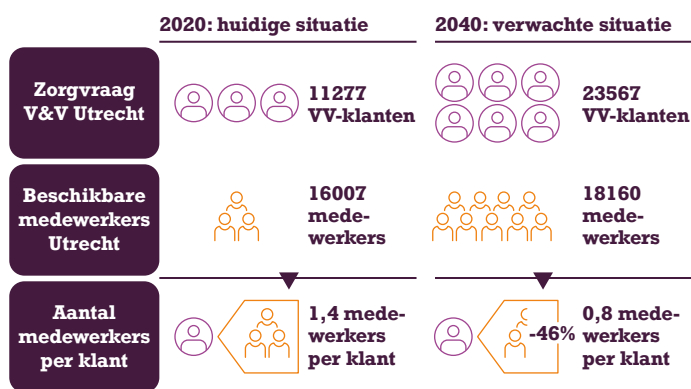


Samen werken aan morgen

Onze kijk op de toekomst

Ouder worden en oud zijn hoort bij het leven. Hier horen ook kwetsbaarheden bij. Hoe wij hiermee omgaan, bepaalt voor een belangrijk deel onze kwaliteit van leven. Door ons bewust te zijn van onze kwetsbaarheid en hierop tijdig voor te bereiden, kunnen wij proactief werken aan het behoud van onze gezondheid.

Waar voorheen al vrij snel zorg en ondersteuning klaar stond, is dat in de nabije toekomst niet meer mogelijk én passend. Juist omdat, zoals ook blijkt uit het Regiobeeld Utrecht van Zilveren Kruis uit juli 2023, de zorgvraag door de vergrijzing toeneemt en wij tegelijkertijd minder zorgmedewerkers hebben (zie Figuur 1).¹



Figuur 1 Huidige en verwachte situatie zorgvraag V&V en medewerkers (Regiobeeld Utrecht Zilveren Kruis juli 2023)

Inmiddels weten we, het kan ook anders! Uit onderzoek blijkt dat ruim 80% van de Nederlanders vindt dat de bescherming en verzorging van ouderen niet alleen een probleem van zorgorganisaties is, maar van de hele samenleving (ActiZ, 2020). Deze maatschappelijke betrokkenheid willen wij vasthouden en verder uitbouwen. Wij gaan onze expertise inzetten om samen met de inwoners van de regio Utrecht te ervaren dat men veel meer zelf kan dan misschien op voorhand gedacht. En dus spannen wij ons als VVT-aanbieders in om samen met hen de transitie verder vorm te geven.

¹ Er wordt in de regio een stijging van de zorgvraag verwacht van 109%, terwijl het aantal beschikbare medewerkers maar stijgt met 13%. Deze tekorten zijn zelfs nog groter dan eerder verwacht. In 2031 wordt er al een tekort van 5700 medewerkers in de VVT verwacht en waar er nu 1,4 medewerkers per klant zijn, zal dat in 2040 dalen naar slechts 0,8 medewerkers per klant.

De **voornaamste beweging is naar meer zelf- en samenredzaamheid** in de eigen leefomgeving, gericht op het uitstellen van zorgafhankelijkheid. Hierin doet iedereen mee en levert hieraan een bijdrage. De regie daarvoor ligt bij inwoners zelf. In hun eigen leefklimaat, met zelf georganiseerde ondersteuning vanuit naasten en/of vrijwilligers, al dan niet ondersteund door lokale, gemeentelijke voorzieningen, organiseren zij zelf wat nodig is voor een onbezorgde oude dag.

Wij ondersteunen langer thuis wonen door te investeren in dichtbij

Wij voorzien er samen met ketenpartners in dat de infrastructuur en essentiële voorzieningen om zorg thuis te ontvangen worden versterkt in iedere wijk/buurt (schaal circa 2.000 inwoners²). Hierin werken wij als ketenpartners samen en sluiten aan bij de context die er al is, c.q. die het best past. Wij maken gebruik van de **fysieke en sociale infrastructuren die er al zijn in wijken**, zoals buurtcentra, bibliotheken, welzijnslocaties, ouderendagcentra en plaatsen waar senioren geclusterd wonen. Een laagdrempelige, logische/herkenbare plek voor onze doelgroepen waar ze terecht kunnen voor ondersteuning naar meer zelf- en samenredzaamheid in de eigen leefomgeving.

Vanuit deze voorziening in de buurt/wijk adviseren wij over het leren omgaan met (ouderdoms)beperkingen. Ook gaan wij het gesprek aan over de verantwoordelijkheden die de mensen zelf hebben in het organiseren van (toekomstige) zorg. Hierbij managen wij aan de voorkant verwachtingen over de beschikbaarheid van ondersteuning en zorg.

Wij werken hiertoe actief samen met inwoners, gemeenten, welzijnspartijen en professionals uit de eerstelijns om zo te komen tot een fijnmazig netwerk rondom de inwoners dat een integraal, passend aanbod van ondersteuning kan bieden. De toegang tot dit aanbod loopt via **een ondersteuner** die verbonden is aan de voorziening in de buurt/wijk. Hij/zij kent de lokale inwoners, snapt hun context en luistert goed naar de leefvraag. De inwoner heeft de intake zelf al voorbereid en bijbehorende formulieren ingevuld en geupload naar zijn/haar

² Het CBS heeft samen met een aantal gemeenten richtlijnen opgesteld op basis waarvan gemeenten kunnen worden opgedeeld in wijken en buurten. In die richtlijnen wordt een inwoneraantal van 250 tot 2.500 inwoners per buurt aanbevolen.

PGO omgeving. Tijdens het intakegesprek kijkt de ondersteuner eerst naar de mogelijkheden vanuit zelf- en samenredzaamheid en niet direct naar handelen en overnemen. De ondersteuner heeft niet per definitie een medische achtergrond. Hij/zij werkt daarbij ook vanuit **Advance Care Planning (ACP)**. Voor de klant en zijn naaste(n) levert deze proactieve zorgplanning winst op door het behoud (of terugnemen) van de eigen regio. Het biedt rust en zekerheid wanneer wensen, behoeften en verwachtingen kenbaar gemaakt zijn en daarnaar gehandeld kan worden. Ook adviseert de ondersteuner over de inzet van **technologie** en verwijst hiervoor naar mogelijke aanbieders. Wanneer onverhoopt toch professionele ondersteuning nodig is, heeft de ondersteuner het mandaat om dit integraal te indiceren. Uitgangspunt: één aanvraag, één intake, één indicatiebesluit. Kortom: een gezamenlijk proces dat bijdraagt aan kwaliteit van leven en sterven.

Wij zijn én blijven de partner voor zorg en ondersteuning achter de voordeur van inwoners in de regio Utrecht. Als het nodig is komen wij *uitvoerend* in beeld, met de wijkverpleegkundige als spil. Zo kunnen wij ook in de toekomst de toegankelijkheid tot professionele ondersteuning voor de meest kwetsbare inwoners van de regio borgen. Omdat wij in iedere wijk/buurt het **aantal aanwezige VVT-aanbieders minimaliseren**, wordt de coördinatie rondom zorg en ondersteuning versimpeld en de onderlinge samenwerking versterkt. Ook beperken wij zo de reistijd voor onze professionals, waardoor zij hun werkzaamheden slimmer kunnen in- en verrichten. Samen met ketenpartners vormen wij in de wijk **geïntegreerde en meer generalistische teams**. Als VVT-aanbieders zijn we expert op het terrein van verpleegzorg, (geriatrie) revalidatiezorg, behandeling én complexe verpleegkundige zorg aan huis. En daarmee een belangrijke netwerkpartner in de eerstelijns. Hierop willen wij – juist ook door netwerkpartners – worden gevonden en ingezet. Dit vraagt van onze professionals dat ze niet alleen diepgaande toewijding, specialistische kennis en vaardigheden op hun eigen expertise hebben, maar daarnaast ook over basisvaardigheden en -competenties beschikken uit andere domeinen. En daarmee dus niet alleen vanuit het eigen referentiekader naar een situatie kijken, maar dit ook kunnen benaderen vanuit een breder referentiekader, in verbinding met andere domeinen.

Wij concentreren onze intensieve kortdurende zorg met verblijf

Doordat wij maximaal inzetten op zelf- en samenredzaamheid, afgezet tegen een vergrijzende populatie, verwachten wij een toenemende vraag naar kortdurende zorg met verblijf. Voor

tijdelijk laag complex eerstelijnsverblijf (ELV-laag), logeer- en respijtzorg geldt dat wij dit zo dicht mogelijk bij de eigen leefomgeving organiseren. Voor de meer intensieve kortdurende zorg met verblijf, bijvoorbeeld omdat thuis herstellen na een operatie (nog) niet kan of omdat er sprake is van een noodsituatie en er een direct gevaar is voor de gezondheid en veiligheid, is het logisch dat wij dit **concentreren**. Over IBS-plaatsen en crisisopvang hebben wij al regionale afspraken. Voor hoog complex eerstelijnsverblijf (ELV-hoog) met behandeling en geriatrische revalidatiezorg (GRZ) zijn wij hierover met elkaar in gesprek. Resultaat is dat wij regionaal geen concurrentie hebben voor intensieve kortdurende zorg met verblijf.

Daarnaast werken wij intensief samen met professionals uit de eerste- en tweedelijns om vorm te geven aan ziekenhuisverplaatste zorg door (geriatrie) expertisecentra in te richten voor ouderen die op de SEH komen met een terechte ziekenhuisindicatie in combinatie met geriatrische problematiek. Ook hiervan is het doel om ouderen zo snel mogelijk herstelgerichte zorg te bieden met de blik op terugkeer naar huis.

Wij voorkomen instroom spoedzorg³ naar de eerste en tweede lijn

Ouderen wonen steeds langer thuis, ook met complexere aandoeningen. Dat betekent automatisch dat het aantal spoedvragen toeneemt. Met het verlenen van wijkverpleging en kortdurende zorg met verblijf spelen wij als VVT-aanbieders een cruciale rol in de spoedzorg. Bijvoorbeeld een inwoner die 's nachts de huisartsenpost belt, waarbij de triagist inschat dat er beter een wijkverpleegkundige naar deze zorgvrager toe kan gaan dan een huisarts. Of iemand die op de HAP of SEH terecht komt en naar huis terugkeert, waarbij de wijkverpleging hulp kan bieden door hulpmiddelen in te zetten en/of mantelzorgers te instrueren en weer rust in een situatie brengt.

Het belang van dit werk voor de beschikbaarheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid voor de gehele zorgketen valt niet te onderschatten. Door de unieke positie op het snijvlak tussen cure, care en samenleving vormen wij een cruciale schakelfunctie in de coördinatie, het verlenen van verpleegkundige spoedzorg thuis en het begeleiden van kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn.

³ ...bij acute zorg gaat het om zorg in een situatie waarin zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Daarnaast gaat het om spoedzorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is.' (definiëring van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving uit 2003)



Wij zorgen ervoor dat zeer kwetsbare ouderen passende zorg krijgen op de juiste plek. In veel gevallen kan ziekenhuisopname, wat voor ouderen ook een ontregelende ervaring is, worden voorkomen. Hiervoor hebben wij in eerste instantie de voorzieningen gericht op kortdurende zorg met verblijf. Met het oog daarop blijven wij bijdragen aan de ontwikkeling van (sub) regionale **Zorgcoördinatie Centra** door capaciteit te leveren voor de multidisciplinaire triage, de beschikbaarheid van de achterwacht specialisten ouderengeneeskunde te borgen en actueel inzicht te geven in de beschikbare capaciteit.

Wij investeren in slimme locaties voor wonen met zorg

Voor ouderen met een complexe zorgvraag die 24-uurs nabijheid van professionele ondersteuning nodig hebben en waarbij voorzieningen in het eigen leefklimaat niet meer voldoende zijn, blijven wij wonen met ondersteuning en zorg bieden.

Wij werken aan de verbinding tussen verpleeghuizen en samenleving. Wij stellen onze faciliteiten van het verpleeghuis beschikbaar voor mensen uit de buurt. Ook binnen de verpleeghuizen leggen wij de regie zoveel als mogelijk bij de bewoner en naasten zelf. Omdat voor deze doelgroep de zelfredzaamheid beperkter is, zetten wij vooral in op samenredzaamheid. Naastenparticipatie is daarbij meer dan afspreken wie de eerste contactpersoon is en met hem of haar op gezette tijden de voortgang bespreken. Niet de familie participeert in de zorg, maar **zorgverleners participeren in het sociaal netwerk van de bewoner**.

Wij richten onze locaties in met slimme zorgtechnologie. Hierbij gaat het om innovaties die ondersteunend zijn aan de eigen regie en welbevinden van de bewoners, innovaties gericht op vrijheid en veiligheid en technologische toepassingen die de bijdragen aan slimmer werken. Wij trekken hier als VVT-sector samen in op om zo een krachtige, gezamenlijke positie te creëren in gesprekken en contractering met leveranciers van software en zorgtechnologie.

Wij zijn partner van gemeenten en woningbouwcorporaties in het ontwikkelen van de woon-zorg visies. Uitgangspunt is dat **we de collectieve kracht van inwoners benutten en zij mede bepalen wat op lokaal niveau nodig is**. Daarbij willen wij samen zorgen dat er voldoende gevarieerd en passend aanbod is in gemeenten van woningen voor ouderen, als ook locaties voor verpleegzorg.

Praktijkvoorbeelden van slimme technologie

- Voorbeelden van innovaties die ondersteunend zijn aan de eigen regie en welbevinden van de bewoners: slim incontinentiemateriaal en technologie die helpt om het dagritme te behouden
- Voorbeelden van innovaties gericht op vrijheid en veiligheid: slimme sensortechnologie en leefstijlmonitoring
- Voorbeelden van technologische toepassingen die bijdragen aan slimmer werken: de inzet van VR-brillen, slimme meetapparatuur en spraakgestuurd rapporteren

Wij leveren actuele capaciteitsinformatie en investeren in digitale gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid

Voor betere toeleiding door collega VVT-aanbieders en samenwerkende partners is beter inzicht in capaciteit onontbeerlijk. Wij zorgen ervoor dat alle IVVU-leden hun capaciteit in de volle breedte van hun portefeuille beschikbaar maken via een **gestandaardiseerde digitale oplossing**. Het gaat hierbij om alle soorten van capaciteit: van permanente verblijfsbedden en tijdelijke bedden tot wijkverpleging. Om te zorgen dat informatie over capaciteit ook actueel blijft, houden wij ons aan de **gemaakte afspraken over het aanleveren van actuele beschikbare capaciteit**. Van verzekeraars en zorgkantoren verwachten wij dat ze niet IVVU-leden verplichten om aan te sluiten op de gestandaardiseerde oplossing.

Naast actuele capaciteitsinformatie investeren wij in **digitale gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid**, zowel binnen de VVT als met andere sectoren. Door landelijke standaarden te gebruiken werken wij toe naar het platform- en systeemafhankelijk uitwisselen van informatie. Dit maakt samenwerking makkelijker, minder kostbaar en minder omslachtig.

Wij investeren in creatieve oplossingen voor goed werkgeverschap

Wij gaan samen met partners op zoek naar creatieve oplossingen voor goed werkgeverschap. Het doel is behoud van medewerkers en het verbreden van de instroom van nieuwe medewerkers. Daarom hebben wij blijvende aandacht voor een goede werk-privébalans en professionele zeggenschap, richten wij onze zorgprocessen in met sociale en technologische arbeidsbesparende innovaties en zorgen wij voor goede begeleiding van onze medewerkers in een aantrekkelijke



leerwerk omgeving. Dat betekent dus ook dat wij onze medewerkers blijven ondersteunen bij 'leven lang ontwikkelen'. Omdat de beweging die wij maken gemeenschappelijk is, ontwikkelen wij op **regionaal niveau leerinterventies** voor onze medewerkers én voor onze ketenpartners (bijvoorbeeld huisartsen). Zo versterken wij direct de onderlinge samenwerking tussen domeinen en faciliteren wij het werken vanuit de leefvraag. Ook bieden wij leerinterventies aan om onze medewerkers meer **digivaardig** en vertrouwd te maken met de inzet van technologie. Deze leerinterventies bieden we ook aan inwoners vanuit de voorzieningen in de buurt/wijk, zodat het een natuurlijk en geïntegreerd onderdeel wordt van leven.

Naast behoud werken wij aan het verbreden van nieuwe instroom van vaste medewerkers door aan de voorkant niet meer sec te beoordelen op (medische) bevoegd- en bekwaamheidseisen, maar juist te werven op medewerkers die in staat zijn om te verbinden en te luisteren en die uit kunnen gaan van de leefvraag. Of zich deze vaardigheden eigen kunnen maken. Ook richt de regionale samenwerking zich op het bevorderen van regionaal werkgeverschap om zo oriënterende, werkende en lerende (toekomstige) zorgprofessionals aan te trekken en te behouden voor de sector zorg en welzijn. Hierbij verhouden wij ons ook tot de inzet van personeel niet in loondienst (PNIL), als gegeven van de flexibilisering van de arbeidsmarkt, door een **regionale flexpool** in te richten. Met als doel om de kwaliteit van de inzet van PNIL te verbeteren en de kosten te verlagen. Daarbij richten wij ons op

ZZP'ers die wij aan de regio willen verbinden, zonder tussenkomst van bijvoorbeeld commerciële partijen. Zo kunnen wij een aantrekkelijkere werkgever zijn, samen complexe vraagstukken met betrekking tot arbeidsrecht en juridische en fiscale vraagstukken aanpakken en flexibeler inspelen op fluctuerende behoeften binnen onze organisaties.

Wij maken dekkende, structurele financieringsafspraken

Wij maken met financiers afspraken die uitgaan van dekkende, structurele financiering. Voor de periode 2024 – 2026 omvat dit ten eerste dekkende tarieven die ruimte bieden voor opleiding, afstemming, samenwerking en investeringen in (thuiszorg)technologie. En die recht doen aan de investeringen en kosten die gemaakt worden om **de transformatiekracht van individuele organisaties** te versterken. Wij maken daarnaast afspraken over de financiering van essentiële **regionale infrastructurele voorzieningen**, zoals de zorgcoördinatie rondom spoedzorg en tijdelijk verblijf met intensieve zorg, de consultatiefunctie voor de eerstelijns en de inzet van expertise rondom specifiek complexe doelgroepen.

Van zorgverzekeraar en zorgkantoor vragen wij dat zij sturen op het **tegengaan van nieuwe toetreders** met een dienstverleningsaanbod dat afbreuk doet aan zelf- en samenredzaamheid of zorgt voor een toename van coördinatie en afstemming.

Samenvattend

In onderstaande figuur zijn samenvattend de bewegingen weergegeven die we de komende jaren verder uitbouwen.

Van

- Beperkingen en onmogelijkheden zijn leidend
- Focus op medisch handelen
- Focus op kwaliteit
- Hotelmatige, geïnstitutionaliseerde zorg en ondersteuning
- All-in en 'recht op'
- Concurrenieren
- Specialistische medewerkers
- Focus op productie
- Analooog

Naar

- Ouder worden en oud zijn hoort bij het leven
- Focus op preventie en welzijn
- Focus op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid
- Zelf- en samenredzaamheid en langer thuis
- Passende ondersteuning en zorg
- Samenwerken en herverkavelen
- Generalistische, geïntegreerde teams
- Focus op meerjarige, dekkende tarieven en uitkomsten
- Hybride





Concretiserend

Dat betekent voor ouderen, de VVT-sector en partners in de keten een andere invulling van rollen en verantwoordelijkheden. En daarmee voor de VVT in het bijzonder ook een verbijzondering van doelgroepen en andere vormen van ondersteuning.



Thuis in de wijk

Treffen van voorzorgsmaatregelen:

- Versterken en onderhouden eigen sociaal netwerk
- Geschikt maken eigen woonomgeving of vroegtijdig verhuizen naar geschikte woning
- Financiën op orde
- Gebruiken van thuiszorgtechnologie

Als het thuis niet meer lukt

Zelfregie en naastenparticipatie zijn leidend:

- Leveren van informele zorg
- Gebruiken van zorgtechnologie



Investeren in dichtbij:

- Zorg aan huis aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken (PG/somatisch) t/m ZZP 4 en een deel van ZZP 5 en 6
- Kortdurend ziekenhuis (na)zorg en verpleegkundige-MTH zorg (op verzoek van huisarts/specialist)
- Kortdurende zorg met verblijf (logeer- en respijtzorg en ELV-laag)
- Passend pakket thuis (niet VPT maar PPT!)
- Palliatieve zorg aan huis
- Casemanagement kwetsbaren
- Advies over inzet ondersteunende technologie aan huis (incl. opvolging)
- Mantelzorgondersteuning
- Consultatiefunctie voor de eerstelijns

Zorgverleners participeren in het sociaal netwerk van de bewoner:

- Intensieve kortdurende zorg met verblijf (GRZ, ELV-hoog, crisis en IBS)
- Geriatrie expertisecentra voor ziekenhuisverplaatste zorg
- Wonen met zorg voor een deel van ZZP 5 en 6 en ZZP 7 en 8 volledig (o.b.v. scheiden wonen en zorg)
- Zorg aan specifieke complexe doelgroepen (LVHC)
- Palliatief terminale zorg (Hospice)



Communicatie en lokale voorzieningen gericht op zelf- en samenredzaamheid:

- Versterken bewustwording eigen verantwoordelijkheid burger
- Ondersteunen zelforganisatie en burgerinitiatieven
- Verbeteren informatievoorziening zorg en welzijn aan burgers
- Bestaande voorzieningen in de wijk/buurt
- Preventieve zorg om gezondheidsproblemen te voorkomen
- Begeleiding thuis
- Vervoer

Realiseren geschikte woningen en woonvormen:

- Geschikt maken van bestaande woningvoorraad
- Nultredenwoningen
- Geclusterde woonvormen
- Openen, moderniseren en verduurzamen van verpleeghuiszorg
- Verpleegzorgplekken

