

Vergaderjaar 2008–2009

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 77

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 januari 2009

Kleinschalig wonen staat binnen de langdurige zorg volop in de belangstelling. Het draagt bij aan de behoefte aan diversiteit in wonen. Het enthousiasme over het inhoudelijke concept is groot.

In de brief aan de Tweede Kamer van 31 mei 2007 «zorg voor ouderen: om de kwaliteit van het bestaan» (TK 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 146) heb ik u aangekondigd dat ik met voorstellen zal komen om de totstandkoming van kleinschalig wonen te bevorderen zonder dit overigens als het enige en verplichte concept op te leggen. Ook in mijn brief «Zeker van Zorg» (TK 2007–2008, 30 597, nr. 15) en in het actieplan «Beter (t)huis in de buurt» is diversiteit in wonen het uitgangspunt.

In deze brief geef ik weer wat bedoeld wordt met kleinschalig wonen en waarom dit moet worden gestimuleerd. Vervolgens geef ik aan welke acties ik – samen met partners in het veld – in gang heb gezet en zal zetten. Met deze brief geef ik tevens uitvoering aan de motie Kant (TK 2006–2007, 30 800 XVI nr. 87).

Wat is kleinschalig wonen?

Kleinschalige woonvoorzieningen worden in de bouwmaatstaven van het College Bouw gedefinieerd als voorzieningen voor groepsverzorging in een groep van maximaal 6 á 8 bewoners die gezamenlijk een huishouden vormen. De omgeving waarin dit plaatsvindt kan zijn binnen de muren van een grootschalige AWBZ voorziening, maar ook op een aparte kleinschalige locatie in de wijk. (Hoewel de bouwmaatstaven van het College Bouw met het vervallen van het bouwregime verdwijnen, handhaaf ik voor het stimuleren van kleinschalige wonen voor mensen met dementie het inhoudelijke uitgangspunt.) Als kleinschalige locatie wordt in deze brief uitgegaan van een capaciteit van maximaal 24 plaatsen voor mensen met dementie met een zware indicatie inclusief verblijf: ZZP 5 of hoger. In deze brief ga ik uit van stimulering van beide kenmerken van kleinschalig wonen, zowel in een grootschalige setting als op kleine locaties in de wijk.

Daarbij leg ik echter de nadruk op kleinschalige voorziening in de wijk, omdat deze naast kleinschalige zorg ook betekenis heeft voor een grotere spreiding, een betere fysieke bereikbaarheid van de zorg en een betere inbedding in de maatschappelijke/sociale omgeving voor de cliënt. Onder andere het contact met achterblijvende mantelzorgers blijft beter in stand en er wordt een beter klimaat voor de bijdrage van vrijwilligers gerealiseerd.

Met name kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk hebben betekenis voor het vergroten van de diversiteit in het aanbod aan zorgvoorzieningen. Mijn plannen zijn erop gericht deze initiatieven op een toekomstbestendige manier te stimuleren.

Waarom stimuleren?

Bij de zorg aan ouderen met dementie ontstaan initiatieven tot het vormen van kleine groepen waarin de ouderen onder begeleiding een gezamenlijke huishouding voeren. De essentie van het succes van kleinschalig groepswonen voor ouderen (kwalitatief onderzoek Trimbos) is gelegen in de rustige huiselijke sfeer die aan de bewoners wordt geboden. De gezamenlijke huishouding en de vertrouwde, vanzelfsprekende activiteit die dat voor bewoners met zich meebrengt werkt heilzaam op het welbevinden van de bewoners. Verder zijn bewoners zelfstandiger in handelingen die behoren tot activiteiten dagelijks leven (ADL, hieronder vallen onder andere; eten, drinken, zich verplaatsen, persoonlijke hygiëne) en zijn meer sociaal betrokken waardoor de kans op vereenzaming kleiner is. Ten aanzien van invulling van dagactiviteiten geeft de grootschalige setting weliswaar meer mogelijkheden maar bij kleinschalig wonen blijkt dat bewoners de huishoudelijke activiteiten te ervaren al een goede vervanging van het aanbod aan dagactiviteiten van het grote verpleeghuis. Tot deze activiteiten behoren onder andere; boodschappen doen, koken, tafel dekken. Deze activiteiten vinden zoveel mogelijk in groepsverband plaats.

De mantelzorg ervaart bij kleinschalig wonen meer aandacht voor de achtergrond en de belevingswereld van de bewoner, meer contact met de verzorgende en aandacht voor de eigen gevoelens. Onderzoek van het Trimbosinstituut laat tevens zien dat de gezondheid van de mantelzorgers verbetert en dat zij zich meer competent voelen ten aanzien van de zorg die zij bieden.

De direct bij de zorg betrokken medewerker voert de taken op een meer integrale wijze uit. De zorgrelatie cliënt – verzorgende wordt intensiever en er zijn minder «vreemden» in de omgeving van de cliënt. De cliënt voelt zich meer vertrouwd met de omgeving, dit reduceert gevoelens van onrust en onveiligheid. Het personeel van de kleinschalige setting is over het algemeen positief over de intensievere cliëntcontacten en de grotere verantwoordelijkheid die wordt ervaren.

Het realiseren van kleinschalige locaties voor zware zorg in de wijk kan bovendien een bijdrage leveren aan de spreiding en de bereikbaarheid van zorg, diensten en welzijnsvoorzieningen afgestemd op de lokale vraag. Hiermee kan kleinschalig wonen een meerwaarde zijn voor zowel de bewoner, de verzorgende en de mantelzorger.

Kleinschalig wonen is niet voor alle groepen cliënten even geschikt. Voor mensen die bijvoorbeeld onrustig worden in een kleine groep en ernstig probleemgedrag ontwikkelen, of extreem zware somatische zorg nodig hebben. Ook mensen die behoefte hebben aan rust of graag alleen zijn kunnen de voorkeur geven aan grootschalige instellingen. In die situatie dient de zorginstelling alternatieve oplossingen aan te dragen.

Voorwaarde voor het welslagen van projecten kleinschalig wonen is echter dat de organisatie een duidelijke keuze maakt en het concept

consequent doorvoert. Deze keuze heeft forse gevolgen voor zowel de organisatie van de zorg als voor de huisvesting.

Ook de cliënt moet bewust de keuze voor kleinschalig wonen maken. Niet voor iedere cliënt zal deze vorm van samen met anderen een huishouding vormen even positief uitpakken. De cliënt moet de keuze kunnen maken voor het aanbod dat het best bij hem past. Dit is de kern van mijn streven om meer keuzevariatie in het aanbod voor de cliënt te bevorderen.

Om kleinschalig wonen als serieuze keuzemogelijkheid aan te bieden, dient van het totale aanbod een redelijke hoeveelheid als kleinschalig beschikbaar te zijn. Willen we tot diversiteit van wonen komen dan is een goede verhouding tussen diverse woonvormen van belang. Dit geldt voor de gehele langdurige zorg.

In de gehandicaptenzorg is de afgelopen decennia veel aandacht voor kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk geweest. In de ouderenzorg zijn de initiatieven voor kleinschalige zorg van meer recente datum. De behoefte aan kleinschalige zorg voor mensen met dementie neemt toe, samen met de belangstelling voor de ontwikkeling hiervan. Ik wil daarom in de stimuleringsmaatregelen met name richten op initiatieven ten behoeve van mensen met dementie.

Het blijkt noodzakelijk instellingen die de keuze naar kleinschalige zorg overwegen te ondersteunen omdat de overgang van grootschalig naar kleinschalig ondermeer een flinke inspanning in het veranderen van de zorgorganisatie vergt. Hierdoor zijn instellingen vaak terughoudend in hun besluitvorming.

Stimuleren

Vanwege de verwachte toename van de groep ouderen met dementie en passend in mijn ambities zoals neergelegd in mijn brief «zorg voor mensen met dementie» (TK 2007–2008, 25 424, nr. 68) wil ik mijn ambities rondom kleinschaligheid ook primair op deze groep richten.

Kleinschalige zorg in een grotere setting heeft voor de dagelijkse zorg dezelfde kwaliteiten als kleinschalige zorg op kleinere locaties. Kleinschalige zorg op kleinere locaties heeft echter, zoals ik eerder in deze brief heb aangegeven, een andere dynamiek.

Dit programma stimuleert de ombouw van grootschalig georganiseerde zorg naar kleinschalige zorg en de realisatie van initiatieven voor kleinschalig wonen op kleinschalige locaties.

Opgave

In 2005 waren er 4 442 plaatsen kleinschalig wonen voor mensen met dementie op 166 verschillende locaties. Al eerder heb ik kleinschalige woonvoorzieningen vrijgesteld van het bouwregime waardoor initiatieven voor kleinschalig wonen sneller gerealiseerd kunnen worden. Als gevolg hiervan neemt naar verwachting het aantal in 2010 toe tot 12 087 plaatsen op circa 370 locaties (cijfers Kenniscentrum wonen/zorg oktober 2007). In de inventarisatie van het kenniscentrum wordt een ruime definitie gehanteerd. Zowel de kleinschalige zorg in grote instellingen als in kleinschalige woonprojecten zijn in de cijfers opgenomen. De kleinschalige zorg in grotere instellingen heeft met 65% van het totaal nog sterk de overhand. Ongeveer 35% van de kleinschalige zorg wordt geleverd in kleinschalige locaties tot 24 plaatsen per locatie. Wanneer ik uitga van 24 plaatsen op kleinschalige locaties, zijn er op dit moment 1555 plaatsen.

Mijn ambitie is het huidige aantal plaatsen zo te verhogen dat dit aanbod van zorg zodanig beschikbaar en gespreid is dat voor mensen die aangevoelen zijn op deze vorm van zorg werkelijk keuzevariatie bestaat. Hier-

voor is nodig dat een flink deel van alle verblijfplaatsen voor mensen met dementie in grotere instellingen kleinschalig is vormgegeven en dat een aanzienlijke uitbreiding tot stand is gekomen van kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk, als gevolg van vervanging van grootschalige capaciteit en als uitbreidingscapaciteit.

Concreet streef ik ernaar dat een aandeel van eenderde van alle capaciteit voor dementerenden op een termijn van 4 a 5 jaar kleinschalig is vormgegeven. Dit betreft circa 20 000 plaatsen inclusief de voor 2010 al verwachte 12 087 plaatsen.

De afgelopen periode ben ik met diverse partijen en deskundigen in overleg geweest over de belemmeringen om kleinschalig wonen te kunnen realiseren. Daarbinnen heb ik de aanknopingspunten gezocht voor stimuleringsmaatregelen.

Aanpak

Uitgangspunt voor mij is dat kleinschalig wonen een keuzemogelijkheid moet zijn die bijdraagt aan diversiteit van wonen. Dat wil ik stimuleren zonder daarmee in de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder te treden. De stimuleringsmaatregelen zijn per definitie tijdelijk van aard, bedoeld om de al door de sector in gang gezette trend te versnellen en verder uit te bereiden.

Voor de jaren 2009, 2010 en 2011 heb ik een bedrag van respectievelijk € 20 miljoen, € 30 miljoen en € 30 miljoen gereserveerd.

De volgende zaken spelen bij het vormgeven van een stimuleringsregeling een rol.

1. Onderzoek

Kleinschalige zorg en kleinschalig wonen voor mensen met dementie is pas de afgelopen jaren echt onderwerp van discussie geweest. Dit betekent dat er nog veel te onderzoeken is en er beter gebruik gemaakt kan worden van bestaande kennis.

Er zijn nog vragen met betrekking tot de zorginhoudelijke effecten van kleinschalig wonen en over het benodigde personeelsbestand van instellingen die kleinschalig werken. Er zijn belangrijke verschillen geconstateerd tussen personeelsbehoefte bij kleinschalige georganiseerde zorg ten opzicht van grootschalig georganiseerde zorg. Deze verschillen hebben zowel betrekking op de kwalificatie van het personeel als op de omvang van het direct bij de zorg betrokken personeel en het totale personeelsbestand van een instelling.

Dit leidt tot vragen over de kwaliteit van zorg, over de personeelsbehoefte, scholing en de mogelijkheden van de arbeidsmarkt. Voor het aantal personeelsleden van een instelling als totaal lijkt kleinschalig wonen niet tot belangrijke wijzigingen te leiden.

Om meer zicht op deze materie te krijgen wordt op dit moment een omvangrijk onderzoek uitgevoerd door Trimbos. De resultaten van dit onderzoek worden in december 2009 opgeleverd. De overwegend positieve ervaringen van cliënten, personeel en organisaties wanneer het gaat om het welzijn van de dementerende oudere maken, dat reeds inzetten van de stimuleringsregeling gelegitimeerd is. De uitkomsten van het onderzoek zijn ondermeer van belang om een goed arbeidsmarktbeleid te ontwikkelen.

2. Bekostiging

In 2009 wordt bij de intramurale zorg de omslag gemaakt van budget financiering naar persoonsvolgende financiering. Bekostiging van zorg in

kleinschalige woonvoorzieningen kan op diverse manieren. Financiering via persoonsgebonden budget (PGB), volledig pakket thuis (VPT) of extramurale functies op basis van het scheiden van wonen en zorg, en financiering via zorgzwaartepakketten (ZZP) op basis van intramurale capaciteit. De bekostiging via ZZP's wijkt voor de kleinschalige woonvorm niet af van die van grootschalige instellingen. Ik krijg signalen uit het veld dat kleinschalige voorzieningen problemen hebben met de bekostiging in ZZP's. Dit heeft te maken met het gegeven dat de zorg in de kleinschalige setting per woongroep integraal wordt ingezet, hetgeen leidt tot de inzet van hoger geschoold personeel en gemiddeld meer personeel per bewoner. De zorgzwaarte van de cliënten is van relatief beperkte invloed op de basisbezetting. Dit kan tot gevolg hebben dat een gemiddeld «lichte» indicatie van de bewoners leidt tot een vergoeding die lager ligt dan de middelen die nodig zijn voor de basis bezetting. Dit wijst erop dat een zeer kleinschalige locatie, bijvoorbeeld een stand-alone voorziening met 6 bewoners, kwetsbaar is. Bij kleinschalige locaties in de wijk kan die kwetsbaarheid worden gereduceerd door samenwerking met andere organisaties en andere activiteiten in de wijk (thuiszorg). Ook zijn innovaties op het gebied van domotica, ECD etc. van belang. Zoals ik al eerder heb aangegeven wil ik kleinschalig wonen op een toekomstbestendige manier vormgeven. Zoals ik ook in mijn brief van 18 november 2008 «voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging» (TK 2008–2009, 26 631, nr. 282) heb aangegeven, hecht ik er aan dat kleinschalige woonvormen met een cliëntvolgende financiering exploitabel zijn. Ik heb daarom in die brief aangegeven dat ik de kleinschalige initiatieven nauwlettend zal blijven volgen. Ik zal hiervoor een werkgroep in het leven roepen. Daarbij heb ik echter ook aangegeven dat zeer kleine initiatieven die geen gebruik kunnen maken van gezamenlijke diensten en ondersteuningsstructuur zeer kwetsbaar zijn. Met het oog op de doelmatigheid is er een ondergrens aan de omvang. Deze ondergrens is niet scherp aan te geven, omdat deze afhankelijk is van de mogelijkheden van samenwerking op wijkniveau om tot een zekere mate van ondersteuning te komen.

De kleinschalige woonvormen waarbij de bewoner zelf de huur betaalt en de zorg op grond van een extramurale zorgindicatie ontvangt zullen niet via de regeling worden gestimuleerd omdat de regeling betrekking heeft op voorzieningen voor cliënten met een indicatie voor verblijf.

3. Actieplan «Beter (t)huis in de buurt»

In het actieplan «Beter (t)huis in de buurt» wordt kleinschalig wonen, ingebed in het totaal aan mogelijke voorzieningen voor mensen met beperkingen meegenomen. Op dit moment wordt een ondersteuningsprogramma ontwikkeld gericht op het bevorderen van de samenwerking tussen de lokale partijen en op de regierol van de gemeente daarbij. De betrokkenheid van gemeentes met betrekking tot de ontwikkeling van de infrastructuur in wijken en als uitvoerder van de Wmo is hierbij essentieel. De kleinschalige woonvoorziening kan op wijkniveau een belangrijke aanvulling vormen op het samenhangende, onder gemeentelijke regie tot stand te brengen, geheel aan voorzieningen (de keten) van wonen, welzijn en zorg. De inbedding in het totaal aan voorzieningen op wijkniveau is van belang omdat het voor de cliënt betekent dat, bij een zich ontwikkelende zorgvraag, tot en met de zware zorg inclusief verblijf, binnen redelijke afstand van de woonplek een passend zorgaanbod beschikbaar is. Voor de zorgaanbieders die actief zijn in de wijk heeft de kleinschalige woonvorm betekenis omdat op deze wijze een aanvulling op de deskundigheid ten behoeve van zware zorg op wijkniveau beschikbaar komt. De vestiging van een kleinschalige woonvoorziening kan een versterking betekenen voor de organisatie van het voorzieningenniveau – de zorginfrastructuur – ten behoeve van de mensen die thuis de zorg ontvangen. Bijvoorbeeld versterking van de teams voor nachtzorg en onplanbare zorg

in de wijk. Hierbij is het denkbaar dat verschillende organisaties afspraken maken over het leveren van bijvoorbeeld nachtzorg.

4. Inspanningen ontwikkeling domotica

Onder domotica wordt verstaan: ondersteunende technologie waarbij elektronica toepassingen en automatisering worden geïntegreerd in de woning met als doel een toename van de zelfredzaamheid van mensen. Verder kunnen ICT en domotica een voordeel opleveren voor bedrijfsprocessen in de zorg.

De ontwikkeling van domotica toepassingen is voor de hele zorg van groot belang. Uit de praktijk blijkt echter dat voor deze toepassingen vaak een benadering vanuit de techniek wordt gekozen waarbij de implementatie in de bedrijfsprocessen onvoldoende aandacht krijgt. Domotica wordt daardoor een «extra» op de bestaande organisatie in plaats van een integraal onderdeel ervan. Hierdoor blijft grootschalige invoering van goede toepassingen uit.

Om de implementatie van ICT en domotica een impuls te geven wordt een programma gestart, gericht op E-awareness in de care: de schakel tussen weten, willen en doen. Als onderdeel van dit programma worden workshops georganiseerd voor bestuurders van instellingen om inzicht te geven in het belang van een meer integrale aanpak van ICT in de bedrijfsvoering. Daarnaast wordt een vijftal projecten gestart waarin instellingen een integrale aanpak op wijkniveau realiseren in samenwerkingsverbanden van intramurale en, extramurale zorgorganisaties en gemeenten waarin meer samenhang en synergie wordt bereikt met behulp van ICT en domoticoepassingen. Deze projecten zullen een voorbeeldfunctie vervullen ten behoeve van een verdere uitrol van ICT en domoticoepassingen. Voor dit programma het € 0,5 miljoen per jaar gereserveerd voor een periode van 3 jaar.

Dit betreft een deel van de middelen voor de stimulering van kleinschalig wonen wordt hiervoor ingezet.

5. Opleidingen

Uit de bestaande projecten kleinschalig wonen komt naar voren dat de medewerkers in de zorg een meer integraal takenpakket hebben. Een aantal functies die in een grootschalige setting door afzonderlijke medewerkers worden gedaan van een verschillend functieniveau. In de kleinschalige woonvormen worden de verzorgende taken op een meer integrale manier door een medewerker uitgevoerd. De medewerker is verantwoordelijk voor alle verzorgende aspecten tijdens een dienst zoals; het wassen en aankleden van de bewoners, toiletgang, wondverzorging maar ook de maaltijdverzorging en de begeleiding daarbij en is veelal geschoold op niveau 3. Het betekent ook dat sommige werkzaamheden met een eenvoudig karakter door een hoger geschoolde medewerker worden uitgevoerd. Dit leidt ertoe dat de scholing van medewerkers van de kleinschalige woonvorm gemiddeld hoger is dan bij een grootschalige intramurale zorgorganisatie. Instellingen die van grootschalig naar kleinschalig willen omschakelen zullen dus aandacht moeten besteden aan om- en bijscholing van het zittende personeel. Zij zullen ook met de ROC's moeten overleggen over passende opleidingspakketten om ook op langere termijn personeel met passende kwalificaties te kunnen werven. Daarnaast moeten aanbieders bij de omscholing aandacht besteden aan een andere cultuur als medewerkers in een kleinschalige setting werken. Medewerkers zijn bij kleinschalige voorzieningen voornamelijk gericht op cliënten, zonder het directe contact en de directe steun van collega's.

Stimuleringsregeling

Ik wil een extra impuls geven aan die zorginstellingen die de omslag van grootschalig naar kleinschalig willen realiseren. Ik heb hierbij gekozen

voor een regeling waarbij de initiatieven voor kleinschalig wonen nu gerealiseerd kunnen worden en ook in de toekomst beschikbaar blijven. Ervaring met eerdere initiatieven heeft mij geleerd dat onderzoek en advies voorafgaand aan de start van nieuwe initiatieven noodzakelijk is voor een toekomstbestendig concept. Mijn ondersteuning richt zich daarbij vooral op de transitiefase waarin extra uitgaven noodzakelijk zijn. Ik ben voornemens een tijdelijke regeling in het leven te roepen die zorgorganisaties een tegemoetkoming biedt in de kosten die de omzetting van een organisatie naar kleinschalig wonen met zich meebrengen. Dit kan bijvoorbeeld door een budget voor bijscholing en tijdelijke versterking van het verandermanagement toe te kennen. Ik heb de NZa verzocht hiervoor een beleidsregel te ontwikkelen.

Deze regeling wil ik open stellen voor zorgaanbieders die op grond van onderzoek en advies, met betrekking tot de haalbaarheid in de betreffende regio voor de lange termijn, het besluit hebben genomen de omzetting naar kleinschalig wonen daadwerkelijk uit te voeren. Het onderzoek en adviestraject wordt, desgewenst, uitgevoerd door mij aangezochte deskundigen.

Ook voor ICT/domotica-projecten die verbetering geven van de organisatie in de keten van zorg in de wijk in samenhang met een kleinschalige woonvoorziening wordt een deel van het budget gereserveerd.

Ik ga de komende maanden met alle betrokkenen in overleg om aan het bovenstaande nader invulling te geven.

Financiële paragraaf

Voor de uitvoering van de regeling heb ik de in 2009 € 20 miljoen beschikbaar en in de jaren 2010 en 2011 € 30 miljoen. Een belangrijk deel zal worden besteed via de eerdergenoemde beleidsregel van de NZa voor intramurale instellingen die (een deel van) hun capaciteit willen omvormen of hun capaciteit willen uitbreiden in de vorm van kleinschalig wonen. Instellingen kunnen een beroep doen op deze beleidsregel ten behoeve van bijvoorbeeld om en bijscholing van personeel, tijdelijke versterking van het verandermanagement. Ik zal de NZa vragen deze beleidsregel te ontwikkelen. Voor deze beleidsregel reserveer ik € 18 miljoen van de beschikbare € 20 miljoen in 2009 en € 28 miljoen van de gereserveerde € 30 miljoen in 2010 en 2011.

Voor onderzoek en advies met betrekking tot de haalbaarheid, in de fase voorafgaand aan de subsidieverstrekking door de NZa, maak ik een subsidieregeling op grond waarvan initiatiefnemers deskundigheid kunnen inhuren om tot gerichte besluitvorming over kleinschalig wonen te komen. Voor onderzoek en advies aan instellingen, ICT/domotica ten behoeve van kleinschalig wonen, ondersteuning en aanvullend onderzoek houd ik € 2 miljoen per jaar beschikbaar.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker