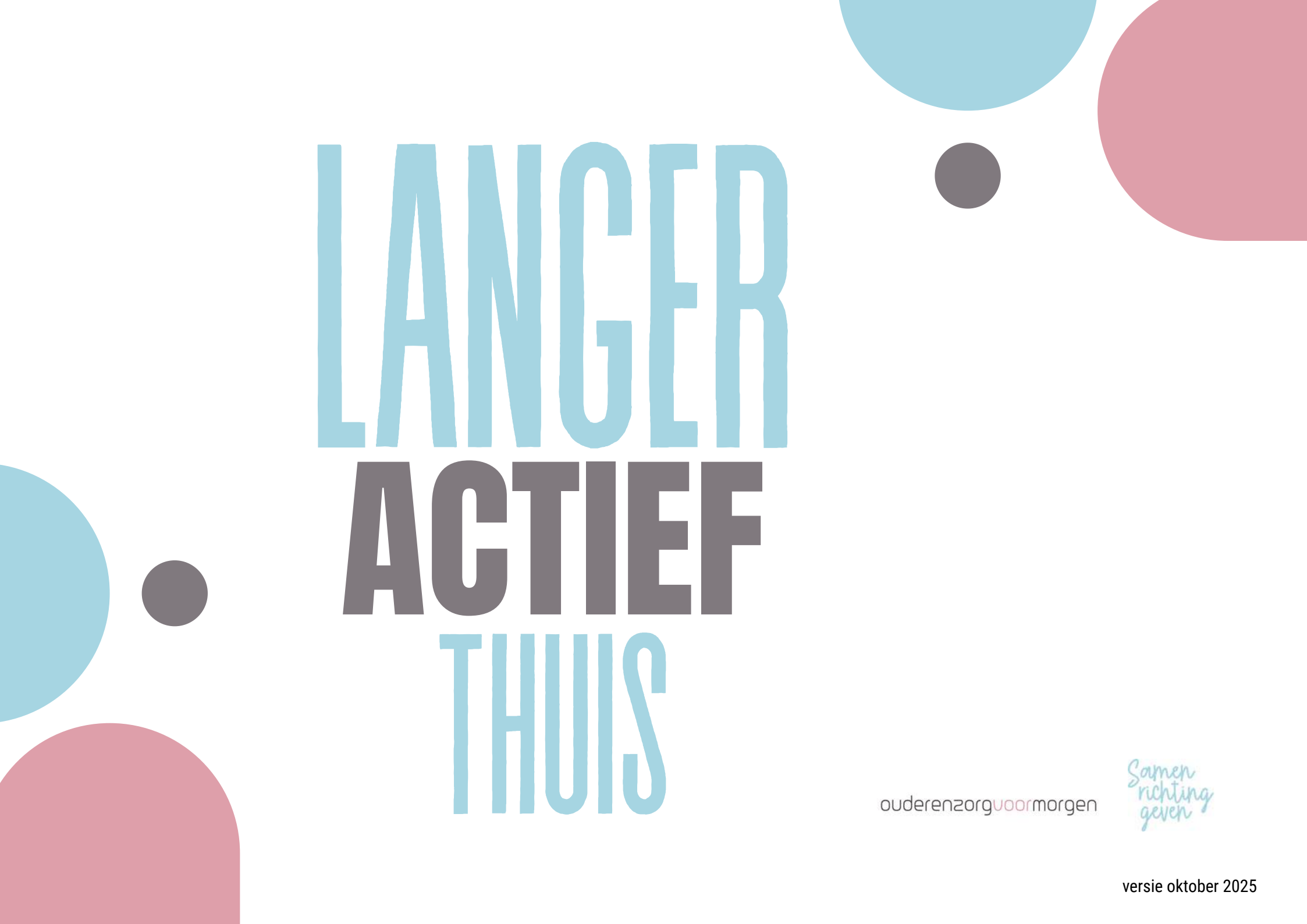




# LANGER ACTIEF THUIS

ouderenzorgvoormorgen

*Samen  
richting  
geven*

versie oktober 2025

# SAMENVATTING

In de regio's West- en Midden-Brabant hebben ouderenzorgorganisaties in de periode 2021 - 2024 bij meer dan 1.300 cliënten ervaring opgedaan met de reablement interventie Langer Actief Thuis (LAT). In het kort:

*Een persoonsgerichte aanpak in de woonsituatie met een interdisciplinair team, gericht op toename of handhaving van zelfredzaamheid in de dagelijkse activiteiten die belangrijk voor iemand zijn.*

De ervaringen met LAT laten structurele resultaten zien die een grote bijdrage leveren aan het toekomstbestendig, toegankelijk en financieel houdbaar houden van de ouderenzorg. De LAT interventie leidt aantoonbaar tot de volgende resultaten:

- Een deel van de cliënten kan na het advies gesprek zelfstandig verder, zonder wijkverpleging of inzet van andere disciplines.
- Ongeveer de helft van de cliënten heeft na LAT geen zorg meer nodig.
- Circa 20% van de cliënten heeft na LAT minder zorg nodig.
- De zelfredzaamheid en het zelfvertrouwen van ouderen neemt toe.
- Er ontstaat een mindswitch naar zelfredzaamheid bij professionals.
- Er is meer interdisciplinaire samenwerking.

De maatschappelijke business case laat zien dat naast bovengenoemde resultaten diverse maatschappelijke effecten worden behaald vanuit de reablement interventie, in meerdere domeinen en bij meerdere stakeholders.

Op basis van de gegevens die we zowel vanuit het adviesgesprek als de resultaten van LAT hebben opgehaald, stellen we de hypothesen dat:

1. 50% van de inzet van wijkverpleging wordt voorkomen door het tijdig inzetten van een adviesgesprek.
2. 50% van de ouderen die een LAT-traject doorlopen na afloop zonder wijkverpleging zelfredzaam is en ruim 20% minder professionele zorg nodig heeft.
3. Meer dan 50% van de cliënten minimaal een jaar uit zorg blijft na LAT, inclusief VAG.

De kosten van een gemiddeld LAT-traject bedragen € 3.103. Grof genomen wordt gemiddeld € 560 euro hiervan niet bekostigd (MDO, coördinatie tijd, delen van inzet ergotherapie en fysiotherapie). Op basis van onze ervaringen met ruim 1.300 LAT cliënten weten we dat de gemiddelde vermindering van de zorgtijd vanuit het wijkteam tijdens het LAT-traject per cliënt 2 uur per week is. Ter vergelijking: stel dat een cliënt in plaats van de LAT-interventie een jaar lang aanspraak zou doen op reguliere wijkverpleging, dan zijn de kosten: € 7.605. De kosten voor LAT worden dus ruimschoots terugverdiend door de afbouw van wijkverpleging.

De afgelopen jaren hebben we LAT bekostigd vanuit een combinatie van reguliere financieringsmogelijkheden, regionale transitie middelen en eigen middelen. We lopen vast in de opschaling vanwege de beperkte ruimte binnen de huidige mogelijkheden.

Ook ervaren we algemene knelpunten in de wijze van financieren, zoals focus op productie in plaats van preventie en cirkelredenering rond bewijslast.

De potentiële winst voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg wordt daarbij niet verzilverd doordat cliënten, medewerkers en organisaties een drempel ervaren vanuit financieel oogpunt. Die cliënt die nu niet meedoet vanwege financiële drempels zal in zorg blijven binnen de wijkverpleging, terwijl dat door de interventie misschien niet nodig was geweest. Minder cliënten betekent minder data, minder zicht op effect en minder snel een cultuuromslag.

Vanuit bovenstaande worstelingen zijn wij verheugd dat reablement een stevige plaats heeft gekregen in het HLO door de volgende afspraken:

- V&VN ontwikkelt een kwaliteitsdocument reablement.
- VWS geeft in afstemming met ActiZ en ZN en met betrokkenheid van ZonMw en het Zorginstituut opdracht voor de uitvoering van een maatschappelijke kostenbaten analyse over de toepassing van reablement. Bij een positieve uitkomst vraagt VWS het Zorginstituut en de NZa advies uit te brengen over de borging van deze programmatische aanpak in het zorgstelsel.
- ZN, VNG en ActiZ inventariseren knelpunten in de bekostiging van reablement interventies.
- NZa, ActiZ en ZN onderzoeken hoe de mogelijkheden voor bekostiging van koploperexperimenten voort kan worden gezet, ter overbrugging tot eventuele inbedding van deze interventies.

Werken vanuit reablement is een transitie, het kost tijd om dit in gang te zetten. We zijn goed op weg in West- en Midden-Brabant, het zou eeuwig zonde zijn van alle tijd, moeite, energie en geld die we hier op hebben ingezet als we geen meerjarige oplossing vinden.

# INHOUD

- 1    Introductie
- 2    Wat houdt de interventie LAT in?
- 3    Resultaten LAT
- 4    Wat levert LAT op?
- 5    Kosten en terugverdientijd  
      gemiddeld LAT traject
- 6    Knelpunten bekostiging
- 7    Algemene knelpunten in de financiering
- 8    Wat vanuit ons perspectief wenselijk is
- 9    Tot slot
- 10   Mogelijke oplossingsrichtingen

# 1. INTRODUCTIE

Na de succesvolle ontwikkeling van de reablement interventie Langer Actief Thuis (LAT) bij Mijzo zijn vanaf 2021 meer ouderenzorgorganisaties in West- en Midden-Brabant met de interventie gestart. Dat begon voorzichtig met één extra organisatie, in 2022 werden dat er acht en nu - eind 2025 - staat de teller op dertien ouderenzorgorganisaties<sup>2</sup> die LAT volledig geïmplementeerd hebben of opschalen naar meer/alle teams en cliënten. We sluiten hiermee naadloos aan op de beleidskoers zoals verwoord in het Integraal Zorg Akkoord, het WOZO-programma, het inkoopkader langdurige zorg en nu ook het HLO, waarin reablement benoemd wordt als interventie om (mede) de transitie in de ouderenzorg vorm te geven.

We zien met reablement structurele resultaten die een grote bijdrage leveren aan het toekomstbestendig, toegankelijk en financieel houdbaar houden van de ouderenzorg. Reablement is niet alleen een andere benadering of gedachtegoed, het kent een gefundeerde en wetenschappelijk onderbouwde programmatische aanpak, waarin we financiële uitdagingen tegenkomen die we te overbruggen hebben. We nemen daarom ook graag als regio actief deel aan de in het HLO gemaakte afspraken mbt reablement om de knelpunten in de bekostiging te analyseren en samen te werken aan een oplossing voor meerjarige financiering. Dit is essentieel om het volledige potentieel van reablement/LAT te benutten en de effectiviteit ervan aan te tonen. Reablement is wenselijk voorafgaand aan iedere zorgindicatie.

De gemaakte afspraken in het HLO ten aanzien van reablement:

- V&VN ontwikkelt een kwaliteitsdocument reablement.

- VWS geeft in afstemming met ActiZ en ZN samen met ZonMw en het Zorginstituut opdracht voor de uitvoering van een maatschappelijke kostenbaten analyse over de toepassing van reablement. Bij een positieve uitkomst vraagt VWS het Zorginstituut en de NZa advies uit te brengen over de borging van deze aanpak in het zorgstelsel.
- ZN, VNG en ActiZ inventariseren knelpunten in de bekostiging van reablement interventies.
- NZa, ActiZ en ZN onderzoeken hoe de mogelijkheden voor bekostiging van koploperexperimenten voort kan worden gezet, ter overbrugging tot eventuele inbedding van deze interventies.

In dit rapport verwoorden we wat de interventie LAT inhoudt, welke resultaten behaald zijn, wat de kosten, opbrengsten en besparingen zijn, tegen welke bekostigingsknelpunten we aanlopen en welke oplossingen mogelijk zijn, gericht op toekomstige financiering van reablement interventies.

Omdat geschreven taal niet alles kan overbrengen, delen we een filmpje over LAT. In november '24 organiseerden we een LAT symposium, waar we met 200 professionals, beleidsmakers en andere geïnteresseerden stil stonden bij wat 1.000 LAT-clënten ons geleerd hebben over eigen kracht en samenspel.



ouderenzorgvoormorgen

Samen  
richting  
geven

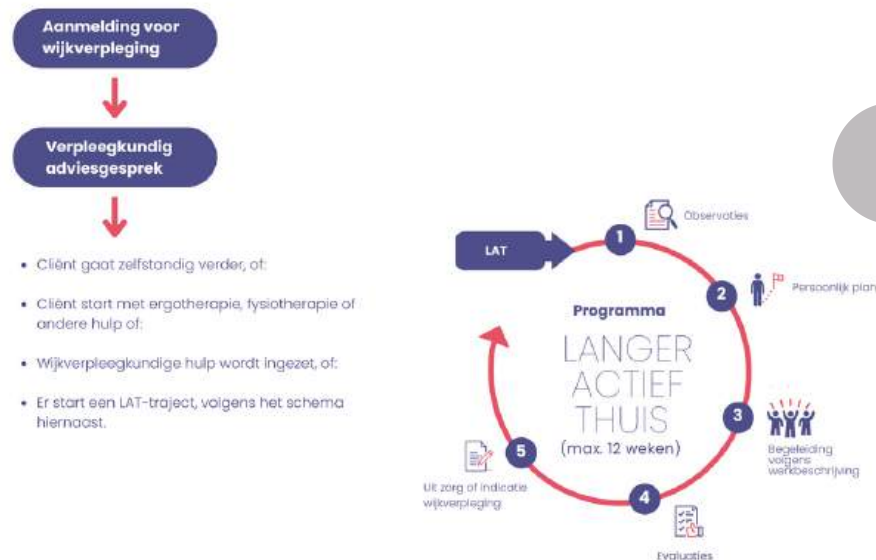
## 2. WAT HOUDT DE INTERVENTIE LAT IN?

LAT is ontwikkeld voor cliënten die een risico hebben op functionele achteruitgang in de thuissituatie en/of een vraag hebben richting ondersteuning van het handelen in de thuissituatie. Deze vraag kan liggen op het gebied van: zelfzorg, huishoudelijke activiteiten, mobiliteit en/of ontspanning. LAT is een concrete interventie om het gedachtegoed van reablement handen en voeten te geven. LAT is gebaseerd op de internationale definitie van reablement<sup>3</sup>, zie ook Dossier Reablement TvZ magazine 06/2024.

### Reablement

- Persoonsgerichte aanpak.
- Interdisciplinair team.
- Gericht op toename of handhaven van zelfredzaamheid in de dagelijkse activiteiten die belangrijk zijn voor iemand.
- In de woonsituatie.
- Helpt ouderen hun persoonlijke doelen te bereiken.

Het doel van LAT is dat cliënten zo lang en zelfstandig mogelijk in de thuissituatie kunnen blijven functioneren. Cliënten krijgen maximaal 12 weken begeleiding van een wijkteam, fysiotherapeut en ergotherapeut en werken samen met deze professionals aan door henzelf gestelde doelen. Zodat zij na deze periode zoveel mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Indien nodig wordt aan het eind van de begeleiding beoordeeld welke aanvullende zorg passend is.



De LAT interventie bestaat uit 5 stappen (zie bovenstaande infographic):

1. Wijkverpleegkundige en ergotherapeut voeren een gezamenlijk (verpleegkundig) adviesgesprek bij elke nieuwe aanvraag voor wijkverpleging waarin de doelen van de cliënt gericht op zelfredzaamheid geïnventariseerd worden.

Na dit gesprek zijn er vier vervolgopties:

- a. De cliënt kan na tips en adviezen zelfstandig verder. (Bij Thebe is ervaren dat dit bij circa 50% van de cliënten het geval is).
- b. De cliënt krijgt het advies voor vervolg met een ergotherapeut, fysiotherapeut en/of andere discipline(s)/sociaal domein.

- c. De cliënt start met de interventie Langer Actief Thuis, als er doelen zijn waar zowel wijkteam als ergo/fysio een rol in kunnen spelen. En de kans groter is dat die met LAT worden bereikt.
- d. De cliënt krijgt wijkverpleging als duidelijk is dat er geen haalbare doelen gesteld kunnen worden en professionele zorg van een wijkteam de enige oplossing is.

In de praktijk zagen we in 2024 dat regionaal zo'n 60% van de cliënten met de LAT-interventie gestart is.

Een vervolg in LAT leidt tot de volgende vervolgstappen (stap 2 t/m 5 Infographic):

1. Gekoppeld aan de doelen geformuleerd in het adviesgesprek vinden interdisciplinaire observaties plaats van de activiteiten die voor iemand belangrijk zijn om (weer) zelfstandig te kunnen doen. Tijdens deze observaties wordt het niveau van functioneren vastgesteld en een plan ontwikkeld om toe te werken naar meer zelfstandigheid.
2. Het plan wordt zo concreet mogelijk beschreven in het cliëntdossier, gekoppeld aan de doelen van de cliënt. Aan elk doel wordt een werkbeschrijving gekoppeld, aan de hand waarvan de cliënt door de verschillende disciplines op dezelfde manier begeleid kan worden.
3. Begeleiding vindt plaats volgens de werkbeschrijving, waarbij elke 2 weken een multidisciplinair overleg (MDO) plaatsvindt en afgestemd wordt over de manier van toewerken naar zelfredzaamheid. Waar nodig wordt de werkbeschrijving in het dossier aangepast.

5. Als de doelen behaald zijn of na een maximum van 12 weken wordt samen met de cliënt geëvalueerd in hoeverre doelen behaald zijn en de cliënt meer zelfredzaam is geworden. Als aan het einde van de interventie nog professionele wijkverpleging nodig is, wordt een vervolgindicatie voor wijkverpleging gesteld.

De interventie LAT voldoet aan de internationale definitie van reablement en bevat de componenten van een succesvol reablement programma, zoals in 2024 gepubliceerd door onderzoekers van de universiteit van Maastricht<sup>4</sup> te weten:

1. Gestandaardiseerde assessment en goalsetting
2. Interdisciplinair team met inzet paramedici
3. Combinatie van interventies

# 3. RESULTATEN LAT

De LAT interventie is in 2021 ontwikkeld en gemonitord in een afstudeeronderzoek. Vanaf 2023 wordt de interventie onderzocht in een promotieonderzoek. De resultaten van een eerste feasibility onderzoek zijn inmiddels geanalyseerd. In de regio's West- en Midden-Brabant wordt de implementatie regionaal ondersteund en doorontwikkeld en worden de resultaten per kwartaal gemonitord. Regionaal zagen we in 2023 en 2024 de volgende resultaten.

| Resultaten LAT 2023 en 2024          |                              |        |                              |       |
|--------------------------------------|------------------------------|--------|------------------------------|-------|
|                                      | 2023                         |        | 2024                         |       |
| Aantal cliënten LAT                  | 530                          |        | 1250                         |       |
| Aantal geanalyseerde LAT-trajecten   | 414                          |        | 886                          |       |
| Geen zorg                            | 218                          | 52,66% | 452                          | 51,0% |
| Minder zorg                          | 98                           | 23,67% | 208                          | 23,5% |
| Zelfde zorg                          | 84                           | 20,29% | 184                          | 20,8% |
| Meer zorg                            | 14                           | 3,38%  | 42                           | 4,7%  |
| Verschil zorgtijd                    | 1,98 uur per cliënt per week |        | 2,01 uur per cliënt per week |       |
| Gemiddelde duur LAT-traject in weken | 7,38                         |        | 8,11                         |       |

Toelichting verschil zorgtijd: aantal uur per week dat per cliënt gedurende de interventie zorg wordt afgebouwd ten opzichte van de start van de interventie.

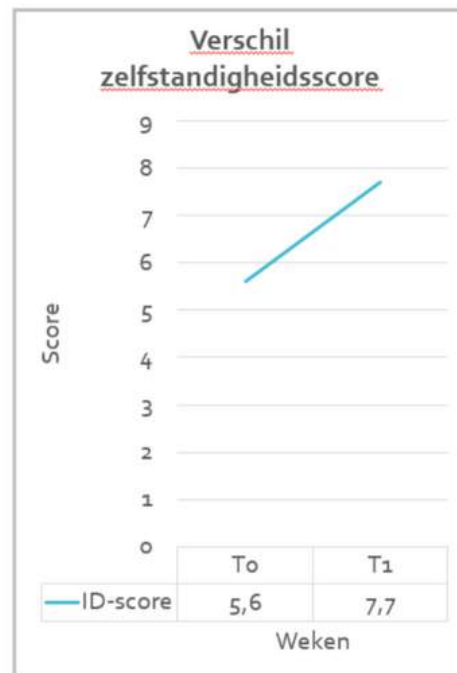
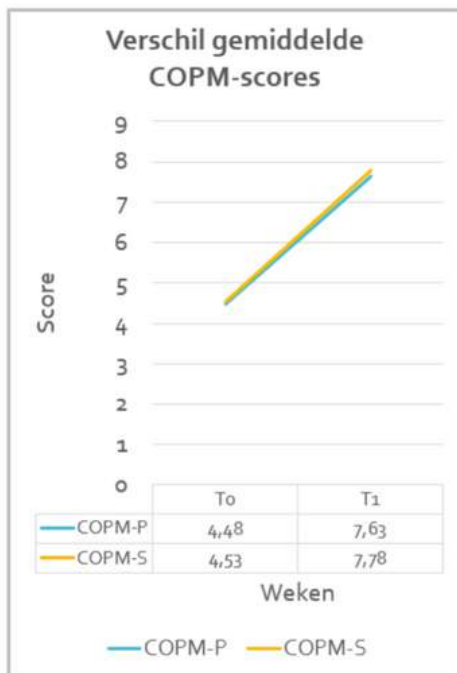
De resultaten van 2023 en 2024 laten het volgende zien:

- Meer dan de helft van de cliënten heeft na LAT geen zorg meer nodig. En doet weer de dingen die belangrijk voor hen zijn.
- Circa 20% van de cliënten heeft minder zorg nodig.
- Circa 20% van de cliënten heeft dezelfde zorg nodig.
- Een klein deel van de cliënten heeft meer zorg nodig.
- Interviews met ouderen en professionals hebben de volgende ervaringen opgeleverd:

| Ervaringen ouderen en professionals      |                                                                                       |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Ouderen                                  | Professionals                                                                         |
| LAT draagt bij aan zelfredzaamheid thuis | Mindswitch naar zelfredzaamheid                                                       |
| Toename van zelfvertrouwen door LAT      | Interdisciplinaire samenwerking: sleutel tot succes, maar soms moeilijk uit te voeren |
| Fijn om niet langer afhankelijk te zijn  | Toename zelfredzaamheid en zelfvertrouwen ouderen                                     |
| Ervaren steun van het LAT-team           | LAT draagt bij aan werkplezier                                                        |

Vanuit de feasibility studie, als onderdeel van het lopende promotieonderzoek, worden bovengenoemde resultaten bevestigd. Deze studie laat zien dat de COPM score<sup>5</sup> van betrokken cliënten (N=72) in een periode van gemiddeld 9 weken significant (meer dan 3 punten) verbetert. Hetzelfde geldt voor de zelfstandigheidsscore, waarbij een verschil van 2 punten wordt gezien.

<sup>5</sup> De Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is ontwikkeld om ergotherapeutische behandeldoelen te stellen. Deze doelen zijn gebaseerd op de door de cliënt ervaren problemen in het dagelijks handelen. De COPM identificeert de belangrijkste problemen die de cliënt ervaart en meet de veranderingen in het beeld dat de cliënt heeft van zijn handelen gedurende het behandelproces. De COPM richt zich op drie gebieden: zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning. De COPM kan ook gebruikt worden om de hulpvraag van de cliënt te verhelderen.

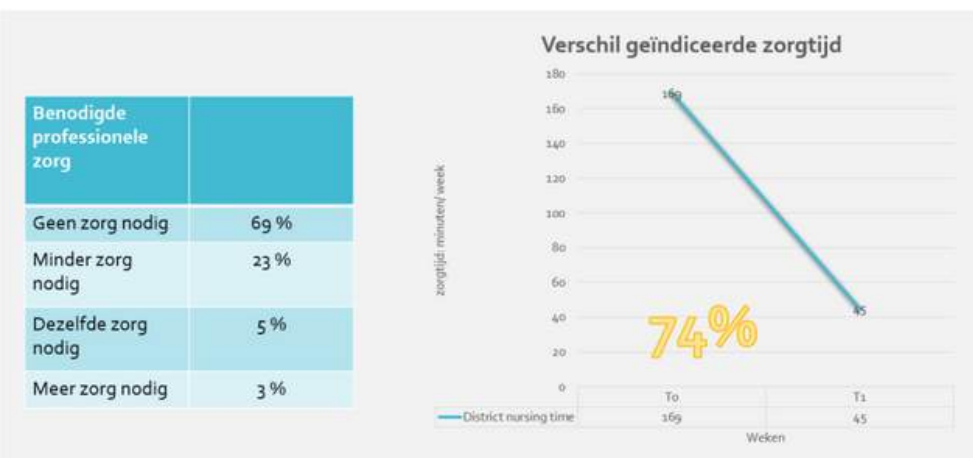


De LAT bevindingen liggen in lijn met de resultaten van internationale studies die vanaf 2002 zijn uitgevoerd.

Uit het feasibility onderzoek concluderen we dat LAT een interdisciplinaire succesvolle interventie is waarmee de zelfredzaamheid en het zelfvertrouwen van ouderen verbeteren. Gevolg hiervan is dat ouderen minder professionele zorg nodig hebben.

### Conclusie

- LAT is een haalbaar interdisciplinair programma dat bijdraagt aan de zelfredzaamheid en het zelfvertrouwen van ouderen.
- LAT draagt bij aan het verminderen van de noodzaak voor professionele zorg.
- De LAT interventie helpt zorgprofessionals om een mindswitch te maken van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'.
- De interdisciplinaire aanpak is de belangrijkste sleutel tot succes, waarbij elke discipline zijn eigen focus heeft en de verschillende disciplines elkaar aanvullen.



# 4. WAT LEVERT LAT OP?

In een maatschappelijk businesscase (mBC)<sup>6</sup>, opgesteld voor het reablement programma Langer Vitaal Thuis van Woonzorggroep Samen in 2023, is onderzocht wat de mogelijke maatschappelijke effecten van de interventie in de volle breedte zijn. De interventie Langer Vitaal Thuis is qua opzet vergelijkbaar met LAT. In het onderzoek zijn meegenomen: bevindingen van onderzoekers van de Universiteit van Maastricht, uit Nieuw-Zeeland en vanuit de koploper organisaties Cicero, MeanderGroep Zuid Limburg en Mijzo. De uitkomst is dat naast bovengenoemde resultaten diverse maatschappelijke effecten worden behaald vanuit de reablement interventie, in meerdere domeinen en bij meerdere stakeholders. Zie volgende pagina's.



<sup>6</sup> De kern van de methodiek van de mBC is te komen tot zo goed mogelijk onderbouwde inschattingen van de maatschappelijke effecten. De mBC is geen doorwrochte wetenschappelijke studie, de mBC is ook geen vervanging van wetenschappelijk onderzoek, maar een aanvullende wijze van het verzamelen van evidence.

| Nr. | Effect                                                   | Uitleg                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Vergroten kwaliteit van leven                            | Onderzoekers van de Universiteit van Maastricht kunnen vaststellen dat cliënten na deelname minder problemen ervaren op het terrein van zelfredzaamheid, productiviteit/huishoudelijke taken en ontspanning. Dit zijn indicatoren voor een toename van de kwaliteit van leven.             |
| 2.  | Voorkomen dat beginnende klachten ontstaan en verergeren | Door de interventie, zoals door het stimuleren van bewegen, kan vermindering en verslechtering van de conditie worden voorkomen. Zo kan voorkomen worden dat klachten ontstaan en kan verergering worden voorkomen.                                                                        |
| 3.  | Verminderen/uitstellen afspraken ziekenhuis              | Een direct gevolg hiervan is dat er minder behoefte aan en noodzaak is tot verder onderzoek en doorverwijzing naar het ziekenhuis. Een doorverwijzing is ook minder vaak nodig, omdat er binnen de interventie de tijd en aandacht is om onderzoek te doen en oplossingen voor te stellen. |

|    |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | Sneller terugkeren na een ziekenhuisopname | Bij de interventie worden onder leiding van een ergo- en fysiotherapeut verbeteringen doorgevoerd in de thuissituatie. Daarnaast is er gericht aandacht voor ondersteuning van de mantelzorger. De combinatie van interventies maakt dat de thuissituatie beter op orde is en dat men na een ziekenhuisopname sneller kan terugkeren. |
| 5. | Verminderen huisartsenbezoek/POH 'er       | Om meerdere redenen kan de interventie als effect hebben dat cliënten minder vaak naar de huisarts gaan; zoals door algehele verbetering van de conditie, gerichte aandacht door professionals en concrete verbeteringen in de thuissituatie.                                                                                         |
| 6. | Minder crisisopnames op de SEH             | Door de interventie ontstaat meer rust in de thuissituatie. Dit resulteert in minder crisisachtige situaties en opnames op de SEH.                                                                                                                                                                                                    |
| 7. | Uitstel van een opname                     | De interventie is er op gericht langer thuis en vitaal te blijven, met behoud van kwaliteit van leven. In allerlei studies en literatuur wordt melding gemaakt van een mogelijk uitstel van ziekenhuisopnames en intramurale opnames. Een aspect dat hierbij meespeelt is de volhoudtijd van de mantelzorger.                         |

|     |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.  | Verminderen van eenzaamheid                | Het stimuleren van het (opnieuw) leren en doen van activiteiten, binnenshuis en buitenshuis, is een kenmerk van de interventie. Dit kan leiden tot minder eenzaamheid.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 9.  | Verminderen van depressieve klachten       | Een toename van kwaliteit van leven, het verminderen van eenzaamheid; het zijn factoren die bijdragen aan het verminderen van depressieve klachten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 10. | Voorkomen en verminderen van valincidenten | Onderdeel van de interventie is een degelijke therapeutische screening. Gevaarlijke situaties in huis worden aangepakt en de juiste hulpmiddelen aangeschaft. Dit resulteert in minder valincidenten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 11. | Ontlasting medewerkers                     | De interventie richt zich nadrukkelijk op het hele systeem om de cliënt heen. Als de professionals zien dat een mantelzorger overbelast is of dreigt te raken dan wordt daar iets mee gedaan. Bijvoorbeeld door te kijken naar een betere verdeling van taken, concrete ondersteuning waardoor de partner ontlast wordt, door het anders organiseren van taken die zeer belastend zijn voor de mantelzorger, het inzetten van een taxi naar de dagbesteding, of door het organiseren van respijtzorg. Tegelijkertijd zal door een toenemende autonomie en zelfredzaamheid van de cliënt de belasting van de mantelzorger kunnen verminderen. |

|     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12. | Effecten rondom hulpmiddelen            | Door de interventie en de betrokkenheid van de ergo- en fysiotherapeut zal het aanvragen van de juiste hulpmiddelen minder tijd kosten en ook zal er minder verspilling zijn omdat sneller het juiste hulpmiddel wordt besteld.                                                                                                     |
| 13. | Vergroten van werkplezier               | Nederlandse onderzoeken op dit gebied zijn er nog niet. Uit onderzoek in Nieuw-Zeeland blijkt dat er een verband is tussen de uitvoering van reablement en een toename van het werkplezier. In de interviews bij het feasibility onderzoek naar LAT hebben professionals ook benoemd dat de interventie leidt tot meer werkplezier. |
| 14. | Betere overdracht naar het verpleeghuis | Deelname aan het programma kan als effect hebben dat de overdracht naar het verpleeghuis beter en warmer is.                                                                                                                                                                                                                        |
| 15. | Betere samenwerking tussen organisaties | In het programma wordt rondom de cliënt intensief samengewerkt tussen verschillende organisaties, zoals de gemeente, welzijnsorganisaties en zorgorganisaties.                                                                                                                                                                      |

|     |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16. | Olievlekwerking                            | Het gedachtegoed van reablement wordt door het uitvoeren van de interventie ook op andere plekken in de regio/organisaties toegepast. Professionals ervaren de interventie als een concrete manier/handvat om reablement in de praktijk te brengen.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 17. | Cultuurverandering                         | De interventie is een concrete aanpak in de gewenste cultuurverandering van zorgen voor naar zorgen met. Het is daarmee een aanpak om het gedachtegoed van positieve gezondheid in te bedden in de organisaties. Het programma levert een concrete bijdrage aan de maatschappelijke mindshift naar langer thuis. Door de uitvoering van de interventie ontstaat de broodnodige kennis en ervaring hoe dit te doen. We experimenteren en leren met elkaar langer thuis met behoud van kwaliteit van leven mogelijk te maken. |
| 18. | Knelpunten in het systeem worden zichtbaar | Door de uitvoering van de interventie ontdekken we knelpunten in het huidige zorgsysteem; namelijk hoe lastig multidisciplinair en domein overstijgend samenwerken is en hoe verschillende financieringsstromen elkaar in de weg zitten.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

# 5. KOSTEN EN TERUGVERDIENTIJD GEMIDDELD LAT TRAJECT

In het onderstaande overzicht zijn de gemiddelde kosten van een LAT-traject weergegeven, gebaseerd op afgeronde LAT-trajecten in 2023 en 2024. We benadrukken dat een deel van de cliënten geholpen is met alleen een adviesgesprek, wat direct een positief effect heeft op zelfredzaamheid, arbeidsbesparing, toegankelijkheid van de zorg en besparing van Zvw-gelden.

Na het adviesgesprek wordt naast de inzet door het wijkteam gemiddeld 12 uur behandeling (exclusief MDO, reistijd etc.) per cliënt ingezet in de LAT interventie. Dit is een combinatie van fysiotherapie en ergotherapie. We gaan op basis van de ervaringen uit van 8 uur ergotherapie en 4 uur fysiotherapie. De ergotherapeut is bij elke cliënt betrokken, de fysiotherapeut bij ongeveer 50% van de cliënten. Omwille van de leesbaarheid gaan we uit van deze gemiddelden, uiteraard is meer gedetailleerde data beschikbaar.

| Kosten gemiddeld LAT-traject |                                                       |                                                                                      |                   |
|------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Onderdeel                    | Professional                                          | Aantal uur en tarief                                                                 | Kosten            |
| Adviesgesprek                | Wijkverpleegkundige en ergotherapeut                  | 1 uur door beiden voor alle cliënten die aangemeld worden, tarief voor beiden € 80,- | € 160,00          |
| LAT-interventie              | Inzet wijkteam                                        | 26 uur gemiddeld tarief € 45                                                         | € 1.170,00        |
|                              | 8 uur inzet ergotherapeut, 4 uur inzet fysiotherapeut | 12 uur, tarief € 80                                                                  | € 960,00          |
| MDO                          | Wijkteam                                              | 1,5 uur, gemiddeld tarief                                                            | € 93,75           |
|                              | Ergotherapeut                                         | 1,5 uur, tarief € 80                                                                 | € 120,00          |
|                              | Fysiotherapeut                                        | 1,5 uur, tarief € 80                                                                 | € 120,00          |
| Indirecte cliënttijd         | Ergotherapeut                                         | 2 uur, tarief € 80                                                                   | € 160,00          |
| Reistijd fysiotherapeut      | Fysiotherapeut                                        | 2 uur, tarief € 80                                                                   | € 160,00          |
| Reistijd ergotherapeut       | Ergotherapeut                                         | 2 uur, tarief € 80                                                                   | € 160,00          |
| Overhead                     |                                                       |                                                                                      |                   |
| <b>Totale kosten</b>         |                                                       |                                                                                      | <b>€ 3.103,75</b> |

NB: Voor het doen van huisbezoeken ontvangen ergo- en fysiotherapeuten een toeslag aan huis vanuit de Zvw. Deze toeslag dekt de reiskosten. Omdat het niet de reistijd dekt, is het opgenomen in het overzicht.

Op basis van onze ervaringen met ruim 1.300 LAT cliënten zien we dat de gemiddelde vermindering van de zorgtijd in het LAT-traject vanuit het wijkteam 2 uur per week is (zie pagina 8). In kosten is dit een besparing van € 90 per week, bij een gemiddelde LAT duur van 7,7 week komt dat neer op circa € 700. De kosten van een gemiddeld LAT-traject zijn € 3.103. Dit resulteert in een gemiddelde terugverdientijd voor alle kosten van ruim 34 weken. Na aftrek van de inzet van het wijkteam (bekostigd vanuit de Zvw) is de terugverdientijd ruim 21 weken.

Als we cliënten meerekenen die na het adviesgesprek geen zorg nodig hebben, dan is de terugverdientijd veel korter. En als we het vergelijken met de kosten voor een wijkverplegingstraject dan is de terugverdientijd nog korter.

Overigens nemen we in deze berekening alleen de vermindering van de zorgtijd mee en niet alle andere maatschappelijke opbrengsten en de toename van de kwaliteit van leven. Daarnaast hebben we in de terugverdientijd niet meegenomen dat iemand zorg zou houden zonder LAT, waardoor de kosten nog verder zouden oplopen. In de praktijk zal de terugverdientijd dus aanzienlijk lager zijn.

Ter vergelijking: stel dat een cliënt in plaats van de LAT-interventie een jaar aanspraak zou doen op reguliere wijkverpleging, dan zijn de kosten: gemiddelde starttijd wijkverpleging in 2024 bij LAT cliënten is 195 minuten x 52 weken = 169 uur x 45 euro = € 7.605.

Voor een gedetailleerde vaststelling van de terugverdientijd van de LAT-interventie is longitudinaal onderzoek nodig, ook om nog meer betrouwbaar vast te kunnen stellen hoelang mensen na een LAT interventie gemiddeld uit zorg blijven.

Op basis van de gegevens die we zowel vanuit het verpleegkundig adviesgesprek bij Thebe als de resultaten van LAT hebben opgehaald, stellen we de hypothesen dat:

- 50% van de inzet van wijkverpleging wordt voorkomen door het tijdig inzetten van een adviesgesprek.
- 50% van de ouderen die een LAT-traject doorlopen na afloop zonder wijkverpleging zelfredzaam is en ruim 20% minder professionele zorg nodig heeft.
- Meer dan 50% van de cliënten minimaal een jaar uit zorg blijft na LAT, inclusief VAG.

# 6. KNELPUNTEN BEKOSTIGING

Niet alle kosten van een gemiddeld LAT-traject worden bekostigd,<sup>7</sup> wij ervaren de volgende knelpunten in de huidige bekostiging.

## MDO's worden niet vergoed

Hiervoor zijn vanuit het IZA wel mogelijkheden in het leven geroepen die echter door de zorgverzekeraar worden afgewezen. Bijv. de Beleidsregel Patiënten Groepsgebonden Afstemming (BDSS)/ BR/REG-24152. In gesprekken met verzekeraars krijgen we signalen dat MDO's in het tarief van de behandelaars zit. In de praktijk ervaren de behandelaars echter geen tijd voor MDO. We ervaren onduidelijkheid in de wetgeving en verschil in interpretatie.<sup>8</sup>

## Noodzakelijke afstem- en coördinatietijd van behandelaars wordt niet vergoed

Dit betreft indirecte cliënttijd, zoals tijd voor het aanvragen van hulpmiddelen en voorzieningen en verslaglegging. Ook betreft dit het voorbereiden van MDO's.

## Niet alle inzet ergotherapie wordt vergoed

Vanuit de basisverzekering kan 10 uur ergotherapie bekostigd worden per cliënt per jaar. Hierbij geldt het eigen risico zolang dit nog niet is opgebruikt. We weten uit de praktijk dat per traject soms meer uren ergotherapie worden ingezet. Meer inzetten kan alleen als er een (juiste) aanvullende verzekering is. Zijn meer uren nodig en is er geen aanvullende verzekering, dan worden de uren niet vergoed. Ook reistijd door de ergotherapeut kan een probleem zijn, omdat de aan-huis-toeslag in landelijke gebieden niet altijd kostendekkend is. De gemiddelde ureninzet van de ergo in een LAT-traject is 8 uur.

## Fysiotherapie alleen in aanvullende verzekering

Voor ouderen die geen aanvullende verzekering hebben, wordt fysiotherapie niet vergoed. Fysiotherapie valt onder de aanvullende verzekering en hiervoor geldt het eigen risico. Ook reistijd door de fysiotherapeut kan een probleem zijn, omdat de aan-huis-toeslag in landelijke gebieden niet altijd kostendekkend is. De ervaring in de regio sinds de financiering via de reguliere bekostiging (vanaf Q2 2025) is dat de meerderheid van de cliënten niet voor fysiotherapie kiest vanuit financiële overwegingen. Waar eerder de helft van de LAT-clienten fysiotherapie had, is dat nu nog 1/3e. Onderzocht zou moeten worden wat het gevolg is voor de zelfredzaamheid van cliënten.

| Kosten gemiddeld LAT-traject |                                      |                                                                                      |            |                               |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|
| Onderdeel                    | Professional                         | Aantal uur en tarief                                                                 | Kosten     | Deel dat niet wordt bekostigd |
| Adviesgesprek                | Wijkverpleegkundige en ergotherapeut | 1 uur door beiden voor alle cliënten die aangemeld worden, tarief voor beiden € 80,- | € 160,00   |                               |
| LAT-interventie              | Inzet wijkteam                       | 26 uur gemiddeld tarief € 45                                                         | € 1.170,00 |                               |
|                              | 8 uur inzet ergotherapeut            | 8 uur, tarief € 80                                                                   | € 640,00   |                               |
|                              | 4 uur inzet fysiotherapeut           | 4 uur, tarief € 80                                                                   | € 320,00   |                               |
| MDO                          | Wijkteam                             | 1,5 uur, gemiddeld tarief                                                            | € 93,75    |                               |
|                              | Ergotherapeut                        | 1,5 uur, tarief € 80                                                                 | € 120,00   | € 120,00                      |
|                              | Fysiotherapeut                       | 1,5 uur, tarief € 80                                                                 | € 120,00   | € 120,00                      |
| Indirecte cliënttijd         | Ergotherapeut                        | 2 uur, tarief € 80                                                                   | € 160,00   |                               |
| Reistijd fysiotherapeut      | Fysiotherapeut                       | 2 uur, tarief € 80                                                                   | € 160,00   | € 160,00                      |
| Reistijd ergotherapeut       | Ergotherapeut                        | 2 uur, tarief € 80                                                                   | € 160,00   | € 160,00                      |
| Totale kosten                |                                      |                                                                                      | € 3.103,75 | € 560,00                      |

Om LAT uit te kunnen blijven voeren, helpt het als:

- Eigen risico niet van toepassing is.
- Fysiotherapie ten behoeve van reablement/LAT vanuit de basisverzekering ingezet kan worden.
- MDO-tijd en indirecte cliënttijd ook gedeclareerd kunnen worden.

<sup>7</sup> In een recente kamerbrief vanuit VWS over het WOZO-programma (<https://open.overheid.nl/documenten/9a0e5bbf-78ca-4a42-a8b6-9772c1c5a757/file>) wordt enerzijds het belang van reablement benadrukt, maar anderzijds gesteld dat de huidige financieringsmogelijkheden volstaan (m.u.v. fysiotherapie ihkv interventieprogramma's), mits men hiervan op de hoogte is. Dat klopt niet, de huidige financieringsmogelijkheden volstaan niet.

<sup>8</sup> Navraag bij de beroepsvereniging Ergotherapie Nederland levert de volgende reactie op. 'De prestaties van eerstelijns ergotherapie zijn gebaseerd op declaratie van directe tijd. Alle overige tijd, zoals administratie, afstemming met collega's, bij- en nascholing wordt niet apart vergoed, maar wordt geacht onderdeel te zijn van de tarieven. Dus theoretisch klopt het wat verzekeraars zeggen. Echter, de tarieven zijn bij lange na niet toereikend om dit allemaal van te kunnen doen. In de gesprekken over de visie eerstelijnszorg is wel erkend dat MDO op de huidige manier niet goed is geregeld, en de samenwerking daardoor niet ten goede komt. Er is echter nog geen oplossing voor'.

# 7. ALGEMENE KNELPUNTEN IN DE FINANCIERING

## Complexiteit en versnippering van financieringsstromen

De interventie wordt bekostigd vanuit verschillende financieringsstromen. Vanuit de Zvw (met daarbij een afhankelijkheid van de afgesloten zorgverzekering en aanvullende verzekering van betreffende cliënt), de Wlz, vanuit regionale transitie middelen en eigen middelen. Dit maakt het gehele financieringsproces complex, versnipperd, administratief belastend, foutgevoelig en moeizaam uitlegbaar. Consequentie is dat er voor betrokken organisaties veel tijd en energie in gaat zitten, wat afleidt van het uiteindelijke doel. De huidige financieringsmodellen bieden onvoldoende flexibiliteit om innovatieve werkwijzen, zoals bij reablement waar de focus ligt op multidisciplinaire samenwerking en een op maat gemaakte aanpak, structureel in te passen. Dit belemmert opschaling en borging van deze interventies.

In gesprekken met financiers zijn meerdere oplossingen langsgekomen. Deze zijn echter nog niet toereikend, in de bijlage hebben we een toelichting hierop opgenomen.

## Onvoldoende domeinoverstijgende visie

In ieder gesprek dat we met financiers (gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor) voeren, kijkt elke financier vanuit het eigen perspectief naar de opbrengsten en bekostiging. Dat is enerzijds logisch, maar ook lastig en leidt ertoe dat het domeinoverstijgende perspectief niet gezien wordt. Er wordt nauwelijks over de schotten heen gekeken, er is onvoldoende bereidheid om te zien wat de investering in het ene domein qua opbrengst kan hebben in het andere domein. Als het gaat om de bekostiging wordt verwezen naar het andere domein, waardoor het gevoel ontstaat van het kastje naar de muur te worden gestuurd.

## Focus op PxQ, niet op preventieve waarde

Er wordt door zorgverzekeraars vooral gesproken over doelmatigheid en afname zorggebruik in wijkverpleging. Preventie komt niet ter tafel. Terwijl wij durven te stellen dat een toename van zelfredzaamheid, een toegenomen kwaliteit van leven, een vitaler leven met meer beweging zeker ook een positief effect hebben op de zorgconsumptie in verschillende domeinen. De maatschappelijke businesscase geeft hiervan een eerste veelbelovend beeld.

De huidige financiering is zo ingericht dat vergoedingsmogelijkheden sturend zijn. In plaats van dat gekeken wordt naar wat echt nodig is om bijvoorbeeld zwaardere zorg te voorkomen. In het huidige stelsel krijgen we betaald voor de productie die we leveren, terwijl het vanuit het gedachtegoed en de interventie van reablement juist interessant zou zijn betaald te krijgen voor de hoeveelheid zorg die wordt voorkomen. Door de interventie lukt het vaak goed om cliënten uit zorg te krijgen of minder zorg in te zetten. Feitelijk zijn we hiermee een dief van onze eigen portemonnee, omdat productie in bijvoorbeeld de wijkverpleging afneemt met alle uitdagingen ten aanzien van de bedrijfsvoering tot gevolg.

Desondanks zetten wij door, omdat we geloven in het belang van deze richting ten aanzien van de toekomstbestendigheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daarnaast zien we dat deze manier van werken ten goede komt aan belangrijke waarden van onze cliënten en het werkplezier van onze medewerkers.

In gesprek met zorgverzekeraars wordt veelal geredeneerd vanuit het perspectief, 'wat als het niet bijdraagt?'. Maar wat gebeurt er als je gaat 'omdenken'? Wat als we onszelf de vraag stellen: 'wat als het wel bijdraagt'? Wat als zorg wordt voorkomen? Wat als mensen gelukkiger zijn? Wat als het minder zorg kost in welke vorm dan ook? Wat als een toegenomen zelfredzaamheid, meer kwaliteit van leven, mensen die zich gezonder en vitaler voelen minder zorg gaan gebruiken?

### **Spraakverwarring interventie versus gedachtegoed**

Verzekeraars zien reablement (in eerste instantie) vooral als een gedachtegoed, een andere manier van werken en daarmee als een integraal onderdeel van bijvoorbeeld wijkverpleging. Daarmee is er geen noodzaak iets te wijzigen in de financiering. Wij zijn ook van mening dat reablement een gedachtegoed is, maar tegelijkertijd dat professionals reablement pas echt goed vorm kunnen geven aan de hand van een gestructureerde interventie. Op deze manier versterken gedachtegoed en interventie elkaar. Interprofessioneel samenwerken vormt een belangrijk onderdeel van de interventie om de cultuurverandering die nodig is van "zorgen voor" naar "zorgen met" vorm te geven. Dit vergt een andere samenwerking en meer afstemming dan qua financiering in de huidige tarieven is opgenomen.

LAT is een tijdelijke reablement interventie. Professionals krijgen handvatten om samen te werken aan de doelen van de cliënt. Reablement is erop gericht dat mensen kunnen doen wat belangrijk voor hen is. Dit voegt iets toe. We ervaren knelpunten in de financiering van de interventie.

### **Bewijsdrang belemmert verzilvering**

Ondanks zichtbare en meetbare positieve effecten is het gesprek met financiers vaak gericht op het verzamelen van nog meer bewijs. Dit bewijs is vanuit meerdere plekken meerdere keren aangeleverd, maar levert stevast vervolgvragen op. Tegelijkertijd zien we dat de partijen die we nodig hebben bij de dataverzameling en bewijsvoering de data niet kunnen of willen leveren en naar elkaar verwijzen. Ook zien we dat verzekeraars willen wachten op (landelijke) businesscases en impactanalyses.

Al het bovenstaande mondt uit in de volgende risico's voor de gehele interventie:

- Potentiële cliënten geven aan niet te willen participeren vanwege de kosten of vanwege het feit dat bekostiging complex is en een deelnemer door de bomen het bos niet meer ziet. Het kost veel moeite de deelnemer te (blijven) motiveren.
- Medewerkers ervaren weerstand en lopen steeds vaker tegen de complexiteit van de financiering aan.
- Deelnemende organisaties overwegen te stoppen met de interventie omdat er weerstand is de interventie deels uit eigen middelen te betalen en er opbrengstenvermindering optreedt.

- De potentiële winst voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg wordt niet verzilverd doordat cliënten medewerkers en organisaties een drempel ervaren vanuit financieel oogpunt. Die cliënt die nu niet meedoet vanwege financiële drempels (bijvoorbeeld kosten voor de fysiotherapeut, geen uren ergo meer beschikbaar vanuit pakket, of eigen risico), zal in zorg blijven binnen de wijkverpleging, terwijl dat door de interventie misschien niet nodig was geweest. Minder cliënten betekent ook minder data, minder zicht op effect, minder snel een cultuuromslag.

Subsidies en andere tijdelijke transitie- en/of IZA-middelen helpen mee interventies op te starten, beweging te creëren en best-practices te ontdekken. Dat is op heel veel plekken inmiddels gedaan. Het biedt echter geen zicht op een structurele oplossing en daarom na verloop van tijd niet wenselijk en is zelfs risicovol voor deelnemende organisaties omdat de tijdelijke financiering kan wegvallen. Daarnaast kost het aanvragen en verantwoorden van een subsidie veel tijd.

Werken vanuit reablement is een transitie. Het kost tijd om dit in gang te zetten. Startende teams hebben tijd en ondersteuning nodig te veranderen en daarna is borgen in de praktijk belangrijk. We zijn goed op weg in West- en Midden-Brabant. Het zou eeuwig zonde zijn van alle tijd, moeite, energie en geld die we hier op hebben ingezet om nu te stoppen.

# 8. WAT VANUIT ONS PERSPECTIEF WENSELIJK IS

- Reablement inzetten voorafgaand aan iedere zorgindicatie, zodat ouderen geholpen worden om de dingen die belangrijk voor hen zijn zo lang mogelijk te kunnen blijven doen. De schijf van vijf (wat kan de burger zelf, wat met hulpmiddelen, wat met naasten, wat met netwerk en ten slotte met professionals) kan op deze manier optimaal worden ingezet, zodat zorg beschikbaar blijft voor de mensen die het echt nodig hebben. Het is van wezenlijk belang dat de interventie nu landelijk omarmd en belegd is in het AZWA en HLO om zo deze werkwijze structureel te kunnen verankeren en verder te brengen met aanvullend onderzoek.
- Bereidheid en nieuwsgierigheid om met elkaar (verzekeraars, VWS, NZa, ZN, aanbieders reablement interventies) te verkennen hoe de bekostiging van de reablement interventie eruit zou kunnen zien voor de toekomst. We experimenteren op alle domeinen: wat is de beste interventie, wat is de beste manier van scholen, wat is de beste manier van communiceren, wat zijn de meeste efficiënte processen? Waarom onderzoeken we dan niet hoe de financiering eruit zou kunnen zien?
- De interventie LAT voldoet aan de internationale definitie van reablement en bevat de wetenschappelijk vastgestelde componenten van een succesvol reablement programma. De interventie LAT laat dezelfde resultaten zien als behaald in eerdere internationale onderzoeken. Deze definitie en componenten van reablementprogramma's zouden daarmee wat ons betreft een kader kunnen vormen voor de financiering van alle onderdelen van de reablementinterventies in Nederland. Hierdoor kunnen alle cliënten die in aanmerking willen komen, instromen. Dit kan deels vanuit de bestaande financieringsmogelijkheden, compensatie is nodig voor eerder uitgewerkte elementen.
- Hieraan gekoppeld kunnen we een longitudinaal onderzoek opzetten, waarmee we de effecten van de interventie op de langere termijn in kaart kunnen brengen. In samenwerking met verzekeraars ook een goede businesscase worden gemaakt van de kosten en domeinoverstijgende besparingen op de langere termijn. Wij begrijpen dat nog niet elke zorgaanbieder in Nederland toe is aan het toepassen van deze interventie en dat er allerlei risico's op de loer liggen. Wij zoeken naar een manier om aanzienlijk te kunnen opschalen en doen dit graag samen met een groep partners die zich daaraan committeert.
- De gesprekken met financiers kosten ons en ook de financiers ieder jaar ontzettend veel tijd. We zouden daarom graag voor meerdere jaren afspraken maken.

# 9. TOT SLOT

De reablement interventie LAT biedt een unieke kans om de zorg toekomstbestendig, toegankelijk en betaalbaar te maken. Ondanks de zichtbare en meetbare positieve effecten vormen complexe financieringsstructuren een grote uitdaging. Het is essentieel om de belemmeringen in de financiering aan te pakken en gezamenlijk te investeren in een duurzame oplossing. Alleen dan kunnen we de transitie naar een preventiegedreven zorgmodel realiseren en de potentie van reablement volledig benutten.

## Contactgegevens:

Monique Cooijman  
programmamanager regionale transitie VVT West- en Midden-Brabant  
[programmamanager@monique-cooijman.nl](mailto:programmamanager@monique-cooijman.nl)

Elly Branderhorst  
projectleider LAT, ergotherapeut en promovendus  
[elly.branderhorst@mijzo.nl](mailto:elly.branderhorst@mijzo.nl)

# 10. BIJLAGE: MOGELIJKE OPLOSSINGEN BEKOSTIGING

## **Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP), zorgtraject voor kwetsbare patiënten startfase / vervolgfase**

Per 1 januari 2025 zijn binnen de Nza beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen een tweetal prestaties opgenomen, namelijk: zorgtraject kwetsbare patiënten startfase en zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase. Deze trajectbekostiging kan een gedeeltelijke oplossing zijn doordat ruimte wordt geboden voor het verkrijgen van inzicht in de zorgvraag en zorgbehoefte incl. diagnostiek en observatie. Inhoudelijk is echter wel het bezwaar dat GZSP gericht is op behandelen en reablement op zelf- en samenredzaamheid. Binnen de prestatie wordt uitgegaan van coördinatie door de regiebehandelaar (dus SO), echter bij reablement is de wijkverpleegkundige of de ergotherapeut de coördinator. Ook deze prestatie dekt niet alle kosten. Daarnaast vallen paramedische behandelingen nog steeds onder de 1e lijns zorg, de bovengenoemde knelpunten van de (aanvullende) verzekeringen en eigen bijdrages blijven gelden.

## **DBC Reablement**

Dit vraagt een volledig nieuwe wijze van financieren in de wijkverpleging. Het vraagt herdefiniëring van de aanspraak en het opbouwen van een structuur op basis van bijvoorbeeld proeftuinen om te komen tot beleidsregels.

## **Aanspraak enkelvoudige paramedische behandeling**

Op dit moment is een behandelbeperking bij ergotherapie (tot 10 uur) en een onverzekerd deel bij fysiotherapie. Het verruimen van de aanspraak is een mogelijke oplossing. Het is administratief redelijk eenvoudig en past bij de huidige wijze van declareren.

## **Aanspraak Wijkverpleging specificeren voor reablement**

Indien reablement in de wijkverpleging wordt gezien als bijzondere vorm van wijkverpleging is het vergelijkbaar met casemanagement dementie. Een stukje van de wijkverpleging kan worden ingevuld door een professional met een andere beroepsachtergrond die wel bijdraagt aan de wijkverpleegkundige doelstelling. Het wijkverpleegkundig proces wordt niet opgedeeld, maar juist integraal benaderd. Het ontschot en draagt bij aan de doeltelling van wijkverpleging. Wijkverpleging met reablement methodiek blijft gevrijwaard van het eigen risico. Paramedici kunnen indien in dienst van VVT-organisatie de tijd via wijkverpleging declarabel maken en eventueel anderen kunnen op factuurbasis aan VVT-instelling werken.