

# **AFWEGINGSKADER VERPLEEGHUISZORG VOOR PASSENDE INTRAMURALE OUDERENZORG**

**KLANT  
KENMERK  
AUTEURS**

**DATUM  
VERSIE**

Het Zorginstituut Nederland  
SZ/sb/004604  
Sandra Zwijsen, Nienja Langerak, Maaïke de Boer, Ellen Westhoff,  
Renée van Haren, Roel van Weert & Wouter Jongebreur  
18-5-2026  
1.2

---

## Samenvatting

De toegankelijkheid van de ouderenzorg staat onder druk. De zorgvraag groeit, terwijl het aantal zorgprofessionals en beschikbare verpleeghuisplekken beperkt is. In de huidige praktijk hebben alle ouderen met een Wlz VV-indicatie formeel recht op verblijf in een verpleeghuis, terwijl lang niet alle ouderen dit recht verzilveren. Om de ouderenzorg toekomstbestendig te maken is in het Hoofdlijnen Akkoord Ouderenzorg afgesproken om het recht op verblijf los te koppelen van het recht op zorg vanuit de Wlz.

Om te kunnen bepalen voor welke ouderen verblijf in een verpleeghuis de meest passende oplossing is, heeft het Zorginstituut Nederland aan Significant Public gevraagd een afwegingskader te ontwikkelen. Dit kader zou dan in de toekomst gebruikt kunnen worden om te bepalen welke oudere met een Wlz VV-indicatie nog toegang krijgt tot intramurale verpleeghuiszorg.

### *Wat het afwegingskader biedt*

Het kader helpt professionals bij het expliciet en transparant maken van hun afweging. Het maakt inzichtelijk wanneer intramurale, multidisciplinaire zorg en behandeling noodzakelijk is en het helpt om keuzes goed uit te leggen en te verantwoorden aan betrokkenen en toetsende partijen.

Het Afwegingskader Verpleeghuiszorg ondersteunt professionals bij het maken van een zorgvuldige en multidisciplinaire afweging, samen met de zorgvrager en diens naasten. Het kader focust niet alleen op de zorgzwaarte, maar weegt deze af tegen de mogelijkheden en draagkracht van de omgeving. Door deze tweedelige benadering wordt voorkomen dat beslissingen worden genomen op basis van één dominante factor, zoals diagnose of beschikbare capaciteit.

### *Herkenning en meerwaarde in de praktijk*

Het afwegingskader is ontwikkeld in samenspraak met de HLO-partijen en in samenwerking met diverse zorgprofessionals. Een belangrijk resultaat van het ontwikkelproces is dat professionals het afwegingskader sterk herkennen. Het sluit aan bij hoe de afweging in de praktijk al wordt gemaakt, en ondersteunt het gesprek over de passendheid van intramurale verpleeghuiszorg. De meerwaarde van het afwegingskader zit dan ook niet in het introduceren van een nieuw denkkader, maar in het structureren, expliciteren en eenduidig maken van bestaande professionele afwegingen. Dit vergroot de transparantie, bevordert consistentie tussen casussen en ondersteunt het gesprek met zorgvragers, naasten en samenwerkingspartners. Daarnaast kan het kader helpen om afwegingen eerder en meer planbaar te maken. Door signalen en zorgen tijdig te bespreken, kan worden voorkomen dat verpleeghuisopname pas in een crisissituatie aan de orde komt.

### *Randvoorwaarden voor een succesvolle toepassing*

Een zorgvuldige toepassing van het afwegingskader vraagt dat het wordt ingezet als ondersteuning van professionele oordeelsvorming en gezamenlijke besluitvorming, en niet als beslisregel of afvinklijst. Actieve betrokkenheid van de zorgvrager en diens naasten is essentieel om de afweging goed te laten aansluiten bij de persoonlijke situatie en draagvlak te creëren. De afweging moet gebaseerd zijn op multidisciplinaire input, zodat zorgzwaarte en context integraal worden meegewogen. Professionals gebruiken het kader voor de inhoudelijke onderbouwing; het formele besluit hoort bij een onafhankelijke en bevoegde partij. Scholing, oefening en een gefaseerde introductie zijn nodig om zorgvuldig en consistent gebruik te borgen. Bij implementatie is terughoudendheid in administratieve lasten belangrijk, evenals duidelijke afspraken over rollen en toepassingssituaties. Tot slot veronderstelt het kader dat er voldoende toegankelijke alternatieve woon- en zorgvormen en passende ondersteuning beschikbaar zijn.

---

### *Plaats van het afwegingskader in het bredere geheel*

Het afwegingskader voegt waarde toe door professionele afwegingen expliciet, navolgbaar en beter vergelijkbaar te maken in een context van toenemende schaarste. Het kader biedt geen nieuwe norm, maar versterkt het professionele oordeel door structuur en transparantie te geven aan keuzes over intramurale verpleeghuiszorg. Daarmee helpt het scherp te krijgen waar deze zorgvorm aantoonbaar meerwaarde heeft en waar alternatieven passender zijn. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat het afwegingskader geen oplossing is voor bredere knelpunten zoals schaarste aan personeel of verschillen in regionaal aanbod. Het kader maakt deze verschillen wel zichtbaar en biedt handvatten voor het gesprek over passende zorg en capaciteitsontwikkeling. Het afwegingskader is daarmee een strategisch hulpmiddel binnen de bredere beweging naar passende en toekomstbestendige ouderenzorg.

---

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Achtergrond en aanleiding	5
1.2	Leeswijzer	6
<b>2</b>	<b>Een zorgvuldige en navolgbare afweging</b>	<b>7</b>
2.1	Een afwegingskader waarmee keuzes over de passendheid van verpleeghuiszorg transparant worden	7
2.2	De afweging op basis van kenmerken van de zorgvrager en zorgzwaarte én omgeving van de zorgvrager	8
2.3	Impact van het afwegingskader	9
<b>3</b>	<b>Randvoorwaarden</b>	<b>10</b>
3.1	Randvoorwaarden in de uitvoering	10
3.2	Randvoorwaarden voor succesvolle implementatie	11
3.3	Randvoorwaarden voor de implementatie bij specifieke doelgroepen binnen de ouderenzorg	13
<b>4</b>	<b>Beschouwing</b>	<b>16</b>
<b>A.</b>	<b>Ontwikkeling in fases</b>	<b>19</b>
<b>B.</b>	<b>Resultaten fase 1</b>	<b>24</b>
<b>C.</b>	<b>Resultaten fase 2</b>	<b>28</b>
<b>D.</b>	<b>Resultaten fase 3</b>	<b>30</b>
<b>E.</b>	<b>Afwegingskader met handleiding</b>	<b>31</b>

---

# 1 Inleiding

*De toegankelijkheid van de ouderenzorg in Nederland staat onder druk. De zorgvraag groeit sneller dan het aanbod, en de kosten zijn een steeds groter deel van het nationaal inkomen. Om ouderenzorg duurzaam, mensgericht en betaalbaar te houden, moet zorg en behandeling doelgericht worden ingezet. Dat vraagt om zorgvuldige keuzes, zodat mensen en middelen terecht komen bij wie het echt nodig heeft.*

## 1.1 Achtergrond en aanleiding

Mensen die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg en nabijheid, hebben recht op zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of iemand recht heeft op zorg vanuit de Wlz, en geeft dan een indicatie voor die zorg af. Iedereen met zo'n indicatie voor Wlz-zorg heeft op dit moment recht op verblijf in een instelling. Voor ouderen met een Wlz VV-indicatie betekent dat dat zij recht hebben op verblijf in een verpleeghuis.

Om de ouderenzorg toekomstbestendig te maken, zijn in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) afspraken gemaakt door tien partijen<sup>1</sup>. Er is daarbij gekozen voor het uitgangspunt: 'Thuis als het kan'. Door zorg eerst thuis te organiseren, willen de partijen de druk op instellingen verminderen, de zorg betaalbaar houden en ouderen hun eigen regie en zelfstandigheid zo veel mogelijk laten behouden. Ook de overheid wil de groei van verpleeghuiszorg niet meer realiseren met de bouw van extra verpleeghuizen, maar via een mix van alternatieve woonvormen en Wlz zorg thuis. Er is afgesproken dat de huidige capaciteit verpleeghuisplaatsen in principe wordt bevroren. Door deze ontwikkeling ontstaat spanning: de wet geeft aanspraak op een plek met verblijf, terwijl het beleid stuurt op scheiden van wonen en zorg en minder intramurale plekken.

Om 'Thuis als het kan' te realiseren, wordt in de toekomst mogelijk het recht op verblijf losgekoppeld van het recht op zorg vanuit de Wlz. Dit betekent dat in de toekomst niet iedereen met een indicatie in de sector verpleging en verzorging (VV) automatisch toegang meer zou krijgen tot intramurale verpleeghuiszorg. De verwachting is, mede door het rapport en advies van het Zorginstituut<sup>2</sup> over dit onderwerp, dat mensen met een indicatie met profiel VV7, VV8 en VV9 toegang moeten blijven houden tot intramurale verpleeghuiszorg. Deze groep mensen heeft een zeer intensieve zorgvraag en omvat ongeveer 10% van de totale populatie aan Wlz VV-cliënten. Voor mensen met een VV4-indicatie (ongeveer 18% van de populatie) wordt omgekeerd juist verwacht dat het overgrote deel geen toegang tot intramurale verpleeghuiszorg nodig heeft. Voor hen geldt nu al het 'thuis tenzij'-principe vanuit zorgkantoren.

Voor zorgprofiel VV5 (dementie) en VV6 (somatiek) is dit minder eenduidig. Deze groep is groot - ongeveer 133.000 mensen in 2023, oftewel 72% van de Wlz-populatie<sup>3</sup> - en kent een grote variatie in zorgbehoeften. Comorbiditeit komt veel voor, en ook de mate van zelfredzaamheid en regie verschilt sterk per persoon. Sociale factoren, zoals de draagkracht van mantelzorgers of het sociale netwerk zijn in de praktijk vaak doorslaggevend in de afweging over verpleeghuisopname. Ook de beschikbaarheid van

---

<sup>1</sup> ActiZ, Seniorencoalitie, Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Verenso, ZorgthuisNL, Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Sociaal Werk Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

<sup>2</sup> [Rapport - Verduidelijken toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie | Rapport | Zorginstituut Nederland.](#)

<sup>3</sup> CBS Statline.

---

technologische innovaties en initiatieven als ‘samenzorg’ of ‘zorgzame gemeenschappen’ in de omgeving spelen een belangrijke rol. Er zijn al initiatieven waarbij zorgorganisaties met technologie en gespecialiseerde teams intensieve verpleeghuiszorg thuis via VPT mogelijk maken.

Om te kunnen bepalen voor welke ouderen verblijf in een verpleeghuis de meest passende oplossing is, heeft het Zorginstituut Nederland aan Significant Public gevraagd een afwegingskader te ontwikkelen. Dit kader zou dan in de toekomst gebruikt kunnen worden om te bepalen welke oudere met een Wlz VV-indicatie nog toegang krijgt tot intramurale verpleeghuiszorg, hetgeen dus een inperking betekent van het huidige wettelijke recht op verblijf.

Het afwegingskader weegt verschillende zaken af. Het kijkt niet alleen naar hoe zwaar de zorgvraag is, maar ook naar de situatie thuis en de omgeving. Dat is anders dan bij de huidige Wlz-indicaties, waarin vooral de zorgzwaarte zelf centraal staat. Door de omgeving mee te wegen, sluit de beoordeling beter aan bij de praktijk. Juist de sociale situatie – zoals de steun van naasten en het netwerk – kan namelijk het verschil maken in de vraag of verpleeghuiszorg passend is.

In dit rapport beschrijven we de ontwikkeling van het afwegingskader, de randvoorwaarden voor implementatie en plaatsen we het invoeren van het afwegingskader in de bredere transformatie die het HLO op gang wil brengen.

## 1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de inhoud van het afwegingskader, lichten we gemaakte keuzes toe en geven we een inschatting van de mogelijke impact van het gebruik van het afwegingskader. In hoofdstuk drie gaan we in op de context waarin het afwegingskader wordt toegepast, en beschrijven we de randvoorwaardes voor succesvolle implementatie. Ook gaan we in op de toepassing van het afwegingskader bij specifieke doelgroepen. In hoofdstuk vier gaan we in op de belangrijkste thema’s die uit de het ontwikkelproces naar voren kwamen en geven we duiding aan de rol en reikwijdte van het afwegingskader binnen die bredere context.

In de verschillende bijlagen geven we inzicht in het ontwikkelproces van het afwegingskader (A) en de resultaten per fase (B t/m D). Het afwegingskader inclusief handleiding is te vinden in bijlage E.

---

## 2 Een zorgvuldige en navolgbare afweging

Het Afwegingskader Verpleeghuiszorg is een instrument waarmee professionals<sup>4</sup>, samen met ouderen en hun naasten, een zorgvuldige en navolgbare afweging kunnen maken over de passendheid van intramurale verpleeghuiszorg voor oudere zorgvragers met een Wlz VV-indicatie. Het volgen van de stappen in het afwegingskader ondersteunt het maken van de afweging, die uiteindelijk bij de zorgprofessionals zelf ligt.

### 2.1 Een afwegingskader waarmee keuzes over de passendheid van verpleeghuiszorg transparant worden

De zorgzwaarte van ouderen met een Wlz VV-indicatie is divers en dynamisch en wordt niet alleen beïnvloed door medische of functionele beperkingen, maar ook door de omgeving, beschikbaarheid en draagkracht van ondersteuning en persoonlijke wensen. Het afwegingskader maakt deze complexiteit expliciet en helpt voorkomen dat keuzes worden gebaseerd op één dominante factor, zoals diagnose, doelmatigheid, beperking of beschikbare ondersteuning. Het doorlopen van de vragen in het afwegingskader geeft richting aan de professionele afweging in samenspraak met de zorgvrager en diens naasten, en houdt expliciet rekening met de bredere context waarin iemand leeft.

**Met intramurale verpleeghuiszorg wordt daarbij expliciet een woonvorm waarin verblijf wordt gecombineerd met integrale behandeling door een multidisciplinair team bedoeld<sup>5</sup>.** Alle andere woonvormen, waaronder geclusterde woonvormen op basis van pgb of volledig pakket thuis, worden binnen het kader beschouwd als 'thuis'. Het kader is bedoeld voor situaties waarbij overwogen wordt of verhuizing naar een verpleeghuis beter zal aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van de zorgvrager en biedt houvast om deze overweging systematisch te verkennen en te onderbouwen.

Tegelijkertijd maakt het kader inzichtelijk dat intramurale verpleeghuiszorg niet automatisch het meest passende scenario is, ook niet wanneer iemand niet langer in de huidige thuissituatie kan blijven wonen. In zulke gevallen wordt door de bewuste afweging duidelijk dat er ook alternatieve woon- en zorgvormen, zoals beschermd of geclusterd wonen, mogelijk zijn om te komen tot een beter passende leefsituatie. Daarmee sluit het kader aan bij de bredere beweging binnen de langdurige zorg, waarin passende zorg, persoonsgerichtheid en maatwerk leidend zijn.

---

<sup>4</sup> Met professionals worden mensen bedoeld die beroepsmatig bij de directe (coördinatie van) zorg, begeleiding en/of behandeling van de betreffende persoon betrokken zijn.

<sup>5</sup> Op dit moment zijn er ook mensen die in een verpleeghuis verblijven zonder daar behandeling af te nemen. Uit de interviews en groepsbijeenkomsten blijkt echter dat het onderscheid tussen mensen die zijn aangewezen op intramurale verpleeghuiszorg en mensen die de zorg ook elders kunnen ontvangen, zit in de behoefte aan multidisciplinaire en integrale zorg en behandeling. Daarom is dat het uitgangspunt voor dit rapport.

---

## 2.2 De afweging op basis van kenmerken van de zorgvrager en zorgzwaarte én omgeving van de zorgvrager

De opzet van het afwegingskader is tweedelig, en helpt zorgprofessionals twee domeinen tegen elkaar af te wegen. In die afweging kunnen de scores op domein 2 tegenwicht bieden aan de zwaarte van de scores uit domein 1.

In domein 1 beoordeelt de professional de **kenmerken van de zorgvrager en de zorgzwaarte**, zoals cognitieve problematiek, lichamelijke beperkingen, stemmingsklachten, gedrag en de mate van onplanbare zorg. Met zorgzwaarte wordt bedoeld hoe zwaar, complex of intensief de zorg is, en hoeveel professionele inzet daardoor nodig is. Centraal staat dus ook de vraag in hoeverre professionele en eventueel specialistische ondersteuning nodig is en of deze thuis op een realistische en veilige manier kan worden georganiseerd. Naarmate de benodigde ondersteuning intensiever en complexer is, neemt de passendheid van intramurale verpleeghuiszorg toe. Wanneer uit dit domein blijkt dat er meer intensieve en specialistische expertise nodig is dan thuis kan worden geboden, geeft de beslisregel in het kader aan dat intramurale verpleeghuiszorg een passende woon- en zorgvorm is. In dat geval hoeft domein 2 niet te worden ingevuld, omdat de noodzaak voor meer intensieve en specialistische expertise dan thuis kan worden geboden op zichzelf al betekent dat intramurale verpleeghuiszorg passend is. Als daarentegen blijkt dat de zorgbehoefte op dit moment niet om specialistische expertise vraagt maar er wel zorgen zijn op dit domein, moet ook het tweede domein worden ingevuld om een volledig beeld te krijgen van de afweging of intramurale verpleeghuiszorg het meest passend is.

Domein 2 richt zich op **de omgeving van de zorgvrager**. Daarbij wordt gekeken naar de beschikbaarheid en belastbaarheid van mantelzorgers, het bredere sociale netwerk, de regie en coördinatie van zorg, de aanwezigheid en haalbaarheid van hulpmiddelen en woningaanpassingen, de fysieke veiligheid van de omgeving voor de zorgvrager en de toegang tot sociale en welzijnsvoorzieningen. De omgeving kan de zorgzwaarte ondersteunen en draaglijk maken, en zo 'tegenwicht' bieden aan domein 1. Er wordt echter ook rekening gehouden met de mogelijkheid dat de omgeving in het geheel niet ondersteunend is (score 4) of in een uitzonderlijke situatie de zorgzwaarte zelfs vergroot (score 5). Met name de aanwezigheid en belastbaarheid van de mantelzorger is een cruciale factor. Dit is dan ook het enige thema dat in de vragen twee keer terugkomt en twee keer wordt gescoord, en daardoor ook een dubbele impact heeft op de totaalscore.

Om tot de uiteindelijke afweging te komen worden de scores uit het domein 1 en het domein 2 tegen elkaar afgewogen. Het uitgangspunt is dat de afweging of intramurale verpleeghuiszorg passend is primair wordt bepaald door de kenmerken van de zorgzwaarte in domein 1. De scores op het domein 2 kunnen tegenwicht bieden aan de zwaarte van de scores uit domein 1. De scores uit domein 2 kunnen op zichzelf *primair* geen reden voor toegang tot intramurale verpleeghuiszorg zijn. De scores uit domein 2 zeggen immers iets over de omgeving, die mogelijk niet passend is, maar niet over welk type zorg nodig zou zijn. Met andere woorden; scores op domein 2 kunnen nooit op zichzelf leiden tot de conclusie dat verpleeghuiszorg passend is, want dat zou betekenen '**hoe minder passend de omgeving, des te passender intramurale verpleeghuiszorg**', hetgeen geen logische conclusie is.

De scores uit domein 2 worden opgeteld en in samenhang met de uitkomst van het eerste domein gebruikt voor de afweging of intramurale verpleeghuiszorg passend is. Het bijbehorende kleurenschema dient daarbij als hulpmiddel om deze samenhang te visualiseren. De uitkomst van de scores en de plaatsing in het kleurenschema leidt vervolgens niet direct tot een beslissing, maar tot een beeld dat de professional ondersteunt bij het maken en onderbouwen van een inhoudelijke afweging over de passendheid van intramurale verpleeghuiszorg. Het afwegingskader stuurt erop aan dat in de onderbouwing rekening wordt gehouden met de leefsituatie en de wensen en prognose van de zorgvrager. Het kader onderstreept

---

hiermee dat de beoordeling van passendheid plaatsvindt binnen een bredere maatschappelijke en persoonlijke context.

### 2.3 Impact van het afwegingskader

Hoewel het afwegingskader kan bijdragen aan het beperken van de instroom in het verpleeghuis, is het geen bezuinigingsinstrument. Het primaire doel is het bevorderen van passende zorg, en het beschikbaar hebben van intramurale verpleeghuiszorg voor ouderen die dat echt nodig hebben. Eventuele financiële effecten, zoals het voorkomen van onnodige of te vroege instroom in intramurale verpleeghuiszorg, zijn een mogelijk neveneffect maar geen expliciete doelstelling van het kader.

Voor beleidsmakers kan het desalniettemin interessant zijn om een inschatting te hebben van de mogelijke gevolgen van de invoering van het kader. We hebben daarom in interviews bij zorgprofessionals uitgevraagd of zij denken dat de toepassing van het afwegingskader zal leiden tot andere beslissingen dan die op dit moment gemaakt worden. We hebben nagevraagd voor welke ouderen met een Wlz VV-indicatie de afweging in de toekomst anders zal uitvallen. Met andere woorden: welke mensen die nu wél naar het verpleeghuis verhuizen, zullen hiervoor in de toekomst door het afwegingskader niet meer in aanmerking voor komen.

Respondenten gaven een redelijk eenduidige typering van die groep. Het zou gaan om mensen die wel zijn aangewezen op 24-uurs zorg en nabijheid, maar wiens zorgvraag geen multidisciplinaire, integrale behandeling behoeft. Sommige respondenten specificeerde deze groep als mensen die levenslang kwetsbaar zijn en een beperkt of afwezig sociaal netwerk hebben, en daar bovenop (psycho)geriatische klachten krijgen. Door het ontbreken van een sociaal vangnet en regieverlies hebben deze mensen sneller behoefte aan een woonvorm waar nabijheid wordt geboden, maar dit hoeft gezien de lage complexiteit van de zorgvraag niet per se intramurale verpleeghuiszorg te zijn. Respondenten geven aan dat dit ook geldt voor mensen die regelmatig, niet planbaar, de inzet van zorgverleners nodig hebben, bijvoorbeeld bij ADL, zonder dat er sprake is van complexiteit in de zorgvraag.

Desgevraagd gaven respondenten aan dat zij het lastig of niet mogelijk vonden om een exact cijfer of percentage te noemen van de groep mensen die momenteel nog wel, maar door het afwegingskader niet meer, in aanmerking zou komen voor intramurale verpleeghuiszorg. In de enkele gevallen waarin wel percentages werden genoemd, liepen deze sterk uiteen. Ook in beschikbare openbare data worden geen cijfers bijgehouden over subgroepen binnen de zorgprofielen, zoals mensen die levenslang kwetsbaar zijn of geen sociaal netwerk hebben. Daardoor is het niet mogelijk om op basis van het huidige onderzoek betrouwbare uitspraken te doen over de kwantitatieve effecten van de implementatie van het afwegingskader.

---

## 3 Randvoorwaarden

Voor een succesvolle toepassing is het essentieel dat het afwegingskader wordt gebruikt zoals bedoeld: als ondersteuning van de professionele dialoog en gezamenlijke besluitvorming, niet als afvinklijst of beslisregel. Het kader is bedoeld voor professionals die bekend zijn met de oudere zorgvrager en zijn of haar situatie en wordt ingezet wanneer overwogen wordt of intramurale verpleeghuiszorg passend is. Het is nadrukkelijk geen instrument om te bepalen of de huidige woonsituatie nog verantwoord is, dat is een andere vraag dan of intramurale verpleeghuiszorg het meest passend is. Het afwegingskader is niet bedoeld voor gedwongen opnames en wordt niet toegepast bij een rechterlijke machtiging of IBS-maatregel.

Voor een zorgvuldige toepassing van het afwegingskader zijn **randvoorwaarden nodig in zowel de uitvoering als de implementatie**. Randvoorwaarden in de uitvoering gaan over de toepassing van het afwegingskader en over hoe het concrete afwegingsproces rondom de zorgvrager vorm moet krijgen. Randvoorwaarden voor implementatie richten zich op de bredere context binnen de maatschappij en het zorgstelsel die het structureel mogelijk moeten maken het afwegingskader te gebruiken op de manier waarop het bedoeld is.

### 3.1 Randvoorwaarden in de uitvoering

#### 3.1.1 *Actief overleg met de zorgvrager en naasten als uitgangspunt*

Het afwegingskader is ingericht als een ondersteunend instrument voor de professionele afweging. Tegelijkertijd kan de professional alleen zorgvuldig een afweging maken wanneer dit in samenspraak met de zorgvrager en diens naasten gebeurt. Dit sluit aan bij de standaard zorgpraktijk, waarin samen beslissen een belangrijk uitgangspunt is. Zorgvragers en naasten bieden een belangrijk perspectief op hoe de zorg en het dagelijks functioneren er in de praktijk uitzien, waar grenzen worden bereikt en wat eerder is geprobeerd. Deze informatie helpt professionals om observaties in de juiste context te plaatsen. Door zorgvrager en naasten actief te betrekken bij de afweging, kan deze beter worden afgestemd op de persoonlijke situatie, kunnen aannames worden getoetst en ontstaat er meer begrip en draagvlak voor de uiteindelijke uitkomst.

#### 3.1.2 *Samenwerking en overleg tussen verschillende professionals*

Het afwegingskader moet aantoonbaar worden ingevuld op basis van multidisciplinaire inbreng, bijvoorbeeld via multidisciplinair overleg of gerichte consultatie, waarbij professionals vanuit verschillende disciplines hun eigen observaties en afwegingen inbrengen. Met aantoonbaar wordt bedoeld dat duidelijk moet worden gemaakt op welke documenten, gesprekken en consultatie (wie zijn er gesproken) de scoring en weging gebaseerd is. Deze aantoonbare samenwerking is nodig omdat ieder van de betrokken professionals vanuit zijn eigen perspectief bijdraagt aan een volledig en zorgvuldig beeld. Binnen de afweging dienen bijvoorbeeld medische problematiek, dagelijks functioneren, gedrag, veiligheid en de sociale context te worden meegewogen. Door perspectieven te bundelen, ontstaat een samenhangend en zo compleet mogelijk beeld van de beperkingen, mogelijkheden en beschikbare alternatieven. Dit helpt om het professionele oordeel zorgvuldig te onderbouwen en te voorkomen dat de afweging te sterk wordt gekleurd door één discipline of invalshoek. Het is mogelijk dat voor het invullen van het afwegingskaders professionals moeten worden betrokken die niet eerder betrokken waren, bijvoorbeeld een

---

gedragsdeskundige of een specialist ouderengeneeskunde om een bepaald ziektebeeld en de benodigde zorg daarbij te kunnen beoordelen.

### 3.1.3 *Formeel besluit beleggen bij onafhankelijke partij*

De intentie is dat het afwegingskader gebruikt gaat worden om het wettelijke recht op zorg met verblijf vaste te stellen. In dat geval is de uitkomst van het afwegingskader een besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht, waartegen bezwaar en beroep kan worden ingediend.

Het beleggen van een dergelijk besluit bij zorgprofessionals verhoudt zich niet goed met de zorgverlenende rol die zorgprofessionals primair hebben. Dit kan leiden tot druk op de zorgrelatie, vermenging van professionele oordeelsvorming met formele besluitvorming en mogelijk juridische kwetsbaarheid. Het is daarom passender dat zorgprofessionals het afwegingskader gebruiken ter inhoudelijke onderbouwing, terwijl het formele besluit wordt genomen door een andere, daartoe bevoegde partij. Deze partij dient het besluit over de aanspraak op verblijf zorgvuldig te nemen. Hiervoor zal een werkwijze ontwikkeld moeten worden die bij voorkeur geen extra eisen of stappen toevoegt aan het gebruik van het afwegingskader.

### 3.1.4 *Scholing van professionals*

Goede toepassing van het afwegingskader vraagt om voldoende kennis en vaardigheden bij de professionals die ermee werken. Zij moeten begrijpen hoe het kader is opgebouwd, hoe de verschillende domeinen en scores samenhangen en hoe de uitkomst kan worden vertaald naar een beargumenteerde en navolgbare conclusie. Dit vraagt om gerichte scholing. Scholing ondersteunt professionals niet alleen in het technisch gebruik van het afwegingskader, maar ook in het ontwikkelen van gedeelde taal en een consistente manier van afwegen. Daarnaast is het belangrijk dat professionals ruimte krijgen om met het kader te oefenen en ervaringen uit te wisselen, bijvoorbeeld aan de hand van casuïstiek.

Een mogelijke invulling is een verplichte e-learning voor professionals die te maken krijgen met het afwegingskader, aangevuld met gezamenlijke oefensessies in de praktijk. Ook voor de onafhankelijke partij die het formele besluit neemt is specifieke training noodzakelijk, zodat zij (de beoordeling van) het gebruik van het kader op een eenduidige en zorgvuldige manier kunnen inrichten.

## 3.2 **Randvoorwaarden voor succesvolle implementatie**

### 3.2.1 *Oefenen met het afwegingskader in de praktijk*

Voor een zorgvuldige implementatie is het noodzakelijk dat het afwegingskader eerst gedurende een periode in de praktijk wordt toegepast, zonder dat aan de uitkomsten direct verregaande, bijvoorbeeld juridische, consequenties worden verbonden. Deze fase biedt professionals ruimte om ervaring op te doen, het kader goed te leren kennen en te toetsen in hoeverre het aansluit bij hun dagelijkse praktijk. Tegelijkertijd maakt deze praktijktoets het mogelijk om structurele knelpunten of onduidelijkheden tijdig te signaleren en het afwegingskader waar nodig gericht te verduidelijken of aanscherpen. Zonder deze investering bestaat het risico dat het afwegingskader te technisch of te instrumenteel wordt toegepast, waardoor het beoogde doel, het ondersteunen van een zorgvuldige en beargumenteerde professionele afweging, onvoldoende wordt bereikt.

Daarnaast kan toetsing in de praktijk meer inzicht geven in de consequenties van het afwegingskader en biedt het de mogelijkheid om de effecten ervan te monitoren. Dit maakt het mogelijk om op termijn gericht en nauwkeuriger kwantitatieve schattingen te maken van de impact van het afwegingskader op het aantal verpleeghuisopnames.

---

### 3.2.2 *Beperking van administratieve lasten voor professionals*

Bij de ontwikkeling van het afwegingskader is er nadrukkelijk oog geweest voor het werk van professionals in de dagelijkse praktijk, en het beperkt houden van de administratieve lasten. Daarbij is gezocht naar een passende balans tussen recht doen aan de complexiteit van de afweging en aansluiting bij de manier waarop professionals deze afweging in de praktijk al maken. Daarom richt het afwegingskader zich op het ondersteunen en transparant maken van de afweging die gemaakt wordt, zonder extra verplichtingen zoals verplichte meetinstrumenten of aanvullende registraties. Bij de implementatie van het afwegingskader is het belangrijk om terughoudend te zijn in het toevoegen of inbedden van extra waarborgen in de vorm van afvinklijsten, meetinstrumenten en overige formulieren.

### 3.2.3 *Afbakening van situaties, rollen en verantwoordelijkheden van de betrokkenen*

Voor een zorgvuldige toepassing van het afwegingskader is vooraf duidelijke afbakening nodig van rollen en verantwoordelijkheden in het afwegingsproces, en de situaties waarin het afwegingskader wordt gebruikt. Het moet helder zijn wie het initiatief neemt, welke professionals worden betrokken, wie verantwoordelijk is voor de uiteindelijke weging en hoe en binnen welke termijn de uitkomst wordt vastgelegd en gecommuniceerd. Ook moet duidelijk zijn in welke situaties het kader wel en niet zou moeten worden toegepast, en hoe vaak de afname van het afwegingskader herhaalt moet of mag worden. Heldere afspraken over de toepassing van het afwegingskader in verschillende situaties dragen bij aan een consistente toepassing, vergroten de transparantie van het proces en voorkomen dat onduidelijkheid ontstaat over eigenaarschap of legitiemiteit van de uitkomst.

Het kader is primair ontwikkeld voor ouderen met een Wlz VV-indicatie die in een reguliere woning, of een geclusterde woonvorm, wonen en bij wie overwogen wordt of intramurale verpleeghuiszorg een meer passende oplossing is. Veel ouderen komen echter via een ziekenhuisopname in aanraking met intramurale verpleeghuiszorg. Transverpleegkundigen die we daarover hebben geïnterviewd geven aan dat zij ook nu al de informatie verzamelen die nodig is voor de afweging, en dat zij daarom geen belemmering zien om het afwegingskader te gebruiken. Bij het oefenen met het afwegingskader in de praktijk zou voor deze situatie expliciet aandacht moeten zijn, zodat over de toepassing van het afwegingskader in het ziekenhuis ook afspraken gemaakt kunnen worden.

Daarnaast is het belangrijk een afspraak te maken over de toepassing van het kader bij tijdelijke of instabiele situaties, zoals een delier of tijdelijke ontregeling door een infectie of andere ziekte. Intramurale verpleeghuiszorg kan dan voor iemand gedurende die situatie passend zijn, maar als de situatie verbetert niet meer. Anderzijds kan het afwegingskader uitwijzen dat intramurale verpleeghuiszorg nu (nog) niet passend is, terwijl zelfstandig thuis wonen ook niet meer haalbaar is door een ziektebeeld waarbij de prognose is dat de zorgzwaarte zal blijven toenemen. In zulke situaties kan een andere woon-zorgvorm, zoals een geclusterde woonvorm, tijdelijk uitkomst bieden. Als de situatie op een later moment verslechtert kan het afwegingskader opnieuw worden ingevuld en alsnog tot de conclusie leiden dat intramurale verpleeghuiszorg wel passend is. Dit roept vragen op over de wenselijkheid van meerdere verhuizingen in een kwetsbare levensfase. Het afwegingskader biedt hiervoor geen eenduidige oplossing, maar het biedt wel de ruimte om hierin een onderbouwde keuze te maken en vraagt de professional expliciet factoren zoals de prognose van de aandoening en de kenmerken van de omgeving, waaronder de draagkracht van het netwerk, mee te wegen. Verwacht de professional dat alleen intramurale verpleeghuiszorg een duurzame oplossing biedt en een alternatieve woon-zorgvorm slechts voor een korte periode passend is, dan biedt het kader ruimte om deze keuze zorgvuldig toe te lichten.

---

### 3.2.4 Beschikbaarheid en toegankelijkheid alternatieve woon-zorgvormen en ondersteuning

Het afwegingskader maakt expliciet dat intramurale verpleeghuiszorg niet in alle situaties de meest passende optie is, ook wanneer zelfstandig wonen niet langer haalbaar of wenselijk is. Dit veronderstelt dat er voldoende toegankelijke alternatieve woon- en zorgvormen beschikbaar zijn, zoals beschermd wonen, geclusterd wonen of andere woonvormen die beschutting, nabijheid en ondersteuning bieden. Wanneer dergelijke alternatieven ontbreken of onvoldoende beschikbaar zijn, ontstaat al snel de redenering dat 'niet meer thuis' automatisch betekent dat iemand is aangewezen op intramurale verpleeghuiszorg en verliest het kader een belangrijk deel van zijn betekenis.

Ook de beschikbaarheid van aanvullende ondersteuningsvormen, zoals respijtzorg en logeerszorg, is hierbij van belang. Goede en laagdrempelige inzet van deze voorzieningen kan de draagkracht van het netwerk vergroten en kan eraan bijdragen dat de huidige woon-zorgsituatie langer passend en houdbaar blijft.

Tot slot kunnen alternatieve woonvormen wel beschikbaar zijn, maar niet voor iedereen toegankelijk. Binnen woonvormen waar wonen en zorg gescheiden wordt, en de zorg op basis van een VPT of persoonsgebonden budget (pgb) geleverd wordt, worden huur- en servicekosten gevraagd. Hoewel deze kosten sterk kunnen variëren, is het beeld dat een groot deel van de woonvormen door commerciële dienstverleners wordt verhuurd en dat de kosten niet voor iedereen zijn op te brengen. Daarnaast kan de eigen bijdrage voor mensen met een laag inkomen bij een langdurige intramurale verpleeghuiszorg uitkomen op 0 euro, terwijl de eigen bijdrage bij VPT altijd minimaal 212 euro is, en daarbij ook huur moet worden betaald. Verschillende respondenten geven aan dat deze financiële ongelijkheid onwenselijk is wanneer mensen die wel moeten verhuizen vanwege hun zorgbehoefte mogelijk in de toekomst geen recht meer hebben op intramurale verpleeghuiszorg.

### 3.2.5 Beschikbaarheid van thuiszorg met de juiste expertise

De beschikbaarheid van voldoende medewerkers in de eerste lijn met de juiste kennis en expertise is een belangrijke voorwaarde voor een zinvol gebruik van het afwegingskader. Verschillende respondenten wijzen erop dat (ook) in de wijkverpleging verzorgenden en verpleegkundigen schaars zijn. Hierdoor ontstaan er situaties waarbij de zorgvraag mogelijk nog thuis had kunnen worden opgevangen, maar door personele tekorten de situatie toch onhoudbaar wordt.

Tegelijkertijd geven respondenten aan dat soms de beschikbaarheid van het aantal zorgverleners geen reden is voor opname in het verpleeghuis, maar dat de zorgverleners die er zijn niet altijd voldoende kennis en expertise hebben over een specifiek ziektebeeld. Dit gaat dan bijvoorbeeld over probleemgedrag bij dementie of mensen met een gerontopsychiatrisch beeld. Voor deze doelgroepen is de zorgvraag soms lastig te duiden en worden mensen al snel gezien als 'moeilijk' of 'onhoudbaar' in de thuissituatie. Intramurale verpleeghuiszorg kan dan relatief snel als passende oplossing in beeld komen, terwijl experts aangeven dat de kern van het probleem eerder ligt in het beter betrekken van beschikbare expertise en kennis in de eerste lijn, of in alternatieve woonzorgvormen. Deze opties moeten dan echter wel beschikbaar en vindbaar zijn voor de betrokken zorgverleners.

## 3.3 Randvoorwaarden voor de implementatie bij specifieke doelgroepen<sup>6</sup> binnen de ouderenzorg

Het afwegingskader is primair ontwikkeld voor ouderen met een Wlz-indicatie met een VV-profiel. Daarbij wordt het grootste deel van de doelgroep van het afwegingskader gevormd door mensen met een

---

<sup>6</sup> Er zijn interviews gehouden met experts op het gebied van de ziekte van Huntington, Spierziekten, Jonge mensen met dementie, Niet aangeboren hersenletsel en multimorbiditeit.

---

(psycho)geriatische zorgvraag, zoals cognitieve problemen of lichamelijke achteruitgang. Dit betekent echter niet dat het afwegingskader per definitie niet kan worden toegepast bij andere doelgroepen.

### *3.3.1 Toepasbaarheid van het afwegingskader bij specifieke doelgroepen binnen de ouderenzorg*

Uit gesprekken met experts op het gebied van verschillende specifieke doelgroepen blijkt dat de face validity van het afwegingskader voor deze doelgroepen over het algemeen goed is. De thema's die binnen de verschillende domeinen worden uitgevraagd, zoals zorgzwaarte, functioneren in de huidige thuissituatie en de mogelijkheden en draagkracht van de omgeving, zijn voor de meeste experts herkenbaar en sluiten in de kern aan bij de vraagstukken die ook bij deze doelgroepen spelen en bij de dagelijkse praktijk van zorgverleners.

### *3.3.2 De rol van de omgeving bij jongere doelgroepen*

In de gesprekken komt nadrukkelijk naar voren dat bij mensen die op jongere leeftijd een intensieve en langdurige zorgvraag ontwikkelen (bijvoorbeeld jonge mensen met dementie, mensen met de ziekte van Huntington, mensen met een spierziekte of NAH), de omgeving een meer prominente en soms doorslaggevende rol speelt in de afweging. Waar bij ouderen vaak wordt gekeken naar één mantelzorger of een beperkt sociaal netwerk, gaat het bij jongere doelgroepen veelal om een complexer systeem, zoals een gezin met een werkende partner en (jonge) kinderen. De belasting van en interactie met dit bredere systeem - en in het bijzonder de impact op kinderen - wordt door meerdere experts benoemd als een cruciale factor in de afweging of verpleeghuisopname passend is. Respondenten geven aan dat Domein 2 aanknopingspunten biedt om de rol van de omgeving te betrekken, maar dat bij deze doelgroepen expliciet aandacht nodig is voor het volledige sociale systeem (bijvoorbeeld partner en kinderen), wat vraagt om een specifiekere uitvraag.

### *3.3.3 Nauwelijks invloed op besluitvorming bij specialistische doelgroepen*

Tegelijkertijd plaatsen de respondenten sterke kanttekeningen bij de vraag of toepassing van het afwegingskader in de praktijk daadwerkelijk leidt tot andere uitkomsten in de besluitvorming rondom intramurale verpleeghuiszorg voor deze specifieke doelgroepen en daarmee ook óf het wel gebruikt zou moeten worden bij deze doelgroepen. Bij aandoeningen zoals de ziekte van Huntington, spierziekten en dementie op jonge leeftijd is doorgaans al langdurig een specialistisch en multidisciplinair team betrokken, vaak vanaf een relatief vroeg moment in het ziekteproces. Deze teams, bestaande uit bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen, neurologen, revalidatieartsen en specialisten ouderengeneeskunde, volgen de persoon met de zorgvraag over een langere periode. Samen met de naasten en de persoon zelf wegen zij af of de zorg thuis nog passend en verantwoord is en wanneer een overgang naar intramurale verpleeghuiszorg noodzakelijk wordt. Daarbij is de afweging 'niet meer thuis' vaak gelijk aan de noodzaak voor intramurale verpleeghuiszorg voor deze doelgroepen, omdat gespecialiseerde multidisciplinaire zorg reeds in de thuissituatie al geleverd werd. Voor mensen met mogelijk NAH+ is een afwegingsinstrument ontwikkeld specifiek voor deze doelgroep, wat wordt gebruikt om in kaart te brengen of een persoon met complex NAH toegang zou moeten hebben tot gespecialiseerde NAH+ zorg.

### *3.3.4 Het afwegingskader als gespreks- of signaleringsinstrument*

Respondenten zien voor complexe doelgroepen vooral meerwaarde van het afwegingskader in de rol van een gespreks- en signaleringsinstrument. De meerwaarde zit volgens hen in het expliciteren en transparant maken van argumenten die vaak impliciet al worden meegewogen. Respondenten geven ook aan dat het afwegingskader voor complexe doelgroepen alleen goed kan worden toegepast door een team van zorgprofessionals met **specialistische kennis** van de betreffende aandoening en betrokkenheid bij de

---

zorgvrager. Het afwegingskader kan volgens de experts op het gebied van speciale doelgroepen ook fungeren als signaleringsinstrument. Met name de vragen in het afwegingskader waarmee stemming en gedrag worden geïnventariseerd kunnen leiden tot vroegsignalering van zorgvragen waarbij overwegend psychische, gedragsmatige of psychosociale problematiek speelt en waar niet primair dementie of somatiek op de voorgrond staat.

Dit kan leiden tot tijdig doorverwijzen of betrekken van specialistische zorg waar de problematiek verder in kaart kan worden gebracht en waar kan worden gekeken wat de best passende woon-zorgvorm is. De zorgvraag is in de praktijk soms minder eenduidig herkenbaar voor professionals die geen specifieke kennis of ervaring hebben op dit gebied.

---

## 4 Beschouwing

De ontwikkeling van het afwegingskader heeft waardevolle inzichten opgeleverd, maar de consultaties en de ontvangen commentaren maken tegelijkertijd duidelijk dat in de ouderenzorg bredere vraagstukken spelen die niet door één instrument kunnen worden opgelost. In deze beschouwing gaan we in op de belangrijkste thema's die uit de het ontwikkelproces naar voren kwamen en geven we duiding aan de rol en reikwijdte van het afwegingskader binnen die bredere context.

*Het afwegingskader maakt de afweging die in de huidige praktijk wordt gemaakt inzichtelijk en navolgbaar*

Een deel van de feedback ging erover dat het afwegingskader sterk overeenkomt met de manier waarop de afweging in de huidige praktijk vaak al wordt gemaakt. Dat is een bewuste en logische uitkomst: het kader is gebaseerd op input uit de praktijk, waaronder de bestaande werkwijzen en terugkerende dilemma's. De meerwaarde van het afwegingskader ligt dan ook niet in het introduceren van een volledig nieuw proces, maar door de bestaande afweging te expliciteren, structureren en standaardiseren, ontstaat een transparanter en beter navolgbaar proces. Dit ondersteunt professionals bij het uitleggen en verantwoorden van keuzes richting zorgvragers en naasten, samenwerkingspartners, organisaties en toetsende instanties, en draagt bij aan meer consistentie tussen casussen.

*Samenhang tussen indicatiestelling en het afwegingskader*

Er werd ook opgemerkt dat er overeenkomsten bestaan tussen het eerste domein van het afwegingskader en de Wlz-indicatiestelling door het CIZ. Die overlap tussen is vanzelfsprekend: beide gaan namelijk uit van dezelfde zorgsituatie, maar dienen een ander doel en worden op verschillende momenten toegepast. De indicatiestelling door het CIZ is een formeel toetsingsmoment gericht op het vaststellen van het recht op Wlz-zorg. Het afwegingskader is een instrument voor professionals om, wanneer in de praktijk intramurale verpleeghuiszorg overwogen wordt, te beoordelen of dat passend is. Het kader kan naast of los van de Wlz-indicatiestelling worden ingezet, bijvoorbeeld bij herbeoordelingen of veranderingen in de zorgsituatie, en ondersteunt professionals bij het systematisch wegen van zorgbehoefte en omgevingsfactoren. Het kader is daarmee geen herhaling of vervanging van de indicatiestelling door het CIZ, maar biedt houvast om de afweging of intramurale verpleeghuiszorg passend is zorgvuldig, transparant en navolgbaar te onderbouwen en te bespreken met de betrokkenen.

*Het afwegingskader draagt bij aan beter inzicht in de aard en omvang van die schaarste aan verpleeghuisplekken en zorgprofessionals*

Door afwegingen over de passendheid van intramurale verpleeghuiszorg expliciet, systematisch en toetsbaar te maken, wordt zichtbaar voor welke groepen zorgvragers en in welke situaties intramurale verpleeghuiszorg daadwerkelijk passend is, en waar alternatieven zoals Volledig - of Modulair - Pakket Thuis (VPT, MPT) of geclusterde woonvormen beter aansluiten. Het kader helpt daarmee onderscheid te maken tussen de vaststelling dat iemand niet langer meer thuis kan wonen, en de passendheid van intramurale verpleeghuiszorg. Dat dit twee verschillende afwegingen zijn, bleek tijdens het ontwikkelproces van het afwegingskader nog niet voor iedereen helder. Uit gesprekken bleek meermaals dat het onderscheid nu in de dagelijkse praktijk niet gemaakt wordt, en dat voor de meeste professionals en (naasten van) zorgvragers "niet meer thuis" gelijk staat aan "naar het verpleeghuis". Door deze afwegingen nu wel expliciet te maken en op consistente wijze vast te leggen, ontstaat inzicht in patronen in zorgbehoefte en in de mate waarin alternatieven voor verpleeghuiszorg passend zijn.

---

Dit biedt regio's, gemeentes, zorgaanbieders en zorginkopers handvatten om op regionaal en populatieniveau beter zicht te krijgen op de verwachte vraag naar verschillende vormen van wonen en zorg. Het afwegingskader ondersteunt daarmee niet alleen de individuele besluitvorming, maar ook het bredere gesprek en beleid over capaciteitsontwikkeling en inkoop. Het biedt daarmee dus geen oplossing voor het schaarstevraagstuk, maar wel inzichten in waar de vraag precies ligt.

*Het afwegingskader maakt regionale verschillen in beschikbaarheid en expertise van woon- en zorgvormen beter inzichtelijk*

Het afwegingskader is gemaakt zodat het kan worden toegepast in het huidige zorglandschap en lost regionale verschillen niet op. Het maakt ze wel beter zichtbaar, omdat het professionals vraagt om expliciet te benoemen welke randvoorwaarden in een regio aanwezig zijn (of ontbreken) en hoe dat de uitkomst van de afweging beïnvloedt. Denk aan verschillen in beschikbare woon- en zorgvormen, wachttijden, inzetbare specialistische expertise, en de mate waarin samenwerking en infrastructuur het mogelijk maken om complexe zorg buiten het verpleeghuis te organiseren. Door expliciet ruimte te bieden voor contextuele argumentatie, wordt beter inzichtelijk waarom vergelijkbare zorgvragen in verschillende regio's tot een andere conclusie kunnen leiden. Dit maakt het gesprek over regionale knelpunten concreter en ondersteunt partijen bij het gericht verbeteren van aanbod, expertise en samenwerking.

*Niet alles wat thuis kan, moet ook thuis*

In de discussies over het afwegingskader stond de vraag wanneer intramurale verpleeghuiszorg noodzakelijk is centraal. Daarbij werd vaak benadrukt dat in theorie vrijwel alle vormen van zorg in de thuissituatie georganiseerd kunnen worden, mits voldoende financiële middelen, menskracht én expertise beschikbaar zijn. Tegelijkertijd bestaat er brede erkenning dat hieraan grenzen zitten, waarbij waar die grens precies ligt per situatie kan verschillen. Het afwegingskader formuleert daarom geen absolute bovengrens voor wat thuis georganiseerd kan of mag worden. Wel ondersteunt het kader professionals bij het in kaart brengen van wanneer het organiseren van zorg thuis of in een andere woon-zorgvorm niet langer realistisch te is, en wanneer intramurale verpleeghuiszorg passender is. Door het gebruik van een begrip als 'realistisch', en door het richtinggevende kleurenschema, doet het afwegingskader een beroep op het professionele oordeel om een afweging te maken tussen wensen en behoeften van de zorgvrager en diens naasten, de mogelijkheden én de wenselijkheid vanuit maatschappelijk perspectief om de zorg thuis te organiseren.

Vanuit de groepsbijeenkomsten kwam de feedback dat het afwegingskader in sommige gevallen kan leiden tot een eerder moment van verpleeghuisopname dan in de huidige praktijk, omdat het afwegingskader ook kan fungeren als gesprekstoel, waarin signalen, zorgen en onderbuikgevoelens tijdig expliciet worden gemaakt en worden besproken. Omdat het uiteindelijke doel van het afwegingskader is om intramurale verpleeghuiszorg in te zetten op het moment dat dat de meest passende optie is voor de zorgvrager, wordt dit niet als problematisch gezien. Integendeel, hierdoor kan de afweging verschuiven van een laat en crisisgedreven besluit naar een meer weloverwogen en planbaar moment, wat kan bijdragen aan het voorkomen van belastende en moeilijk te organiseren crisisopnames.

*Het afwegingskader kan in de toekomst leiden tot een duidelijke afbakening van zorg met en zonder verblijf*

Het afwegingskader is ontwikkeld om te bepalen of een oudere met een Wlz VV-indicatie is aangewezen op intramurale verpleeghuiszorg. Daarbij is het uitgangspunt dat intramurale verpleeghuiszorg een andere vorm van zorg is dan zorg zonder verblijf en dat deze zorgvorm meerwaarde biedt ten opzichte van bijvoorbeeld een geclusterde woonvorm. Uit de gesprekken bleek dat dit onderscheid in de praktijk niet

---

altijd zo wordt ervaren. Dat komt onder meer doordat in sommige andere woon-zorgvormen ook meerdere behandelaren beschikbaar zijn. Daarnaast is er op dit moment niet in elk verpleeghuis sprake van volledig integrale en multidisciplinaire zorg, bijvoorbeeld omdat niet alle behandelaren beschikbaar zijn of omdat er onvoldoende wordt samengewerkt zou worden tussen verschillende disciplines.

De invoering van het afwegingskader kan bijdragen aan meer duidelijkheid in de afbakening tussen zorg met en zonder verblijf. Wanneer het recht op verblijf nadrukkelijk wordt gekoppeld aan het daadwerkelijk aangewezen zijn op integrale en multidisciplinaire zorg en behandeling, ontstaat een meer afgebakende doelgroep voor intramurale verpleeghuiszorg. Dit vraagt om structurele inzet van integrale en multidisciplinaire zorg binnen verpleeghuizen, terwijl woon-zorgvormen zonder verblijf zich duidelijker kunnen positioneren rond 24-uurs nabijheid, ondersteuning en veiligheid, zonder het volledige behandelpalet van het verpleeghuis.

#### *Het bredere debat: afwegingskader in relatie tot het HLO*

Stakeholders, in het bijzonder de partijen die het HLO hebben ondertekend, vinden het belangrijk dat intramurale verpleeghuiszorg beschikbaar blijft voor de meest kwetsbare ouderen. Daarom is in het HLO onder meer afgesproken dat er een afwegingskader komt waarmee voor de toekomst duidelijk wordt welke oudere aangewezen zijn op intramurale verpleeghuiszorg.

Tegelijk is het afwegingskader niet het enige proces dat in gang moet worden gezet om de ouderenzorg in Nederland toekomstbestendig te maken. Wanneer complexe systemen, zoals de langdurige zorg, in beweging komen, ontstaat vaak eerst onzekerheid, ongemak en onrust. In de gesprekken werd zichtbaar dat er verschillende belangen spelen en dat er nog veel onduidelijkheid bestaat over de nadere uitwerking en consequenties van de afspraken binnen het HLO, waaronder het afwegingskader. Omdat deze afspraken naar verwachting grote impact hebben op de achterban van de HLO-partijen, ontstond er tijdens de groepsbijeenkomsten regelmatig discussie over de mogelijke gevolgen en het bredere HLO-proces. Dit maakte dat het gesprek niet altijd gericht was op de ontwikkeling van de inhoud en de toepassing van het afwegingskader zelf, maar een breder karakter kreeg.

In de bijeenkomsten werden door verschillende partijen zorgen geuit over het risico op mogelijk oneigenlijk gebruik van het afwegingskader. Daarbij werd gewezen op de mogelijkheid dat specifieke terminologie of processtappen verschillend of strategisch zouden kunnen worden geïnterpreteerd door betrokken zorgprofessionals of partijen. Dit beeld contrasteert met de ervaringen van de diverse groep zorgprofessionals die wij hebben geïnterviewd. Zij gaven aan dat het afwegingskader sterk aansluit bij de bestaande praktijk van professioneel afwegen en handelen, en voorzagen geen problemen bij het gebruik of de interpretatie ervan. Wel deelden zij de opvatting dat de consequenties van toepassing in de praktijk nog spannend zijn, met name in relatie tot de verdere uitwerking in wet- en regelgeving en wat dit concreet betekent voor het dagelijks handelen. Daarbij benadrukten zij het belang van het voldoen aan (bovengenoemde) randvoorwaarden, zoals de beschikbaarheid van passende alternatieve woon-zorgvormen en voldoende zorg- en behandelcapaciteit in de thuissituatie.

---

# A. Ontwikkeling in fases

Om tot een afwegingskader te komen is een proces doorlopen dat in vier fases was opgedeeld.



## Fase 1. Verkennen indicatoren voor verpleeghuisopname

Om tot een afwegingskader te kunnen komen, hadden we informatie nodig over welke indicatoren er zijn met betrekking tot verpleeghuisopname. Meer specifiek was informatie nodig over:

- Welke (cliënt)kenmerken, zorg- en ondersteuningsbehoefte en kenmerken van de sociale omgeving van ouderen maken dat ouderen zijn aangewezen op verblijf in het verpleeghuis;
- Welke specifieke kenmerken de woonomgeving, zorg en behandeling in het verpleeghuis moeten hebben om integrale zorg te kunnen leveren passend bij de doelgroep;
- Hoe de cliëntkenmerken, de zorg- en ondersteuningsbehoefte, de sociale omgeving en de kenmerken van de intramurale woonomgeving zich tot elkaar verhouden en hoe deze op elkaar aansluiten bij het maken van de afweging.

## Aanpak Literatuuronderzoek

We doorzochten niet-wetenschappelijke literatuur met behulp van [PerplexityAI](#). Door de onderzoeksvragen in te voeren werden we verwezen naar diverse bronnen die ons meer informatie gaven over cliëntkenmerken, kenmerken van het sociale netwerk en de overige context die maakt dat zorgvragers zijn aangewezen op verpleeghuiszorg. Ook onderzochten we welke kenmerken een woonomgeving moet hebben om de zorgvraag van mensen te kunnen opvangen als zij zijn aangewezen op zorg met verblijf. We vonden twaalf relevante bronnen, die niet altijd antwoord gaven op de onderzoeksvraag maar wel nuttig zijn voor het vervolg van de opdracht. Te denken valt bijvoorbeeld aan de Handreiking Kwetsbare ouderen thuis (2025), diverse websites over de overgang van thuis naar een andere woonsetting en rapporten van de NZa, SCP en het Zorginstituut. Over een enkele publicatie hebben we ter verdieping contact opgenomen met de auteurs, om bijvoorbeeld een ontwikkelde tool te verkrijgen of nadere duiding van een onderzoeksbevinding.

## Gebruikte prompts PerplexityAI

- a. Welke cliëntkenmerken of persoonlijke kenmerken maken dat ouderen zijn aangewezen op verblijf in een verpleeghuis? Graag een antwoord dat is gebaseerd op recente bronvermeldingen, maximaal vijf jaar oud.
- b. Welke zorgbehoeften of ondersteuningsbehoefte maakt dat ouderen zijn aangewezen op verblijf in een verpleeghuis? Graag een antwoord dat is gebaseerd op recente bronvermeldingen, maximaal vijf jaar oud.
- c. Welke kenmerken van de sociale omgeving maken dat ouderen zijn aangewezen op verblijf in een verpleeghuis? Graag een antwoord dat is gebaseerd op recente bronvermeldingen, maximaal vijf jaar oud.

- 
- d. Welke specifieke kenmerken moet de woonomgeving in het verpleeghuis hebben om goede zorg te kunnen leveren passend bij de doelgroep?
  - e. Welke specifieke kenmerken moet de zorg en behandeling in het verpleeghuis hebben om integrale zorg te kunnen leveren passend bij de doelgroep?
  - f. Hoe hangen cliëntkenmerken, de zorg- en ondersteuningsbehoefte, de sociale omgeving en de kenmerken van de intramurale woonomgeving samen in het maken van de afweging of iemand naar een verpleeghuis moet of niet?
  - g. Welke technologische hulpmiddelen of sociale interventies kunnen verblijf in een verpleeghuis uitstellen?

De wetenschappelijke literatuur onderzochten we met behulp van PubMed. We hebben onderzoeken geïncludeerd die zijn uitgevoerd tussen 2000 en 2025 en die over het algemeen gericht waren op ouderen, ouderen met dementie of ouderen na een ziekenhuisopname. Dit leverde 183 hits op, waarvan er na screening 112 overbleven. Van deze 112 artikelen hebben we de abstracts en, wanneer deze onvoldoende informatie gaven, het volledige artikel doorgenomen om indicatoren te vinden die verband houden met verpleeghuisopname. We hebben deze indicatoren ingedeeld in drie categorieën: cliëntkenmerken, kenmerken van de sociale context en benodigde kenmerken van een zorgomgeving weergegeven. Het bleek niet altijd mogelijk om deze indeling eenduidig te hanteren; afhankelijk van de onderzoeksvraag en de context waarin het onderzoek is verricht kan een indicator bijvoorbeeld een kenmerk zijn van de individuele cliënt of juist van de sociale context. We hebben alleen onderzoeken betrokken die zijn uitgevoerd in Westerse landen. Indicatoren die specifiek zijn voor het land waarin het onderzoek is uitgevoerd (zoals kenmerken van zorgfinanciering) zijn niet meegenomen.

#### *Gebruikte query PubMed Search*

Search: (("nursing home"[Title] OR "nursing homes"[Title] OR "long-term care"[Title] OR "care home"[Title] OR "residential care"[Title] OR "Nursing Homes"[MeSH Terms]) AND ("admission"[Title] OR "hospital admission"[Title] OR "readmission"[Title] OR "institutionalization"[Title] OR "patient admission"[Title] OR "Patient Admission"[MeSH Terms])) AND (risk[Title] OR indicator\*[Title] OR predictor\*[Title] OR association\*[Title]) Filters: from 2000 - 2025 Sort by: Publication Date

#### **Aanpak interviews en groepsbijeenkomsten over het kantelpunt**

We hebben via de veldpartijen en ons eigen netwerk zorgprofessionals en (naasten van) mensen met een Wlz VV-indicatie die recent zijn opgenomen benaderd voor interviews. Dit resulteerde in dertien interviews met zorgprofessionals<sup>7</sup> en tien interviews met naasten/vertegenwoordigers van mensen met een Wlz VV-indicatie.

We gebruikten voor de interviews een topiclist gebaseerd op het literatuuronderzoek. Ieder interview startte met een introductie van het onderzoek, en de vraag wat volgens de respondent leidt tot het kantelpunt van thuis wonen naar een verhuizing naar een verpleeghuis in het algemeen of in diens persoonlijke situatie. Afhankelijk van de expertise en antwoorden van de respondent toetsten we vervolgens ook de indicatoren die uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen. Tot slot bespraken we in hoeverre en zo ja, op welke manier de persoonlijke kenmerken, sociale context en kenmerken van de

---

<sup>7</sup> Directeur kleine zorgaanbieder, locatiemanager (2), kwaliteitsmanager, casemanager, transferverpleegkundige (2), huisarts, verpleegkundige, verpleegkundig specialist, sociaal werker (2), welzijnscoach/ verzorgende.

zorgomgeving met elkaar samenhangen in de afweging of verpleeghuisopname gewenst en/of noodzakelijk is.

We organiseerden tot slot ook drie groepsbijeenkomsten met veldpartijen<sup>8</sup>. In de groepsbijeenkomsten zetten we eerst de opdracht en de aanpak uiteen. Vervolgens vroegen we de groep in twee rondes om via Mentimeter een vraag te beantwoorden over het kantelpunt en daarna om mee te denken over wat een goed afwegingskader wel en niet in zich moet hebben.

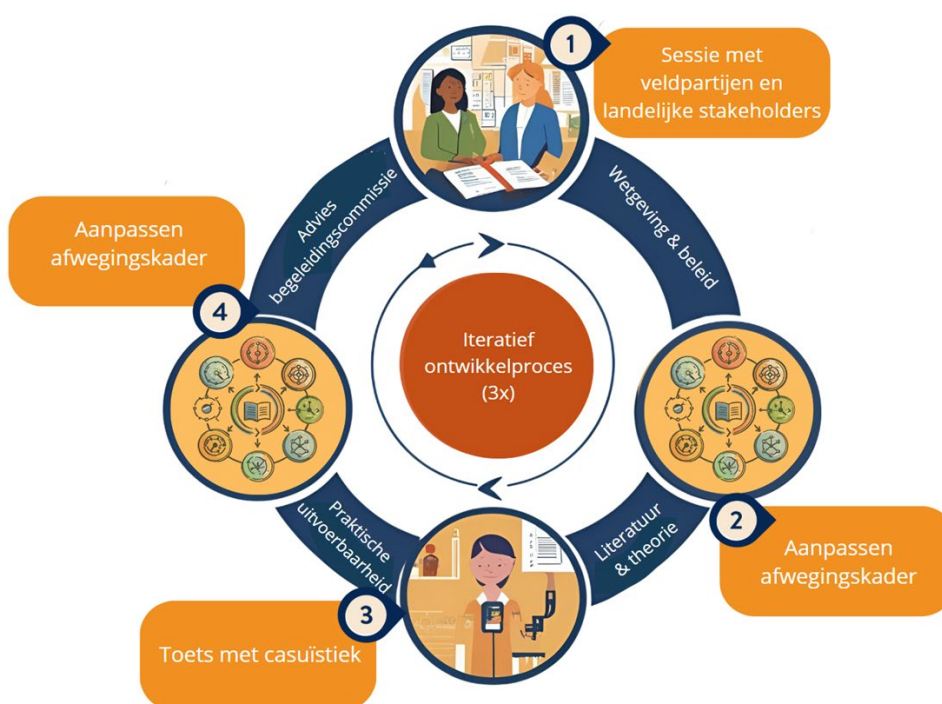
In de interviews met zorgprofessionals gaven sommige respondenten, met name vertegenwoordigers van zorgorganisaties die vpt-zorg in een geclusterde setting bieden, aan dat er eigenlijk twee kantelpunten zijn. In de groepsbijeenkomst hebben we ten behoeve van de discussie de vraag over het kantelpunt daarom opgesplitst in twee vragen. De eerste vraag luidde: “Wat veroorzaakt het kantelpunt waarop zorg beter niet meet huis geboden kan worden?” De tweede vraag luidde: “Wanneer moet zorg in een verpleeghuis plaatsvinden?”

De resultaten van fase 1 worden beschreven in bijlage B.

## Fase 2: ontwikkeling afwegingskader

### Aanpak fase 2

In fase 2 ontwikkelden we het daadwerkelijke afwegingskader. Dit deden we in drie opeenvolgende cycli, (zie figuur 1).



Figuur 1. Cycli in fase 2

<sup>8</sup>ActiZ, MantelzorgNL, ZorgthuisNL, V&VN, Radboudumc, CIZ, BVKZ, Maastricht University, ZN, Vilans, Tilburg University, Amsterdam UMC, Verenso, NZa.

---

Iedere cyclus bestond uit een groepsbijeenkomst met de HLO-partijen en andere belanghebbenden<sup>9</sup> en circa tien interviews met professionals in de ouderenzorg<sup>10</sup>. In iedere groepsbijeenkomst brachten we het afwegingskader conceptueel een stapje verder, in de interviews toetsten we de uitvoerbaarheid van het kader in de praktijk en scherpte het afwegingskader op basis van de resultaten verder aan. We vroegen in de interviews respondenten het kader toe te passen op een recente praktijksituatie, en ons mee te nemen in hun ervaringen (de zogenaamde *think-aloud-methode*).

In de **eerste groepsbijeenkomst** hebben we gezamenlijk verkend welke **methodiek** de voorkeur zou hebben, en wat voor- en nadelen waren van verschillende methodieken zoals een beslisboom, stappenplan, thermometer, et cetera. Vervolgens hebben we de input uit deze groepsbijeenkomst gebruikt om een eerste versie van het afwegingskader te maken door de gekozen methodiek te vullen met de indicatoren uit fase 1. Deze eerste versie hebben we in tien interviews voorgelegd aan professionals.

In de **tweede groepsbijeenkomst** hebben we het afwegingskader zoals we dat tot dan toe op basis van cyclus 1 hadden ontwikkeld en aangescherpt, voorgelegd aan de deelnemers. Hierover hebben we deelnemers de gelegenheid gegeven **inhoudelijk** te reageren en met aanvullingen en opmerkingen te komen. Nadat we de input uit de tweede groepsbijeenkomst hadden verwerkt, hebben we het herziene afwegingskader voorgelegd in weer tien interviews met professionals.

In de **derde groepsbijeenkomst** hebben we deelnemers gevraagd input te leveren op de wegging binnen het afwegingskader. Aan de hand van casussen die met het afwegingskader waren gescoord hebben we deelnemers gevraagd of de zorg in de betreffende casus beter in een verpleeghuis geleverd zou kunnen worden dan thuis. Deze groepsbijeenkomst is (grotendeels) ook besteed aan de zorgen en bedenkingen die de verschillende partijen hadden over het doel, het proces en de samenhang van dit onderdeel van het HLO met andere processen. In de laatste ronde interviews hebben we vooraf het concept-afwegingskader gedeeld met de respondenten. Vervolgens vulden zij in een digitaal scoringsformulier de scores van een recente casus in, en een vragenlijst over de gebruiksvriendelijkheid (*System Usability Scale*). In de interviews verdiepten we de antwoorden die de respondenten online hadden gegeven.

De resultaten van fase 2 worden beschreven in bijlage C.

### Aanpak fase 3

#### *Uitwerking in andere sectoren*

Het afwegingskader hebben we voorgelegd aan vijf experts op het gebied van specifieke doelgroepen<sup>11</sup> binnen en buiten de ouderenzorg, bijvoorbeeld op het gebied van spierziekten, chronische ziekten op alle leeftijden en de ziekte van Huntington. We benaderen hen via de deelnemerslijsten van de groepsbijeenkomsten en via ons eigen netwerk. We stuurden hen het afwegingskader van te voren op en interviewden hen. In de interviews bevroegen we de experts over welke implicaties het afwegingskader voor hun doelgroep zou hebben, wat dat betekent voor de randvoorwaarden voor implementatie en of er daardoor aanpassingen nodig zouden zijn.

---

<sup>9</sup> SPOT, BVKZ, Vilans, ZN, PFN, Nza, Actiz, CIZ, V&VN, Verenso, Alzheimer Nederland, ZorgthuisNL, LHV & SANO.

<sup>10</sup> Cliëntadviseurs zorgkantoor, Casemanager (2), Wijkverpleegkundige (2), indicatiesteller CIZ (2), Verpleegkundig specialist ouderenzorg (verbonden aan huisartsenpraktijk), Clientondersteuner, Specialist Ouderengeneeskunde. De personen konden verschillen per ronde, maar hadden dezelfde functies.

<sup>11</sup> Er zijn interviews gehouden met experts op het gebied van de ziekte van Huntington, Spierziekten, Jonge mensen met dementie, Niet aangeboren hersenletsel en multimorbiditeit.

---

### *Interviews met professionals*

In fase 2 ontwikkelden we een conceptversie van het afwegingskader. We hebben vervolgens het afwegingskader beschikbaar gesteld aan tien respondenten die in hun dagelijks werk betrokken zijn bij de afweging rondom verpleeghuisopname. Naast algemene feedback op het afwegingskader vroegen wij hen specifiek of het gebruik van het afwegingskader hen tot een ander besluit over verpleeghuisopname zal doen maken. We vroegen door over voor welke specifieke doelgroepen of type zorgvrager de afweging in de toekomst mogelijk anders uitvalt, en of zij een inschatting konden maken over de grootte van de groep voor wie het afwegingskader een verschil zal gaan maken. Op basis van de interviews maakten we een handleiding bij het afwegingskader, en we gebruikten de opgehaalde informatie als input voor een mogelijke latere berekening van de impact van het afwegingskader.

De resultaten van fase 3 worden beschreven in bijlage D.

### **Aanpak fase 4**

De laatste fase bestond uit het definitief maken van het afwegingskader, het uitschrijven van de bevindingen in deze rapportage en het voorbereiden en houden van een eindbijeenkomst voor de HLO-partijen. In fase 4 hebben we daarnaast nog met diverse partijen en het Zorginstituut gesproken over de uitvoeringsconsequenties en implementatievoorwaarden. De conceptrapportage is gedeeld met de begeleidingscommissie van het Zorginstituut en na een ronde feedback definitief gemaakt.

---

## B. Resultaten fase 1

### Resultaten Literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek kwamen de volgende indicatoren naar voren, we geven hierbij kort de inhoud en richting van de gevonden associatie weer:

- a. **Leeftijd:** over het algemeen zien we dat hoe ouder de cliënt, hoe hoger de kans op verpleeghuisopname.
- b. **Geslacht:** niet eenduidig, maar over het algemeen komt naar voren dat vrouwen een hoger risico op verpleeghuisopname hebben. Vrouwen leven gemiddeld langer en blijven daarom vaker alleen achter.
- c. **Multimorbiditeit:** het hebben van meerdere aandoeningen vergroot de complexiteit van de benodigde zorg en ondersteuning en vergroot daarmee de kans op verpleeghuisopname.
- d. **Intensieve/complex zorgbehoefte:** wanneer iemand vaker en meer complexe zorg nodig heeft, zorgt dit eerder voor verpleeghuisopname. Bijvoorbeeld omdat zorg thuis niet kan voorzien in de complexiteit van de zorgbehoefte, of omdat de mantelzorger en/of het netwerk eerder overbelast raken.
- e. **Depressie:** de aanwezigheid van een depressie of depressieve symptomen verhoogt de kans op verpleeghuisopname. Deels hangt dit samen met de aanwezigheid van dementie of andere vormen van cognitieve achteruitgang.
- f. **Probleemgedrag:** ernstig probleemgedrag verhoogt de kans op verpleeghuisopname. Dit gedrag kan leiden tot gevaarlijke situaties voor de cliënt of diens omgeving, en vraagt vaak om multidisciplinaire en continue zorg of toezicht, wat thuis moeilijk te organiseren is.
- g. **Slaapproblemen:** slaapproblemen zoals nachtelijk dwalen of ernstige slapeloosheid maken het voor mantelzorgers lastig om voldoende zorg en toezicht te bieden. Dit vergroot de kans dan opname in een verpleeghuis noodzakelijk wordt.
- h. **ADL afhankelijkheid:** hoe groter de afhankelijkheid van de cliënt in de uitvoering van ADL-handelingen zoals wassen, aankleden, eten en toiletgang, hoe hoger de kans op verpleeghuisopname. Vooral wanneer transfers en persoonlijke verzorging niet meer zelfstandig kunnen worden uitgevoerd neemt de zorgzwaarte toe.
- i. **Cognitieve problemen/Dementie:** cognitieve achteruitgang is een sterke voorspeller voor verpleeghuisopname. Naarmate cognitieve problemen toenemen, wordt het lastiger om zelfstandig te wonen en neemt de behoefte aan toezicht en begeleiding toe.
- j. **Acute medische situatie:** een acute medische gebeurtenis, zoals een heupfractuur, CVA, hartfalen of longontsteking, kan het functioneren plotseling verslechteren en leiden tot een verhoogde kans op verpleeghuisopname, zeker als herstel thuis niet haalbaar is. Meestal, maar niet altijd, wordt iemand eerst in een ziekenhuis opgenomen waarna terug naar huis geen optie blijkt.
- k. **(Val)gevaar:** een verhoogd risico op vallen, of een recente valpartij met letsel, vergroot de kans op opname. Dit hangt samen met afnemende mobiliteit, spierkracht en balans, en de noodzaak voor een veilige woonomgeving.
- l. **Kwetsbaarheid (frailty):** kwetsbaarheid, gemeten met bijvoorbeeld de Fried-index of Tilburg Frailty Indicator, is een sterke voorspeller voor verpleeghuisopname. Complexe kwetsbaarheid betekent dat meerdere domeinen (fysiek, cognitief, sociaal) zijn aangedaan.
- m. **Samenleven met een partner:** het samenwonen met een partner verlaagt doorgaans het risico op opname, omdat een partner vaak zorg en ondersteuning biedt. Alleenwonenden hebben een verhoogde kans op verpleeghuisopname.

- 
- n. **Het hebben van een mantelzorger:** de aanwezigheid van een mantelzorger kan opname uitstellen, maar is niet altijd voldoende om opname te voorkomen. De kwaliteit van de relatie, de draagkracht en draaglast en de beschikbaarheid van mantelzorg zijn daarbij bepalend;
  - o. **Mantelzorgbelasting:** een hoge belasting bij de mantelzorger, bijvoorbeeld door uitputting of gezondheidsproblemen, versnelt vaak het moment van opname;
  - p. **Eenzaamheid:** eenzaamheid bij ouderen hangt samen met een verhoogde kans op opname, mede doordat een beperkt sociaal netwerk minder ondersteuning biedt en psychosociale problemen kunnen verergeren;
  - q. **Het hebben van een eigen huis:** huiseigenaren hebben doorgaans een lager risico op opname dan huurders of mensen in een zorgcomplex. Dit hangt samen met financiële draagkracht en de mogelijkheid om aanpassingen in huis te doen;
  - r. **Sociaal-economische status:** een lagere sociaal-economische status (SES) vergroot de kans op verpleeghuisopname. Dit kan samenhangen met minder toegang tot hulpbronnen, slechtere gezondheid en een kleiner netwerk;
  - s. **Opleidingsniveau:** een lager opleidingsniveau is geassocieerd met een hogere kans op opname, mogelijk door minder gezondheidsvaardigheden en een kleiner sociaal netwerk;
  - t. **Casemanagement:** casemanagement, waarbij een professional de zorg coördineert, verlaagt het risico op opname. Goede afstemming van zorg en ondersteuning kan langer zelfstandig wonen mogelijk maken;
  - u. **Informeel en formeel zorgnetwerk:** een breed en goed functionerend netwerk van informele (mantelzorgers, familie, buurtbewoners) en formele zorgverleners (thuiszorg, wijkverpleging) verlaagt de kans op opname. Fragmentatie of uitval van het netwerk vergroot het risico;
  - v. **Multidisciplinair team:** de inzet van een multidisciplinair team, bijvoorbeeld bij complexe zorgvragen, kan opname uitstellen. Goede samenwerking tussen disciplines draagt bij aan passende zorg thuis;
  - w. **Gespecialiseerde dementiezorg:** toegang tot gespecialiseerde dementiezorg, zoals dagbesteding, casemanagement en begeleiding, kan opname uitstellen. Ontbreken van deze zorg versnelt vaak het moment van opname.

## Resultaten interviews en groepsbijeenkomsten over het kantelpunt

### *Mantelzorgbelasting*

Veel respondenten geven aan dat het moment waarop ervaren wordt dat zorg thuis niet meer lukt, sterk samenhangt met hoe lang de mantelzorger het zorgen voor een naaste volhoudt. Men geeft aan dat mantelzorgers geregeld over hun eigen grenzen heen gaan, en dat de omgeving dikwijls moet signaleren dat het echt niet langer gaat. Verschillende respondenten geven aan dat een afwegingskader zou moeten ondersteunen dat mantelzorgers de juiste begeleiding en ondersteuning krijgen, als het moet leiden tot minder verpleeghuisopnames.

Naast de primaire mantelzorger, wordt ook verwezen naar het sociale netwerk van een zorgvrager. Respondenten beschrijven dat dit steunsysteem soms ineens instort, omdat een belangrijke speler uitvalt of omdat de toestand van de zorgvrager verslechtert. Een verminderde inzet van een sociaal netwerk, of het niet hebben van een sociaal netwerk, maakt dat men minder lang af kan met thuiszorg.

### *Suboptimale zorg thuis*

In verschillende groepsbijeenkomsten en interviews geven mensen aan dat er situaties zijn waarbij het thuis blijven wonen het vaak toch al degeneratieve ziektebeeld van een zorgvrager (onnodig) snel verslechterd. Bijvoorbeeld wanneer iemand niet meer goed eet of drinkt, de regie verliest, ernstig

---

psychisch lijdt, van incident naar incident leeft of wanneer de multidisciplinaire zorg in de thuissituatie onvoldoende goed kan worden vormgegeven ten opzichte van een verpleeghuis. Respondenten geven aan dat de zorg dan wellicht in theorie nog wel thuis of in een geclusterde woonvorm kan worden vormgegeven, maar dat dat altijd tot een minder optimale zorgsituatie zal leiden dan wanneer iemand wordt opgenomen in een verpleeghuis.

### *Gedragsproblematiek en multiproblematiek*

Respondenten geven aan dat ernstige, verstorende gedragsproblematiek een verpleeghuisopname noodzakelijk maakt. Dat kan zijn omdat iemand een gevaar voor zichzelf vormt, of doordat diegene zodanig overlast voor de mantelzorger of omgeving veroorzaakt dat daaruit mogelijke gevaarlijke situaties ontstaan. Ook wanneer er op meerdere domeinen problemen spelen die multidisciplinaire samenwerking van zorgprofessionals vereisen vindt men dit een reden om aan verpleeghuisopname te denken.

### *Planbaarheid*

In zowel de groepsbijeenkomsten als de individuele interviews komt meermaals naar voren dat de planbaarheid van de zorg een kantelpunt vormt. Wanneer iemand regelmatig, en met name 's avonds en 's nachts, ongeplande zorg nodig heeft, is dit voor een thuiszorgteam niet meer bol te werken. Dit gaat bijvoorbeeld om mensen die hulp nodig hebben bij de toiletgang, of die 's nachts gaan dwalen door het huis (en de mantelzorger wakker maken) of door de wijk. Deze factor wordt nog versterkt als iemand niet meer in staat is om adequaat te alarmeren.

### *Niet alles wat thuis kan, moet je thuis organiseren*

Diverse partijen erkennen de noodzaak om goed na te denken over de inzet van de schaarse mensen en middelen in de zorg. In zowel groepsbijeenkomsten als interviews geven verschillende respondenten aan dat wanneer het organiseren van zorg buiten het verpleeghuis (veel) duurder wordt dan binnen het verpleeghuis, dit een belangrijke reden is voor verpleeghuisopname. Ook vindt men dat het beschikbare personeel zo effectief mogelijk moet worden ingezet. Daarbij geven verschillende respondenten aan dat zij vinden dat een zorgverlener beter (theoretisch) acht mensen een uur zorg kan geven, dan één iemand acht uur. Tot slot ziet men ook dat versnipperde zorg (over de wijk) bij een hoge zorgvraag duurder is dan geconcentreerde zorg (in een verpleeghuis of geclusterde woonvorm). Zij geven aan dat dit ook meegewogen moet worden in de afweging rondom verhuizing naar een verpleeghuis, en dat zorgprofessionals dienen mee te wegen welke zorg nog op realistische wijze thuis georganiseerd kan worden.

### *Niet meer thuis of naar een verpleeghuis?*

Vanuit de interviews en de groepsbijeenkomst komen diverse redenen voor verhuizing van Wlz zorgvragers naar voren. Respondentenvinden het daarbij lastig onderscheid te maken tussen wat niet meer thuis kan, en wat echt in een verpleeghuis moet. Wij stellen als onderzoekers vast dat factoren in de **context en de sociale omgeving** van een zorgvrager leiden tot het inzicht dat iemand beter niet meer thuis kan wonen, en dat **cliëntkenmerken** zoals gedragsproblematiek, zorgzwaarte en multiproblematiek eerder samenhangen met een daadwerkelijke behoefte aan verpleeghuisopname.

### **Groepsbijeenkomsten: hoe moet het afwegingskader eruit zien?**

In de groepsbijeenkomsten hebben we de deelnemers ook gevraagd wat volgens hen het afwegingskader juist wél en juist niet zou moeten bevatten, en welke belangrijke randvoorwaarden zij zien voor een goede

---

toepassing. De deelnemers konden dit op flip-overs beschrijven, en vervolgens bespraken we gezamenlijk deze input.

Hieruit kwam naar voren dat de meeste partijen ervoor willen waken dat het afwegingskader een afvinklijstje of een strak te volgen stramien wordt. Men benadrukt het belang van individuele afwegingen en nuancering. Ook mag het kader niet leiden tot extra administratieve last, en mag het de beoordeling van een professional niet (zomaar) overrulen. Partijen gaven ook aan dat het niet tot een verplichting tot mantelzorg mag leiden, of tot het verleggen van de (financiële) last naar de Zvw of de Wmo.

Verschillende partijen benadrukken dat het afwegingskader moet aansluiten op de praktijk, en herkenbaar en bruikbaar moet zijn voor professionals. Het moet de praktijk ondersteunen, en meer zijn dan een ja/nee-uitkomst over opname in een verpleeghuis. Ook moet het kader transparant zijn, en geschikt voor een onafhankelijke, onderbouwde beoordeling. Dit kan bijvoorbeeld door concreet meetbare indicatoren op te nemen. Het afwegingskader moet toepasbaar zijn voor een brede doelgroep en geschikt zijn voor gebruik bij herbeoordelingen.

---

## C. Resultaten fase 2

In de *eerste groepsbijeenkomst* gaven deelnemers ons mee dat er een duidelijke balans moest zijn tussen maatwerk en de mogelijkheid om nuance te kunnen aanbrengen enerzijds, en de administratieve lasten anderzijds. Geen van de deelnemers geloofde dat een beslisboom of een andere methode waar bij iedere casus een ja/nee uit zou rollen, een realistische werkvorm zou zijn. Tegelijk bespraken we de nadelen van een model dat vooral op procesniveau de afweging zou begeleiden en dus veel vrijheid zou laten, omdat daarbij veel administratieve last zou worden ervaren en zou kunnen leiden tot meer uitkomstvariatie. Verschillende deelnemers gaven aan dat gebruiksgemak, en 'zo simpel' mogelijk, belangrijk waren. Er werd geopperd dat het werken in een aantal domeinen daarbij helpend zou kunnen zijn.

Op basis van de input uit de bijeenkomst en het literatuuronderzoek ontwikkelden we een eerste concept van een afwegingskader, waarbij we uitgingen van een 'weegschaalmodel' waarbij twee domeinen 'kenmerken van de zorgvrager & zorgzwaarte' (domein 1) en 'de omgeving' (domein 2) tegen elkaar worden afgewogen. De domeinen werden gevuld met de indicatoren uit fase 1, zodat het eerste domein vragen over de zorgvrager en zorgzwaarte bevatte, en het tweede domein vragen over de fysieke en sociale context.

In de interviews legden we vervolgens het kader aan de respondenten voor, en vroegen we hen ons mee te nemen in hoe zij het kader toepaste op een recente casus. De feedback die zij gaven noteerden we in een analysekader, dat we als onderzoekers gezamenlijk bespraken. Naar aanleiding van de feedback pasten we het afwegingskader aan, met name door formuleringen te verhelderen en uitleg over de vragen en een toelichting op de scoring toe te voegen. De respondenten gaven in de interviews aan de indicatoren uit het afwegingskader te herkennen als onderwerpen die inderdaad van belang zijn bij de afweging rondom verpleeghuisopname.

Vooraf aan de *tweede groepsbijeenkomst* stuurden we het concept afwegingskader op aan de deelnemers. Bij binnenkomst vroegen we hen via Mentimeter aan te geven wat hun eerste indruk was. Vervolgens en bespraken we via verschillende werkvormen de inhoud van het afwegingskader. Opvallend was dat men bij binnenkomst gematigd positief was over de inhoud van het kader (antwoorden zoals 'een mooi begin', 'een goed uitgangspunt'), maar dat het gesprek in de groep vervolgens herhaaldelijk ging over de toepassing van het kader, het nut van het gebruik van een afwegingskader en de plaats van deze opdracht in relatie tot de rest van het HLO. Hierdoor is er slechts beperkt gereageerd op de inhoud van het afwegingskader. De opmerkingen die over de inhoud gemaakt werden hebben we verwerkt in een nieuw concept afwegingskader, maar we merkten in de interviews dat de meeste van die aanpassingen geen verbetering waren ten opzichte van de eerdere versie. Respondenten gaven bijvoorbeeld aan dat de aanpassingen de complexiteit vergrootte of de leesbaarheid verminderde. Wel waardeerden de respondenten de aanpassingen die we gemaakt hadden naar aanleiding van hun eerdere feedback. De meeste respondenten oordeelden dat het afwegingskader past bij de afweging zoals die in de praktijk gebruikt wordt, en dat het met het lezen van de uitleg goed te gebruiken was. Respondenten gaven ook input op de vraag over de afweging, door aan te geven wat er bij hun casus zou moeten veranderen qua score zodat verpleeghuisopname noodzakelijk werd. Deze input over de afweging namen we mee bij het ontwikkelen van de weging en scoring van het afwegingskader.

---

In de *derde groepsbijeenkomst* wilden we met de deelnemers een stap maken richting de daadwerkelijke afweging binnen het kader. We hebben geprobeerd input op te halen over welke scores tot welke uitkomst (wel/geen toegang tot verpleeghuisopname) moesten leiden. Een overheersend deel van de deelnemers gaf echter aan die discussie niet te kunnen en willen voeren nu er nog zo veel onduidelijkheid is over wie het kader gaat toepassen en welke (juridische) consequenties het gaat hebben. We hebben ruimte geboden voor de zorgen en bedenkingen die er leefden. In het tweede deel zijn we toch aan de slag gegaan met de casuïstiek die we hadden voorbereid. De casuïstiek bevatte een variatie van 'lichte' problematiek, complexere problematiek tot aan ernstige problematiek waarbij multidisciplinaire en specialistische zorg nodig was. De deelnemers gaven voor alle casuïstiek unaniem aan dat verpleeghuisopname niet noodzakelijk was, of dat er meer informatie nodig was om dit te kunnen beoordelen.

In de laatste ronde interviews hebben we respondenten vooral over de toepasbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van het kader bevroegd, aan de hand van hun antwoorden op de online vragenlijst. Respondenten gaven aan het afwegingskader zelf gebruiksvriendelijk te vinden en duidelijk genoeg om in de praktijk toe te passen. De manier van scores vonden ze duidelijk en de plaatsing in het kleurenschema vonden ze helpend bij de onderbouwing van hun afweging over wel of geen verpleeghuisopname. Dat er geen afkappunt of beslisregel is op basis van de scores vonden ze passen bij de complexiteit van de praktijk. Meerdere respondenten benadrukten het belang van randvoorwaardes als het multidisciplinair invullen en het formele besluit over het recht op zorg met verblijf bij een bevoegde partij leggen.

Op vragen over de toepassing waren ze minder positief, met name over de nut en de noodzaak van het gebruik van een 'officieel' afwegingskader om de toegang tot verpleeghuiszorg te bepalen. Respondenten uit de uitvoeringspraktijk gaven vaker aan het een handig hulpmiddel te vinden in de praktijk, maar niet te begrijpen wat het zou toevoegen aan de daadwerkelijke afweging. Zij vertelden ons dat het afwegingskader, met daarin de scores en de plaatsing in het kleurenschema, goed weergeeft hoe zij in de praktijk de afweging maken over of iemand nog thuis kan blijven wonen, en dat het gebruik van het kader dus niet tot andere uitkomsten zal leiden voor hen. Hierbij viel op dat respondenten moeite hadden met het onderscheid tussen de afweging 'wel of niet meer thuis wonen' en 'is intramurale verpleeghuiszorg de meest passende oplossing', omdat zij die laatste afweging in de praktijk nu niet maken. In fase 3 is de afweging over passendheid van intramurale verpleeghuiszorg verder uitgediept in interviews met professionals.

Respondenten die niet als zorgprofessional werken gaven vaker aan het lastig te vinden om in te vullen, vanwege de informatie die nodig was en die zij (in de casus) niet tot hun beschikking hebben.

---

## D. Resultaten fase 3

### Interviews

In fase drie interviewden we twee verschillende groepen professionals. Het eerste type interview had als focus de toepassing van het afwegingskader bij specifieke doelgroepen. Daarvoor interviewden we experts op het gebied van een aantal van die doelgroepen. Het tweede type interview had als focus de toekomstige verandering die de toepassing van het afwegingskader mogelijk teweeg gaat brengen. We vroegen diverse zorgprofessionals om met ons mee te denken over voor welke ouderen met een zorgvraag de afweging in met behulp van het afwegingskader anders zou uitvallen dan nu. We interviewden daarom professionals die in hun huidige rol ook betrokken zijn bij de afweging rondom verpleeghuisopname. In tabel 1 en 2 geven we de aantallen geïnterviewden weer.

Specifieke doelgroep	Geïnterviewde
Ziekte van Huntington	Hoogleraar ziekte van Huntington
Spierziekten	Vertegenwoordiger vanuit Spierziekten Nederland
Dementie op jonge leeftijd	Directeur kenniscentrum dementie op jonge leeftijd
Niet-aangeboren hersenletsel	Projectleider onderzoeksprogramma Leven met niet-aangeboren hersenletsel, hoofd kenniscentrum NAH+
Multimorbiditeit	Lector Multimorbiditeit en Hoogleraar professionalisering van de verpleging en verzorging in de ouderenzorg

Tabel 1. Interviews specifieke doelgroepen

Functie	Aantal
Wijkverpleegkundige	2
POH ouderen	1
Verpleegkundig specialist	1
Huisarts	1
Specialist ouderengeneeskunde	4
Transferverpleegkundige	2
<b>Totaal</b>	<b>11</b>

Tabel 2. Interviews toekomstige toepassing

## E. Afwegingskader met handleiding

### Afwegingskader Verpleeghuiszorg

*Handleiding voor gebruik van het kader*



Dit is de handleiding bij het afwegingskader verpleeghuiszorg. Het afwegingskader helpt professionals bij de afweging die zij maken over of een verhuizing naar een verpleeghuis past bij iemand met een zorgvraag.

Lees deze handleiding eerst goed door voordat je het afwegingskader gebruikt.

### Voor wie gebruik je dit kader?

Het afwegingskader is ontwikkeld voor oudere mensen met een Wlz-indicatie met een VV-profiel. Professionals kunnen het kader naar eigen inzicht ook gebruiken voor andere doelgroepen met een Wlz-indicatie binnen de vvt-sector of voor mensen met een Wlz-indicatie met een ander profiel (bijvoorbeeld lg of vg).

Het kader is niet bedoeld voor mensen zonder een Wlz-indicatie. Het kan wel gelijktijdig met de aanvraag voor een Wlz-indicatie gebruikt worden.

Het kader is niet bedoeld voor mensen met een Rechterlijke Machtiging, IBS-maatregel of crisismaatregel, of voor mensen voor wie een aanvraagprocedure voor een Rechterlijke Machtiging, IBS-procedure of crisismaatregel loopt.

### Wanneer gebruik je dit kader?

Het afwegingskader helpt om te beoordelen of verhuizen naar een verpleeghuis een passende keuze is, of dat er nog andere, minder intensieve alternatieven zijn. Het kader wordt ingezet op het moment dat wordt overwogen of intramurale verpleeghuiszorg passend is. De uitkomst van het afwegingskader **geeft nooit een verplichting tot opname** in een verpleeghuis. Ook geeft de uitkomst geen antwoord op de **vraag of blijven wonen in de huidige thuissituatie nog verantwoord** is als intramurale verpleeghuiszorg niet passend blijkt.

### Hoe vul je het afwegingskader in?

In het afwegingskader beantwoordt je vragen binnen twee onderdelen: 1) kenmerken van de zorgvrager en de zorgzwaarte 2) de omgeving van de zorgvrager.

De vragen worden beantwoord vanuit het perspectief van de zorgprofessional, **in samenspraak met de zorgvrager zelf**. Om deze vragen goed te kunnen beantwoorden, is een duidelijk beeld nodig van de huidige situatie van de zorgvrager,

de zorgvraag en de omgeving. Dit beeld ontstaat door samenwerking tussen verschillende professionals, en in overleg met de zorgvrager en diens naasten.

Het afwegingskader **kan niet gebruikt worden zonder multidisciplinaire inbreng**.

Gebruik je het afwegingskader voor het eerst, dan is het verstandig om eerst alle vragen en toelichtingen door te lezen. Gebruik je het kader vervolgens vaker bij dezelfde zorgvrager, dan kun je ervoor kiezen om alleen de vragen te beantwoorden waarop iets is veranderd.

### Hoe maak je de afweging?



Om tot een weloverwogen afweging te komen weeg je domein 1 (zorgzwaarte) af tegen domein 2 (omgeving). Het uitgangspunt is dat de **zorgzwaarte primair bepaalt of intramurale verpleeghuiszorg passend is**. De omgeving kan tot op zekere hoogte compenseren voor de zorgzwaarte, en geeft daarmee 'tegengewicht'. Hoe lager (dus gunstiger) de scores in dit domein, des te zwaarder geeft dit domein tegenwicht.

De omgeving kan er dus voor zorgen dat een zorgvraag die op zichzelf vraagt om intramurale verpleeghuiszorg, toch nog buiten het verpleeghuis kan worden opgevangen. **De omgeving kan op zichzelf echter nooit de reden zijn voor verpleeghuisopname**, ook als die niet ondersteunend is of de zorgvraag zelfs verergert. De omgeving kan er wel aan bijdragen dat de huidige thuissituatie niet meer de juiste plek is. Op de laatste pagina van het afwegingskader staan mogelijkheden die je kunt onderzoeken wanneer intramurale verpleeghuiszorg niet passend is, maar er wel zorgen zijn over de huidige thuissituatie.

Na het doorlopen van het kader heb je een geobjectiveerd beeld bij de zorgzwaarte en de omgevingsfactoren. Je hebt bij de persoon met een zorgvraag en bij alle betrokken zorgprofessionals informatie opgehaald en daarmee de verschillende items gescoord van 0 t/m 5. De afweging valt nu uiteen in **drie mogelijkheden**:

Als je in **domein 1 op één of meer van de items een 5 scoorde**, heb je daarmee aangegeven dat intramurale verpleeghuiszorg een passende optie is. Een score 5 in domein 1 betekent namelijk dat er meer intensieve en specialistische zorg nodig is dan in de huidige woonomgeving geboden kan worden. Je kunt dat toelichten op de scorepagina.

Als je in **domein 1 alleen maar scores onder de 3** hebt opgeschreven, betekent dat dat intramurale verpleeghuiszorg (nu) niet passend is bij de zorgzwaarte. De woonsituatie past mogelijk niet goed, maar de problemen vragen om een andere oplossing dan zorg in een verpleeghuis. Dat kan bijvoorbeeld doordat de woonomgeving gevaarlijk is, er een sociale omgeving is die niet ondersteunt of doordat de mantelzorger is uitgevallen. De oplossing voor die problemen ligt in het aanpassen van de omgeving, bijvoorbeeld door een verhuizing naar een andere woning of woonvorm.

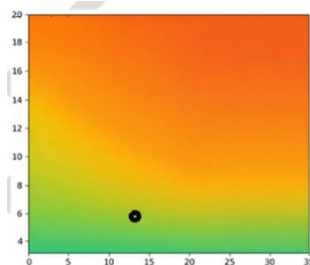
Als beide bovenstaande opties niet gelden, betekent dat dat je **één of meerdere keren een 3 en/of een 4 hebt opgeschreven in domein 1**. De zorgvraag is dus zwaar, maar de omgeving kan dit mogelijk nog dragen. Hoe meer ondersteunend de omgeving is (dus hoe vaker 0 t/m 3 wordt gescoord in domein 2), hoe groter de compensatie voor de zorgvraag. Dit wordt visueel gemaakt in het kleurenschema op de scoringspagina. De plaats in het kleurenschema geeft je een idee van hoe passend intramurale verpleeghuisopname is voor de persoon met een zorgvraag, gezien de scoring in het kader. Zie hiervoor ook de voorbeelden hieronder.

**De uiteindelijke afweging maken professionals zelf, ondersteund door het kader.**

**Voorbeeld uitkomsten:**

Domein 1	Score
A (ADL cognitief)	3
B (ADL lichamelijk)	3
C (Stemming)	1
D (Gedrag)	2
E (Ongeplande zorg)	2

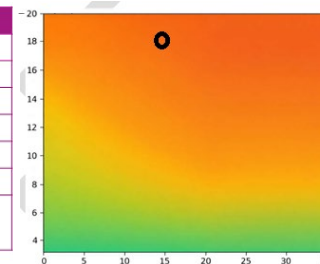
Domein 2	Score
A (Mantelzorger)	2
B (Overbelasting)	2
C (Sociaal netwerk)	2
D (Zorg coördinatie)	1
E (Hulpmiddelen)	2
F (Veiligheid)	3
G (Sociale voorzieningen)	2



“Er is een zorgvraag, waarbij er met name op cognitief en lichamelijk vlak ondersteuning nodig is. Maar de zorgzwaarte kan goed worden opgevangen in de thuissituatie. Mevrouw redt zich met de ondersteuning van haar echtgenoot en de wijkverpleging. Doordat de sociale omgeving van het echtpaar wat van de zorgzwaarte kan dragen is dit een stabiele situatie. Verpleeghuisopname is daarom nu niet passend.”

Domein 1	Score
A (ADL cognitief)	4
B (ADL lichamelijk)	4
C (Stemming)	3
D (Gedrag)	3
E (Ongeplande zorg)	4

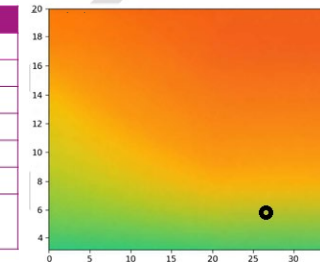
Domein 2	Score
A (Mantelzorger)	3
B (Overbelasting)	3
C (Sociaal netwerk)	2
D (Zorg coördinatie)	1
E (Hulpmiddelen)	2
F (Veiligheid)	3
G (Sociale voorzieningen)	2



“Mevrouw heeft een hoge zorgzwaarte. Er is sprake van multimorbiditeit (fysiek & cognitief & gedrag) en een prognose van verslechtering. Mevrouw is daardoor langdurig aangewezen op multidisciplinaire zorg. De omgeving kan onvoldoende tegenwicht bieden aan de zorgzwaarte, waardoor een verpleeghuis passend is.”

Domein 1	Score
A (ADL cognitief)	3
B (ADL lichamelijk)	3
C (Stemming)	2
D (Gedrag)	2
E (Ongeplande zorg)	2

Domein 2	Score
A (Mantelzorger)	4
B (Overbelasting)	5
C (Sociaal netwerk)	4
D (Zorg coördinatie)	3
E (Hulpmiddelen)	2
F (Veiligheid)	4
G (Sociale voorzieningen)	4



“De zorgzwaarte is bij mevrouw is niet hoog en de klachten vragen geen multidisciplinaire inzet. In huidige thuissituatie zijn er risico's door de overbelaste/niet adequaat reagerende mantelzorger en door een onveilige woonsituatie. Daardoor sluit de omgeving onvoldoende aan op de zorgvraag. We gaan daarom op zoek naar een passende woonvorm, bijvoorbeeld op basis van Vpt, die mevrouw kan ondersteunen bij haar hulp/zorgvraag.”

# Afwegingskader Verpleeghuiszorg



0 Probleem speelt niet, er is **geen professionele ondersteuning** nodig

1 Probleem speelt, maar heeft **niet of nauwelijks** professionele ondersteuning

2 Probleem speelt, maar de zorgvrager kan er **met inzet van een zorgprofessional** goed mee leven in de huidige thuissituatie

3 Probleem speelt, maar met de **maximale inzet van zorgprofessionals** blijft functioneren in huidige thuissituatie nog net mogelijk

4 Probleem speelt, en **vraagt meer intensieve ondersteuning** dan vanuit zorgprofessionals in de huidige thuissituatie geleverd kan worden

5 Probleem speelt, en **vraagt meer specialistische kennis en expertise**, en meer intensieve ondersteuning dan vanuit zorgprofessionals in de huidige thuissituatie geleverd kan worden

*Afwegingen domein **kenmerken van de zorgvrager & zorgzwaarte**:*

A. In welke mate is er sprake van afhankelijkheid door **cognitieve problematiek**?

B. In welke mate is er sprake van afhankelijkheid door **lichamelijke beperkingen**?

C. In welke mate is er sprake van **angst- of stemmingsklachten**?

D. In welke mate vertoont de zorgvrager **gedrag** waarbij/waardoor professionele ondersteuning nodig is?

E. Zijn er regelmatig **onverwachte situaties** waarbij de inzet van een professionele zorgverlener nodig is?

### **Uitleg scoring:**

Het gaat om de inschatting die jij als professional maakt van hoe ernstig de problematiek is en welke professionele ondersteuning nodig is. Die ondersteuning kan bijvoorbeeld bestaan uit wijkverpleging, sociaal werk, casemanagement, behandeling door een psycholoog of specialist ouderengeneeskunde of andere zorgprofessionals. Dit hoeven niet per definitie de professionals te zijn die nu al betrokken zijn. Het is belangrijk om ook te kijken of extra zorg of meer specialistische zorg van andere organisaties nodig is, en of het huidige zorgprofiel van de indicatie nog passend is. Hoe meer (gespecialiseerde) ondersteuning nodig is, hoe groter de kans dat de zorg beter past binnen een verpleeghuis.

**Score 0:** dit probleem speelt niet, en deze vraag is dus niet van toepassing.

**Score 1:** het probleem speelt, maar in zo'n geringe mate dat er geen zorgvraag is waarvoor professionele zorg en/of ondersteuning nodig is.

**Score 2:** het probleem speelt, en leidt tot een zorgvraag waarbij professionele zorg en/of ondersteuning nodig is. Met die professionele zorg en/of ondersteuning is de zorgvrager geholpen en de situatie stabiel.

**Score 3:** er is een zorgvraag waarvoor de maximale inzet van zorgprofessionals nodig is. Meer professionele zorg en/of ondersteuning is op dit moment (nog) niet nodig, maar zorgprofessionals verwachten dat dit in de huidige thuissituatie ook niet mogelijk is.

**Score 4:** er is meer professionele zorg en/of ondersteuning nodig dan thuis op een realistische manier te organiseren is. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de indicatie passend bij de zorgvraag is en al helemaal benut wordt (en er dus thuis niet méér zorg kan worden ingezet), of dat de zorg thuis niet veilig of arbo-verantwoord kan worden geleverd.

**Score 5:** er is meer professionele zorg en/of ondersteuning nodig dan thuis op een realistische manier te organiseren is én er is specialistische kennis of expertise nodig die thuis niet georganiseerd kan worden. Denk hierbij aan de noodzaak voor integrale behandeling door een multidisciplinair team, of een team met specifieke kennis over een bepaalde aandoening.

**Let op:** de zorg die mantelzorgers geven, wordt beoordeeld in het volgende onderdeel 'omgeving van de zorgvrager'.

### **Uitleg vragen:**

A. Het gaat om problemen met het verwerken van informatie, zoals waarneming, concentratie, taalverwerking, geheugen en oriëntatie. Cognitieve problematiek kan bijvoorbeeld leiden tot verlies van grip en regie, niet meer in staat zijn bepaalde handelingen uit te voeren en/of vergeetachtigheid van cruciale zaken (bijvoorbeeld eten en drinken, medicatie-inname, gas uitzetten). Ondersteuning is hierdoor bijvoorbeeld nodig op het gebied van eten en drinken (bereiden), toiletgang, huishoudelijke taken, mobiliteit binnens- en buitenshuis, uiterlijke verzorging, douchen/wassen/baden, aan- en uitkleden. Indien mogelijk vastgesteld met een gangbare meetschaal, zoals de Barthel<sup>12</sup>-index of de Nottingham Extended ADL-schaal.

B. Het gaat om lichamelijke klachten of beperkingen die invloed hebben op het functioneren en het dagelijks leven. Ondersteuning is hierdoor bijvoorbeeld nodig op het gebied van eten en drinken (bereiden), toiletgang, huishoudelijke taken, mobiliteit binnen- en buitenshuis, uiterlijke verzorging, douchen/wassen/baden, aan- en uitkleden. Indien mogelijk vastgesteld met een gangbare meetschaal, zoals de Barthel index of de Nottingham Extended ADL schaal.

C. Het gaat om klachten die de gemoedstoestand, het gevoelsleven of de emoties van de zorgvrager verstoren. Denk bijvoorbeeld aan neerslachtigheid, depressie, paniek, eenzaamheidsproblematiek, angstklachten. Indien mogelijk vastgesteld met een gangbare meetschaal, bijvoorbeeld de Geriatric Depression Scale, de Cornell of Beck.

D. Het gaat om gedrag waar de zorgvrager zelf last van heeft en/of gedrag waar de omgeving van de zorgvrager last van heeft. Gedrag is, anders dan stemmingsproblematiek, objectief waarneembaar (want zichtbaar) en indien mogelijk vastgesteld met een gangbare meetschaal, bijvoorbeeld de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), Neuropsychiatric inventory (NPI) of de apathie evaluatie schaal (AES).

E. Het gaat om situaties waarvoor de benodigde professionele zorg en/of ondersteuning niet of nauwelijks te plannen is. Denk bijvoorbeeld aan vallen, de weg kwijt zijn (dwalen), onplanbare hulp bij toiletgang, 's nachts regelmatig hulp nodig hebben.

---

<sup>12</sup>Bij gebruik van de Barthel Score (bs) kan in het afwegingskader (ak) als volgt gescoord worden, bs: 0-4 = 5 ak ; bs: 5-9= 4 ak; bs: 10-14=3 ak; bs:15-19 = 2 ak; bs 20=0 ak

Na het invullen van domein 1 volgt nu een beslismoment.

Als je op geen enkele vraag 3 of hoger hebt gescoord, kun je stoppen met het invullen van dit afwegingskader. Intramurale verpleeghuiszorg is dan namelijk niet de meest passende vorm van zorg. Eventueel kun je nog gebruikmaken van de laatste pagina van dit document 'Geen verpleeghuis, wel zorgen' om gericht te zoeken naar andere, meer passende vormen van zorg en ondersteuning.

Als je op één of meer vragen 5 hebt gescoord, is intramurale verpleeghuiszorg een passende zorgvorm. Je hoeft dan domein 2 niet per se meer in te vullen. Dit mag je natuurlijk wel doen, om een zo compleet mogelijk beeld van de situatie te krijgen.

Als bij dit beslismoment blijkt dat verder invullen van het kader niet nodig is, kun je direct naar pagina 7, scoring, gaan en in het oranje veld invullen welke afweging is gemaakt en waarom.





*Afweging domein omgeving **van de zorgvrager:***

- A. In hoeverre wordt de zorgvrager ondersteund door **één of meer mantelzorgers?**
- B. In hoeverre leidt de zorg die de mantelzorger(s) geeft (geven) tot gevoelens van **overbelasting bij de mantelzorger?**
- C. In hoeverre wordt de zorgvrager ondersteund vanuit het **breder sociale netwerk?**
- D. In hoeverre wordt de zorgvrager ondersteund bij de **regie en coördinatie van de zorg?**
- E. In hoeverre zijn er in het huis van de zorgvrager (**medische**) **hulpmiddelen en/of aanpassingen** nodig die (op korte termijn<sup>13</sup>) *niet* haalbaar zijn?
- F. In hoeverre is de situatie **fysiek veilig** voor de zorgvrager?
- G. In hoeverre zijn er voldoende **sociale/welzijns-voorzieningen in de omgeving** waar de zorgvrager een beroep op kan doen?

---

<sup>13</sup> Het gaat om de termijn die de zorgvrager nog maximaal zonder de aanpassing of het hulpmiddel kan.

### **Uitleg scoring:**

**Score 0:** deze vraag is niet van toepassing, op dit gebied is er geen ondersteuning vanuit de omgeving nodig.

**Score 1:** de (fysieke of sociale) omgeving ondersteunt de zorgvrager optimaal, waardoor de zorgvraag (deels) zonder zorgprofessionele zorg en/of ondersteuning kan worden ondervangen. Bijvoorbeeld doordat er een levensloopbestendige woning is, of een groot sociaal netwerk dat goed met elkaar afstemt.

**Score 2:** de (fysieke of sociale) omgeving voor acceptabele ondersteuning voor de zorgvrager, maar er zijn aandachts- of verbeterpunten. Dit is bijvoorbeeld het geval als er onduidelijkheid is over de regie en coördinatie van de zorg, maar dit niet tot een verminderde kwaliteit van zorg leidt.

**Score 3:** de (fysieke of sociale) omgeving ondersteunt de zorgvrager, maar de situatie is kwetsbaar. Bijvoorbeeld doordat de balans tussen draaglast en draagkracht van de sociale omgeving wankel is, of doordat de fysieke omgeving niet (meer) passend is.

**Score 4:** de (fysieke of sociale) omgeving biedt geen ondersteuning aan de zorgvrager, terwijl dat voor de zorgvrager wel beter of wenselijk zou zijn.

**Score 5:** de (fysieke of sociale) omgeving vergroot de zorgvraag.

### **Uitleg vragen:**

A. Score 1: de zorgvrager wordt adequaat ondersteund door één of meerdere mantelzorg(er)s). De mantelzorg(er) heeft voldoende kennis en kunde om op passende wijze in te spelen op de behoefte van de zorgvrager, en er is een fysiek en emotioneel veilige relatie. Als de kwaliteit of de capaciteit (hoeveelheid mantelzorgers) minder dan optimaal is, wordt score 2 of 3 gekozen. Als er geen mantelzorg(er) is, terwijl dat wel van toegevoegde waarde kan zijn, dan geldt score 4 voor deze vraag én voor vraag B. Je kunt dan doorgaan naar vraag C.

B. Score 1: er is een mantelzorg(er) die zonder gevoelens van belasting de zorgvrager adequaat ondersteunt. Score 2: er is sprake van flinke belasting, maar geen signalen van overbelasting. Score 3: er is sprake van overbelasting, waar de mantelzorg(er) last van heeft maar de zorgvrager niet. Score 4: er is sprake van overbelasting, waar zowel de mantelzorg(er) als de zorgvrager last van hebben. Score 5: er is sprake van ernstige overbelasting waardoor de mantelzorg(er) bijdraagt aan verzwaring van de zorgvraag. Gebruik indien mogelijk de Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ) meting om de mantelzorgbelasting in kaart te brengen.

C. Het bredere sociale netwerk zijn één of meerdere mensen rondom iemand die praktische, emotionele of sociale ondersteuning kan bieden (naast eventuele mantelzorg(er)s). Het sociale netwerk kan bijvoorbeeld de zorgvraag verlichten door regelmatig een bezoek te brengen, te begeleiden bij uitstapjes, samen naar het buurthuis te lopen, etc. Dit kan buddy of vrijwilliger zijn die door de professionele hulpverlener is ingeschakeld. *[NB Als er geen sociaal netwerk is, terwijl dat wel van toegevoegde waarde had kunnen zijn, dan score 4 geven en door naar vraag D]*

D. Het kan hier zowel gaan om informele als om professionele ondersteuning (een casemanager, POH-er of cliëntondersteuner) gaan. De coördinatie gaat niet alleen over medische en zorginhoudelijke aspecten, maar ook over welzijn en sociale contacten.

E. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een tillift, traplift, verbreding van deuren of gangen, domotica en het gebruik van beademingsapparatuur. Dat de aanpassingen of hulpmiddelen niet haalbaar zijn kan bijvoorbeeld komen doordat deze niet voor thuis beschikbaar zijn of niet vergoed worden.

F. Een fysiek veilige omgeving (binnen- en buitenshuis) is een omgeving waarin de zorgvrager beschermd is tegen persoonlijk leed door ongevallen of andere externe oorzaken. Een fysiek onveilige omgeving is een omgeving die voor de zorgvrager een risico vormt, bijvoorbeeld (afhankelijk van de kenmerken van de zorgvrager) steile trappen, een vervuild huis, wonen dicht bij een drukke weg of spoor, wonen in een omgeving waar er veel criminaliteit is.

G. Het gaat zowel om de aanwezigheid van (sociale) voorzieningen zoals een buurthuis, dagopvang/dagbesteding, winkels, verenigingsleven, bibliotheek, etc., als om de mogelijkheid van de zorgvrager om hieraan deel te nemen ongeacht fysieke of cognitieve beperkingen. Als de zorgvrager er geen behoefte aan heeft, en de professional vindt dit ook geen toegevoegde waarde hebben voor de zorgvrager, dan is de score 0.

## Scoring

Nu je het volledige afwegingkader hebt ingevuld, kun je aan de hand van de scores beargumenteren of zorg in een verpleeghuis vanuit professioneel oogpunt passend is voor de zorgvrager.

Schrijf hieronder **het aantal keer** dat een bepaalde score (0 t/m 5) voorkomt in domein 1 op.

Aantal score 0:  deze score tel je **niet** mee in de afweging

Aantal score 1:  deze score tel je **niet** mee in de afweging

Aantal score 2:  deze score tel je **niet** mee in de afweging

Aantal score 3:  tel de **totaalscore van de 3-en op**

Aantal score 4:  tel de **totaalscore van de 4-en op**

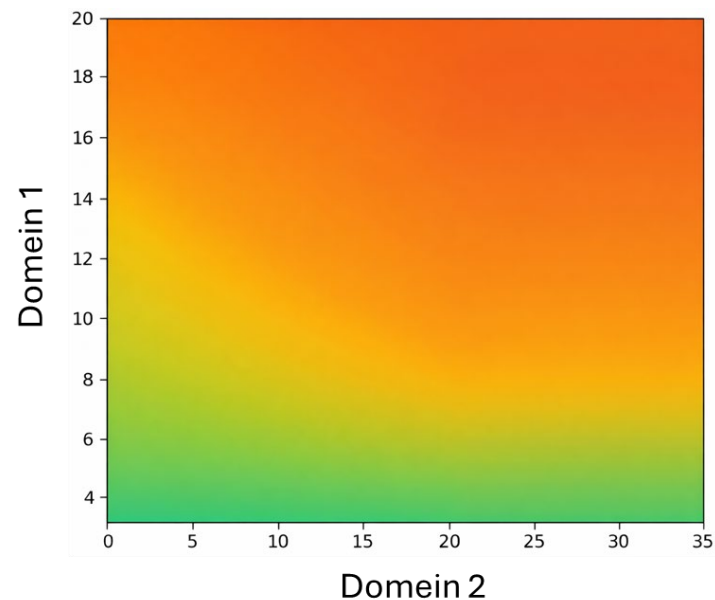
Aantal score 5:  doordat je één of meer keer 5 scoorde, hoef je domein 2 niet te gebruiken bij de afweging

Om richting te geven aan de uitkomst kun je gebruikmaken van het kleurenschema hiernaast. In dit schema zet je de optelsom van de drieën en vieren uit domein 1 af tegen de totaalscore van de scores op domein 2. **Let op: je telt voor domein 1 dus alléén de drieën en vieren bij elkaar op (minimale score is dan 3, maximale score is dan 20), en voor domein 2 alle scores. Voorbeeld: als iemand op domein 1 de volgende score heeft: 2-3-3-4-1, wordt de optelsom (3+3+4): 10**

Noteer hier de **optelsom** van de totaalscore 3 en totaalscore 4  +  =

Tel vervolgens de scores op domein 2 op tot een **totaalscore**:

De kleur in onderstaand schema geeft richting aan de afweging. Hoe meer richting oranje en rood, hoe waarschijnlijker dat een verhuizing naar een verpleeghuis passend is. Hoe groener, hoe minder waarschijnlijk het is dat de zorg echt in een verpleeghuis zou moeten plaatsvinden, ondanks dat een verhuizing wellicht wel aan de orde is.



**Beargumenteer hier waarom verpleeghuisopname wel of niet passend is voor de zorgvrager. Gebruik hierbij de onderwerpen uit het afwegingskader en de plaatsing in het kleurenschema. In je argumentatie dien je ook rekening te houden met de leefsituatie, wensen en prognose van de zorgvrager.**

## **Geen verpleeghuis, wel zorgen?**

Je hebt dit afwegingskader gebruikt omdat je merkt dat de huidige zorg en/of ondersteuning niet (meer) toereikend is, of omdat je daarover twijfelt. Toch kan uit het afwegingskader blijken dat de zorgvrager (nog) niet is aangewezen op intramurale verpleeghuiszorg. Hieronder vind je een overzicht van andere opties voor zorg en/of ondersteuning.

### **Ondersteuning bij (dreigende) overbelasting van mantelzorger**

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) regelt dat iedere gemeente ondersteuning moet bieden aan mantelzorgers. Je kunt voor meer informatie over die ondersteuning terecht bij het Wmo-loket of het mantelzorgsteunpunt van de gemeente waarin de mantelzorger woont. Er zijn daarnaast diverse [lokale organisaties](#) die mantelzorgers ondersteunen met informatie, een luisterend oor en activiteiten.

Als professional kun je mantelzorgers zelf ondersteunen door gebruik te maken van de kennisbank en de [Richtlijn Mantelzorg](#) van V&VN. Hierin staan bijvoorbeeld adviezen over het gebruik van technologie, coaching, respijtzorg en vragenlijsten om de belasting in kaart te brengen.

### **Ondersteuning bij het vinden van woonvormen, anders dan zelfstandig thuis**

De cliëntondersteuner of zorgadviseur van het zorgkantoor in de regio waar de zorgvrager woont kan helpen met het in kaart brengen van de zorgaanbieders die passende zorg kunnen bieden. Op de zoekpagina [Zorgatlas](#), een website van de samenwerkende zorgkantoren, kan een professional of de zorgvrager zelf zoeken naar zorgaanbieders die zorg bieden passend bij de indicatie en zorgvraag.

### **Ondersteuning bij (opnieuw) aanleren van vaardigheden en zelfredzaamheid**

Ouderen behouden hun zelfstandigheid en welzijn het beste wanneer zij actief betrokken blijven bij hun dagelijkse activiteiten. Initiatieven zoals reablement, herstelondersteunend werken, en het bevorderen van positieve gezondheid richten zich op het opnieuw aanleren van vaardigheden en het ondersteunen van regie en autonomie.

Onderzoek en praktijkervaring laten zien dat het overnemen van taken door professionals vaak leidt tot verlies van zelfvertrouwen, verminderde activiteit en sneller functioneel achteruitgaan. Door ouderen juist stapsgewijs te begeleiden, uit te dagen en te ondersteunen, kunnen zij langer zelfstandig blijven, hun eigen keuzes maken en hun kwaliteit van leven verhogen.

Meer informatie over werken vanuit dit gedachtegoed vind je bijvoorbeeld op de websites van [Vilans](#), [Zorg voor Beter](#) en [Alzheimer Nederland](#). Daar vind je ook hulpmiddelen zoals zorgtechnologie en digitale ondersteuningstools.

### **Meer expertise over specifieke aandoeningen**

Als zorgprofessional kom je regelmatig complexe situaties tegen bij thuiswonende ouderen met een WLZ-indicatie. Deze cliënten hebben bijvoorbeeld een ziektebeeld dat weinig voorkomt, of een combinatie van zorgvragen, waardoor standaardzorg of een eenzijdige aanpak onvoldoende is.

Het is daarom belangrijk te weten dat er ook voor de thuiswonende zorgvragen specialistische expertise en ondersteuning beschikbaar is. Je kunt hierover meer vinden op de websites van het [CCE \(Centrum voor Consultatie en Expertise\)](#) of de [doelgroepnetwerken laag volume hoog complex \(lvhc\)](#). Via de huisarts kun je ook nagaan of er een mobiel geriatisch team en/of een Specialist Ouderengeneeskunde of andere specialistische behandelaren beschikbaar zijn in de regio van de zorgvrager.