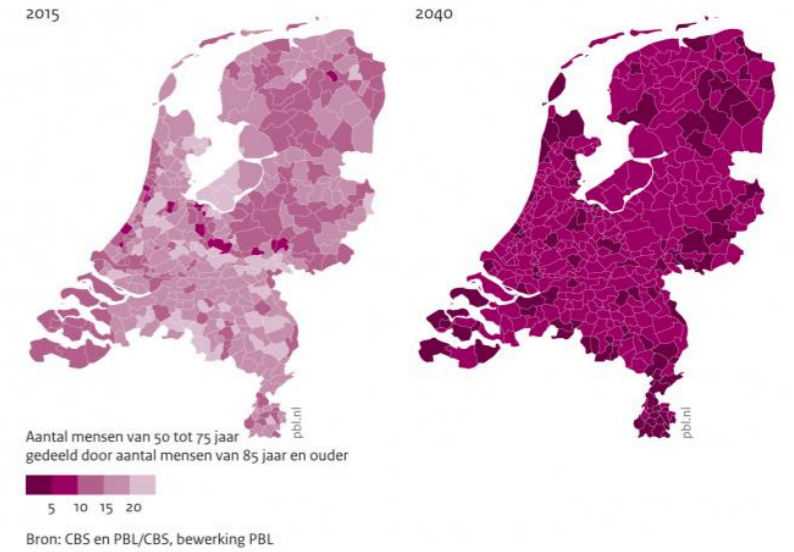
2017 nog geen **12%** woont in een verpleeg- of verzorgingshuis

Grote druk op mantelzorgers

Indexering leeftijds categorieën, 2018 - 2040



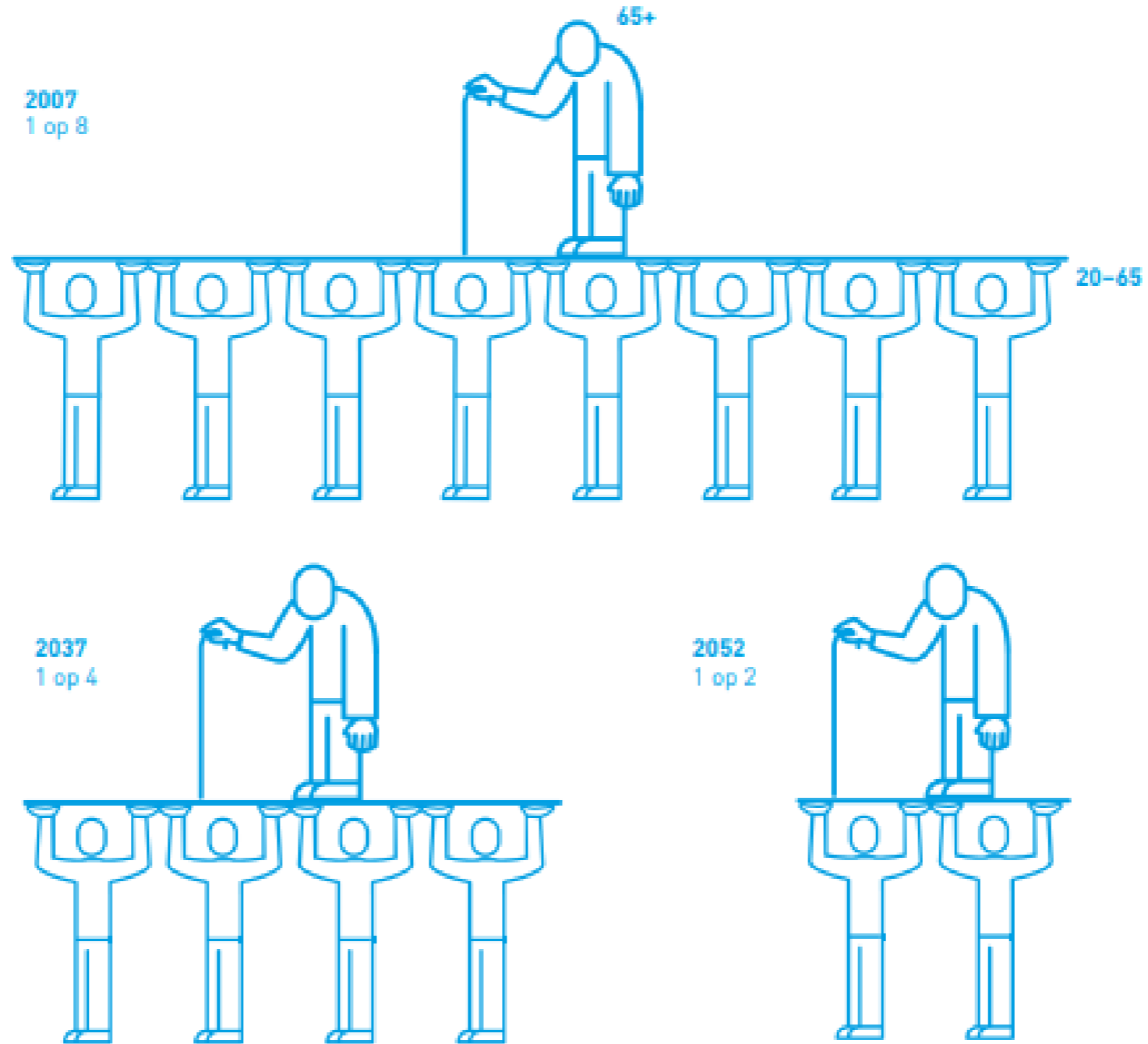
Oldest old support ratio per gemeente



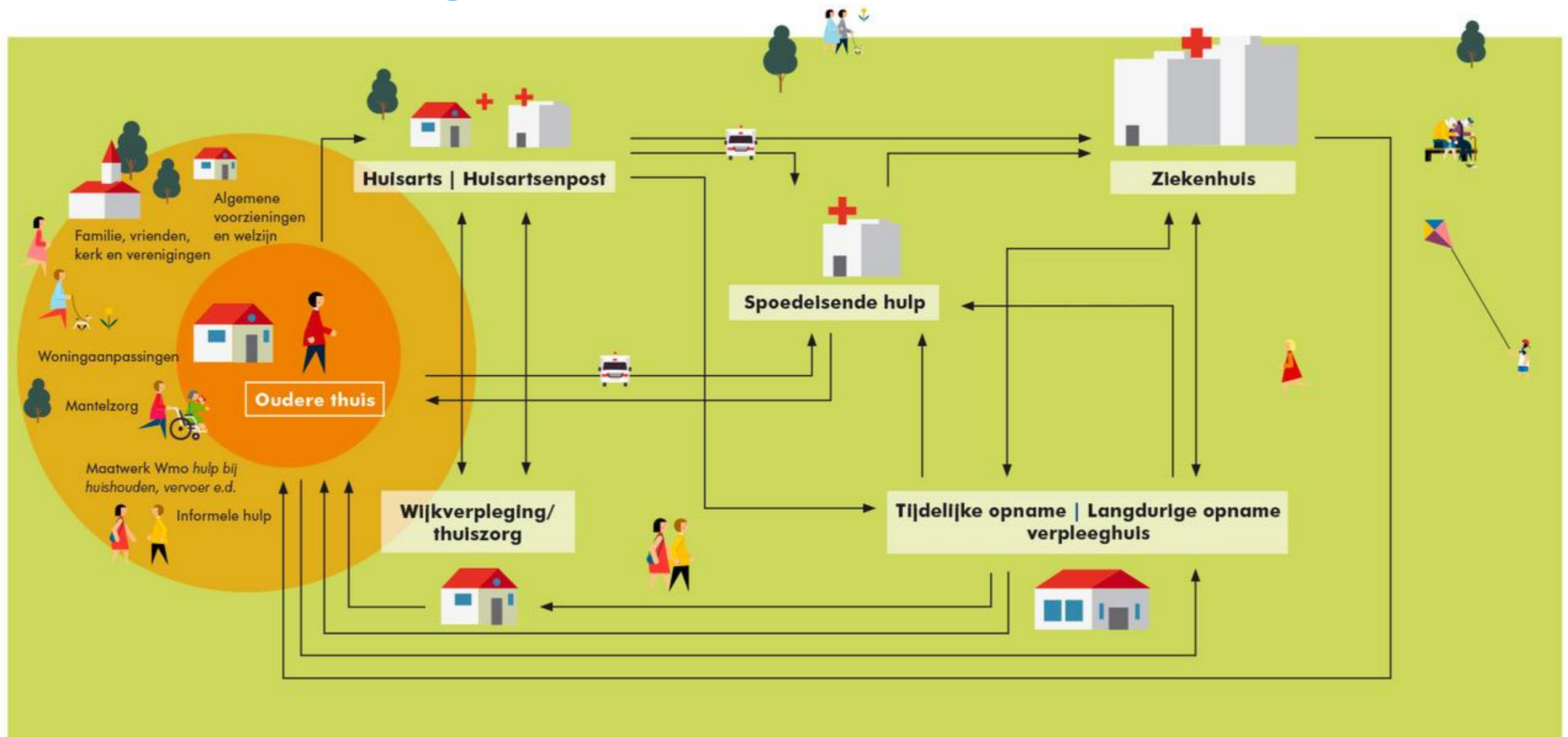
Meer vraag naar mantelzorg, minder aanbod:

leeftijdsgroep 45-64-jarigen neemt met 25% af

Dalende beroepsbevolking



Meer dan **70** ouderen en mantelzorgers en ruim **40** experts geïnterviewd over hun ervaringen met zorg en ondersteuning in Drenthe en Groningen.



Keten van de ouderenzorg

Ervaringen ouderen en mantelzorgers

- Ouderen en vooral mantelzorgers vinden de zorg te ingewikkeld en versnipperd georganiseerd. ‘Tijdelijke bedden’ zijn een treffende voorbeeld: geregeld via 3 wetten (Wmo, Wlz, Zvw) met bijbehorende toegangsvoorwaarden en verschillende financiële regels voor de cliënt.

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

Ervaringen ouderen en mantelzorgers

- Ouderen en mantelzorgers hechten eraan dat er goed met hen gecommuniceerd wordt. In de praktijk gebeurt dat onvoldoende. Mantelzorgers die geen familie zijn worden naar eigen zeggen vaak niet als aanspreekpunt geaccepteerd. En ook bij mantelzorgers die wel familie zijn loopt de communicatie niet altijd zoals zou moeten:

“Mijn man was heel erg ziek en wij konden hem niet meenemen. Toen is hij met de ambulance teruggebracht en thuis in een stoel gezet.”

Ervaringen ouderen en mantelzorgers

- Ouderen wonen steeds langer thuis, ook met zwaardere zorgbehoefte. Veel mantelzorgers hebben geen idee wie de zorg moet overnemen als zij wegvallen. Ze willen graag de zekerheid dat er in nood- of crisissituaties een vangnet is. Liefst in eigen omgeving.
- De meeste ouderen willen niet graag naar de langdurige zorg (o.m. vanwege kosten en imago verpleeghuis). Ook krijgen ze niet gemakkelijk een indicatie. Dit vergroot de vraag naar tijdelijke bedden.

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

Ervaren knelpunten experts

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

Bijna elke mantelzorger geeft aan dat er momenten zijn dat de zorg te veel wordt.

“Het is enorm zwaar en ik zie geen weg terug. Het is me gewoon te veel. Ik kan niet zeggen dat ik er mee stop.”

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

“Dingen voor jezelf doen voelt egoïstisch. Dat je je vrouw achterlaat, ook al weet je dat ze goed verzorgd wordt door vervangende Mantelzorg.”

Respijtzorg: onbekend en/of ongeschikt?

- willen niet op vakantie zonder hun partner,
- de oudere accepteert geen andere hulp,
- het is niet mogelijk dat iemand anders de (specifieke) zorgtaken overneemt.

Nationaal Mantelzorgpanel in 2016

- Respijtzorg is te weinig bekend onder mantelzorgers.
- Slechts 29% van de ondervraagde mantelzorgers maakte gebruik van vervangende zorg, meestal door familie, vrienden of kennissen.
- In de toekomst denkt 69% van de mantelzorgers gebruik te gaan maken van respijtzorg.

Wat zeggen de beschikbare cijfers over tijdelijke bedden? - 2016

- 10,1 ELV-opnames per 1.000 65+'ers *; 1.063 opnames in Drenthe
- 76,5% van de patiënten is 75 jaar of ouder **
- Gemiddelde verblijfsduur: 41 dagen **
- 56,4% van de instroom rechtstreeks vanuit thuissituatie *
- Gemiddeld 14 opnames per aanbieder (maar veel aanbieders met maar één of enkele patiënten) *
- 20,3% komt voor palliatieve zorg, 56,1% voor 'intensief',
26,4% voor 'basis' **

* : betreft ROAZ-gebied Noord-Nederland

** : betreft Nederland

- Het aanbod bedden ontwikkelt zich nog voortdurend, qua soort, hoeveelheid en locaties.
- Het ontbreken van absolute Drentse kengetallen is punt van aandacht.

Tijdelijke bedden in soorten



Knelpunten betreffen vooral de instroom. Maar ook rond zorgverlening en uitstroom worden knelpunten ervaren.

Inventarisatie van knelpunten - Tijdelijke bedden

- Triage soms lastige beoordeling, welke stappen te nemen? Scheidslijnen tussen soorten bedden zijn dun en bij instroom is vaak niet alle informatie beschikbaar
- Creatieve triage om ouderen (toch/snel) geplaatst te krijgen
- Triage komt niet vaak genoeg voor en soms complex. Wie is beschikbaar?
- Zicht op capaciteit is onvolledig; tijdelijke bedden zijn fysiek ondergebracht bij verschillende typen organisaties, informatiesystemen sluiten niet op elkaar aan
- ELV laagcomplex steeds minder beschikbaar in de dorpen op het platteland
- Tekort aan ELV laagcomplex en hoogcomplex
- Financiële tekorten bij zorgaanbieders door fluctuerende bezetting van bedden.
- ELV wordt ingezet omdat Wlz teveel drempels heeft
- ELV wordt ingezet omdat door gemeenten te regelen respijtzorg onvoldoende beschikbaar is
- Versnippering in aanbod, indicering en financiering belemmert optimale zorgverlening
- Verschillende zorgverzekeringen hanteren verschillende regels t.a.v. ELV
- Sommige gemeenten vinden respijtbéd met dagbesteding te duur

Ondanks alle inzet bij betrokkenen blijven er knelpunten die de doorontwikkeling van de zorgcoördinatie belemmeren.

Drie clusters van knelpunten:

1. Triage en consultatie
2. Capaciteit, spreiding en coördinatie (inclusief bekostiging)
3. Toegankelijkheid en doorstroming. Heldere definities en gebruiksvriendelijke procedures

Naar één kader voor ELV, GRZ en Respijtzorg /logeerbedden

Klustafel 1: Triage en consultatie

Deelnemers worden uitgenodigd en gestimuleerd gezamenlijk oplossingsgericht aan de slag te gaan.

Centrale (vraag)stellingen

1. Wat is er nodig voor een optimale triage en consultatie op het gebied van menselijke inzet?
2. Wat is er nodig voor een optimale triage en consultatie op het gebied van procedures?

Klustafel 2: Capaciteit, coördinatie en spreiding

Deelnemers worden uitgenodigd en gestimuleerd gezamenlijk oplossingsgericht aan de slag te gaan.

Centrale (vraag)stellingen

1. In Drenthe is genoeg informatie beschikbaar voor capaciteitsplanning van tijdelijke bedden of oplossingen thuis.
2. Het Regionale Transferpunt/Coördinatiepunt Tijdelijk Verblijf is de oplossing om alle tijdelijke bedden inclusief respijtzorg te regelen. Wat is er nodig om een regionaal Transferpunt/Coördinatiepunt tijdelijk verblijf te laten functioneren?
3. De huidige ontwikkeling van Tijdelijke Verblijf gaat ten koste van de voorzieningen in de dorpen.

Klustafel 3: Toegankelijkheid en doorstroming

Deelnemers worden uitgenodigd en gestimuleerd gezamenlijk oplossingsgericht aan de slag te gaan.

Centrale (vraag)stellingen

1. Wat is nodig om ervoor te zorgen dat iedereen het ‘tijdelijke bed’ en de zorg krijgt die het best bij zijn zorgvraag passen?
2. Wat zijn de opgaven als we er (nog beter) voor willen zorgen dat iedereen in crisis- of planbare situaties het best passende bed krijgt?

“ We hebben in het ziekenhuis wel gezien dat er weinig toegespitst is op ouderen. Dat er makkelijk gezegd wordt bij korte opnames ‘ze kunnen wel weer naar huis’ of ‘kom ze maar halen’. “

**‘HET BEST PASSENDE BED
IN ELKE SITUATIE’**



Martin Bakker



Senior onderzoeker

m.bakker@trendbureaudrenthe.nl

06 52 888 696

van inzicht naar impact.

Trendbureau Drenthe is onderdeel van CMO STAMM