

Deze uitgave is een nieuwsbrief die belangrijke ontwikkelingen signaleert in de ouderenzorg.
Oud & Nieuw is een initiatief van Biomet Nederland BV, gevestigd in Dordrecht.



Oud & Nieuw

Ouderenzorgnieuwsbrief

In dit nummer o.a.:

• **Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen** • **Persoonsgebonden budget krijgt wettelijke grondslag in de Zvw** • **Kwaliteit loont in de zorg** • **Actualiteiten/organisatie**

Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen.

Dat is de naam van het plan van aanpak voor de ouderenzorg dat staatssecretaris Martin van Rijn (VWS) recent naar de Tweede Kamer stuurde. Mooie woorden: waardigheid, trots, liefdevol... en dat allemaal in combinatie met onze ouderen.

Ouderen? Op de site Nationaal Kompas Volksgezondheid staat dat er geen strikte definitie te geven is van het begrip ouderen. Wat zegt het woord oud eigenlijk? Hoe jong is een oudere vandaag de dag? Oud zijn is een persoonlijke beleving en een perceptie van de omgeving.

Toen mijn vader vijftig werd bestempelde ik hem als vijftienjarige wel degelijk als oud. Nu ik zelf 48 jaar ben en mezelf jong voel, wil ik niet weten hoe mijn kinderen over mijn leeftijd oordelen. Mijn opa was met 65 jaar oud en moest verhuizen van een grote boerderij naar een bejaarden-tehuis, de voorloper van het woonzorgcomplex.

Een dezer dagen verschijnt de Nederlandse uitgave van Living a Century or More (Hoe word je 100?) van arts William Cortvriendt (1956). Dit boek geeft de feiten hoe we gezond en jong kunnen blijven en daardoor bijzonder lang kunnen leven. Een mooi overzicht van de 'ingrediënten des levens', met veel informatie over voeding, lichamelijke en mentale activiteit, et cetera. Het boek leert dat je wel degelijk invloed kunt uitoefenen op jong zijn en vitaal blijven.

Onze overheid zou deze focus ook meer mogen uitdragen en met behulp van campagnes gezond gedrag voor jonge ouderen mogen stimuleren. Uiteraard blijft het de verantwoordelijkheid van eenieder hoe hij of zij hier mee om gaat.



Voor zover ik het zelf kan beïnvloeden ben ik van plan om heel lang jong te blijven. En tegen die tijd dat ik mij echt oud voel wordt een plan van aanpak geschreven voor ouderen boven de 100.

Veel leesplezier!

Roland van Esch



Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen, 11 februari 2015, ministerie VWS

Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen.

Goede zorg voor ouderen in de verpleeghuizen draait in essentie om maximaal behoud van zelfrespect en kwaliteit van leven. Zorg die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt, met warme betrokkenheid van familie en naasten: waardigheid. Zorg die met plezier wordt geleverd door gemotiveerde verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaars. Zorg die voldoet aan hun beroepsstandaard, geleverd in een beschermde woningomgeving, waar sprake is van: (beroeps)trots. Dat zijn de sleutelementen voor liefdevolle zorg voor onze ouderen.

In het verbeterplan voor de verpleeghuiszorg wordt benadrukt dat er meer moet worden geluisterd naar de wensen van bewoners, die wensen moeten leidend worden. Cliëntenraden moeten beter worden ondersteund, want nu ontbreekt het hen vaak aan kennis om goed mee te kunnen beslissen. Tehuizen moeten ook gaan investeren in betere opleidingen voor het personeel zodat dat toegerust is op de steeds ziekere bewoners. En bij slecht functioneren worden verpleeghuisdirecties harder op de vingers getikt door de inspectie of op non-actief gezet. De inspectie zal ook vaker incognito en onaangekondigd de gang van zaken in een huis gaan controleren. De goede verpleeghuizen gaan van de minder goede gescheiden worden. Wie slecht presteert in de ogen van patiënten en hun familie, krijgt de Inspectie voor de Gezondheidszorg vaker over de vloer. Wie het goed doet, krijgt juist minder controles. De beoordelingen moeten ook online te vinden zijn, zodat meteen duidelijk is wie het goed doet en wie niet. Om stappen in deze richting te kunnen zetten is volgens Van Rijn een andere attitude nodig van alle betrokkenen, bestuurders, inspectie en overheid.

Het plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen 'Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen.' is een reactie op het inspectierapport van IGZ uit juni 2014, waarin risico's op kwaliteitstekorten werden gesignaleerd. Het plan van aanpak geeft ook invulling aan een aantal moties ingediend bij het Kamerdebat van november 2014. Of er extra geld beschikbaar is, wordt dit voorjaar duidelijk. Het plan is tot stand gekomen met inbreng van NPCF, LOC, V&VN, Verenso, ActiZ, BTN, ZN, het Zorginstituut, IGZ en het kerndepartement van VWS.



Speerpunten uit het plan

In het debat met de Kamer op 18 november 2014 is aangegeven op korte termijn het toezicht van de IGZ te intensiveren. Daarnaast worden naar aanleiding van de ingediende moties bij het Kamerdebat van november jl. 5 speerpunten uitgewerkt.

Extra toezicht IGZ bij hoog risico instellingen

De IGZ gaat door met het intensieve toezicht op alle verzorgings- en verpleeghuizen, waarvan zij meent dat er een hoog risico is op onverantwoorde zorg. Idee is dat er scherper toezicht komt op onder de maat presterende instellingen, waarbij de IGZ nog meer vanuit het perspectief van de cliënt toezicht zal houden. De inspectie komt binnenkort met een plan waarbij de 150 hoog risico-instellingen extra aandacht krijgen. De pilot met *mystery guests* krijgt een vervolg en klachten van burgers worden beter onderzocht.

Speerpunt 1: Samenwerking tussen cliënt, informele zorg en zorgverlener

De cliënt of zijn vertegenwoordiger moet de regie krijgen over het opstellen, evalueren en bijstellen van een zorgleefplan. De wensen van de cliënt en diens verwanten moeten leidend zijn voor de zorg. De planning is dat voor juni 2015 een zorgleefplan is ontwikkeld dat de cliënten en hun verwanten makkelijk kunnen gebruiken, en dat vanaf 2016 instellingen het zorgleefplan (inclusief de digitale inzage ervan) breed toepassen. Het streven is dat vanaf 2017 alle instellingen hiervan gebruik maken.

Verder is het bij de keuze voor een verpleeghuis belangrijk dat de cliënt een beroep kan doen op een onafhankelijke cliëntondersteuner, die helpt bij de zorgkeuze, bemiddeling

en de evaluatie van het zorgplan. De Wlz-uitvoerders worden verantwoordelijk voor het in het leven roepen van deze nieuwe functie. Per 1 januari 2017 moet overal cliëntondersteuning beschikbaar zijn, gericht op de behoefte van de cliënt.

Ook is een verdere professionalisering van cliëntenraden noodzakelijk. Cliëntenraden zijn een serieuze gesprekspartner van de bestuurder en moeten de stem van de cliënt goed naar voren kunnen brengen. De raad van bestuur is verantwoordelijk voor het instellen en faciliteren van de cliëntenraad en uiteindelijk het betrekken van het cliëntperspectief in de besluitvorming.

Speerpunt 2: Basis op orde: veilige zorg

Er zal meer focus moeten komen op het aanspreken van de raad van bestuur en de raad van toezicht op hun verantwoordelijkheid, op de feitelijke zorg die de cliënt ontvangt en ervaart, en op onverwachte elementen in de uitvoering van het toezicht. De minister en IGZ kunnen hierbij gebruik maken van instrumenten voor bestuurlijke ondertoezichtstelling op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en de Wet toelatingen zorginstellingen (WTZi). De instrumenten worden zodanig uitgewerkt dat de aanwijzing en andere instrumenten optimaal ingezet kunnen worden in situaties waar risico's bestaan voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Verder is het belangrijk dat de zorgaanbieder leert van gemaakte fouten, incidenten en de ontvangen klachten. In de curatieve zorg is al veel ervaring op gedaan met systemen van veilig incident melden (VIM). Het is belangrijk dat ook aanbieders van langdurige intramurale ouderenzorg een dergelijk systeem gaan toepassen. Met het voorstel van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, dat ter behandeling ligt in de Eerste Kamer, wordt de aanbieder verplicht om een systeem van VIM te hebben.

Speerpunt 3: Meer ruimte voor en kwaliteit van professionals

In het plan wordt de noodzaak benoemd voor kwaliteit van professionals: 'voldoende en deskundig, goed toegerust personeel'. Er komt meer aandacht voor deskundigheid van het personeel, voor opleidingen en de juiste personeels-

samenstelling om goede zorg aan cliënten te kunnen bieden. Daarnaast komt er een eerste leidraad op het gebied van personeelsinzet: hoe ziet de optimale samenstelling van teams in verpleeghuizen eruit? Wat is de juiste mix aan competenties? De bevindingen bij het ontwikkelen van deze leidraad worden doorvertaald naar onderwijs en scholing.

Speerpunt 4: Kwaliteit staat of valt met bestuurlijk leiderschap

Het is belangrijk dat de verpleeghuissector zelf de kwaliteit van de bestuurders en interne toezichthouders ter hand neemt, dat er een visitatiesysteem wordt opgesteld en dat er naar de goede huizen wordt gekeken die de andere kunnen gaan helpen. VWS scherpt de wettelijke randvoorwaarden en het toezichtstelsel aan. Verder zet het plan in op het verbeteren van de kwaliteit met hulp van *good practices*. Zo krijgen tweehonderd verpleeghuislocaties met ambitie de kans de sector te laten zien wat er allemaal mogelijk is.

Speerpunt 5: Openheid en transparantie

De kwaliteit van de verpleeghuiszorg moet transparanter worden, administratieve lasten moeten dalen en er moet beter inzicht komen in de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering. De samenleving moet meer worden betrokken bij verpleeghuizen en verpleeghuizen moeten 'meer open zijn over wat er binnen de muren gebeurt'. Meer transparantie voor cliënten en familie wordt onder andere beoogd via een verbeterde Zorgkaartnederland.nl, waar informatie van de inspectie te vinden is en klantervaringen. Er zijn geen gemakkelijke of snelle oplossingen om tot toekomstbestendige verpleeghuiszorg te komen. De fundamentele verandering zit in de relatie tussen cliënten en professionals. Zij zullen zich gesteund moeten voelen en ondersteund moeten worden de zorg anders in te richten en daartoe het gesprek met elkaar anders te voeren. Dat vergt een gewijzigde attitude van henzelf, maar vooral van derden: de partijen die invloed uitoefenen op de primaire relatie tussen cliënt en professional: middenmanagement, bestuurder, Wlz-uitvoerder, toezichthouder en overheid (Ministerie VWS, Skipr, Zorgvisie, EenVandaag, 11 februari 2015).

Reacties op het plan van aanpak

ANBO: Laat goede verpleeghuizen voortouw nemen

Ouderenbond ANBO wil dat verpleeghuizen die het uitstekend doen als voorbeeldmodel gaan dienen voor andere instellingen. Er zijn verpleeghuizen die uitstekend werk verrichten, en tegelijkertijd instellingen met hetzelfde budget die het niet goed doen. Ook is het goed dat er is begonnen is om een persoonlijk zorgplan op te stellen met bewoners.

Daardoor is er ruimte voor maatwerk: de één wil bijvoorbeeld vaker naar buiten dan de ander, of iemand wil graag vaker onder de douche en iemand anders juist minder. Door de aansturingwijze en werkprocessen van excellerende organisaties actief bij de minder presterende instellingen naar voren te brengen kan er een flinke verbetering worden gemaakt. Er is veel te leren van de *best practises* bij goed opererende zorgteams, waar personeel breed inzetbaar is (Skipr, 11 februari 2015).

ActiZ: vraagtekens bij haalbaarheid

ActiZ maakt zich zorgen over de haalbaarheid van het omvangrijke plan. De staatssecretaris van VWS heeft een plan van aanpak gemaakt met meer dan twintig maatregelen om de zorg in verpleeghuizen te verbeteren. ActiZ onderschrijft de visie van de staatssecretaris en de speerpunten van het plan: de cliënt écht in de hoofdrol en ruimte voor de professional om met de cliënt en zijn naasten de zorg in te vullen.

Maar het plan van aanpak van VWS is veelomvattend, gedetailleerd en gericht op alle betrokkenen: van de zorgmedewerker en de interne toezichthouder tot de cliënten en hun naasten. Ondanks dat de staatssecretaris zelf aangeeft dat kwaliteitsverbetering geen *quick fix* is, vraagt hij toch om gedurende de tweejarige looptijd van het plan veel activiteiten op te pakken (Skipr, Actiz, 11 februari 2015).

NPCF: de zorg in verpleeghuizen wordt er niet beter van

De NPCF noemt het 'positief' dat in het plan veel aandacht is voor de kwaliteit van leven van patiënten en bewoners in tehuizen. Mensen moeten zoveel mogelijk in hun eigen ritme kunnen leven en mogen niet in het regime van het huis worden gedrongen. Daarbij is het zorgleefplan van belang. Maar het is nu te vaak een bureaucratisch instrument. Verder is het goed dat cliëntenraden een sterkere positie krijgen maar ze moeten dan wel in staat gesteld worden om hun werk te doen. Ook juicht de NPCF het toe dat de staatssecretaris raden van toezicht beter hun werk wil laten doen. Onbekwame bestuurders moeten kunnen worden aangepakt. En slechte verpleeghuizen moeten kunnen leren van de goede (NPCF, 11 februari 2015).

V&VN: leidraad voor samenstelling van teams

Beroepsvereniging van verplegenden en verzorgenden V&VN is vooral blij dat de organisatie samen met het Zorginstituut, Verenso en werkgeversorganisaties ActiZ en BTN gaat werken aan de leidraad voor een optimale samenstelling van teams in verpleeghuizen. V&VN waarschuwt hierbij wel voor het opleggen van strenge, vaste normen. Het gaat om een optimale mix van medewerkers: verzorgenden, hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ouderenzorg. Dat verschilt per locatie van een instelling, en per afdeling. Verder is V&VN blij met de uitspraak van Van Rijn, die zegt dat er eerder en harder zal worden ingegrepen bij falend management (V&VN, 11 februari 2015).

FNV: Plan is geen oplossing

Vakbond FNV laat in een reactie weten dat het plan van Van Rijn geen oplossing biedt voor de problemen in de zorg. Van Rijn komt met een plan voor meer toezicht, meer cliëntenraden, meer inspectie. Maar hij zegt niets over het verzachten van zijn rigoureuze bezuinigingen in de zorg. En waar het eigenlijk om moet gaan: meer zorgmedewerkers. 'Na alle protesten in de zorg, en alle alarmerende berichten in de kranten is het van de gekke dat dat nog niet is doorgedrongen tot Van Rijn.'



Persoonsgebonden budget krijgt wettelijke grondslag in de Zvw

De ministerraad heeft op voorstel van minister Schippers van VWS ingestemd met een nieuw wetsvoorstel waarin het Zvw-pgb wordt geregeld. Het wetsvoorstel bepaalt dat zorgverzekeraars ook na dit jaar de opdracht krijgen om het Zvw-pgb in hun polissen aan te bieden. Ook biedt het wetsvoorstel de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de hoogte van de vergoeding van de met een Zvw-pgb vergoede zorg en over de voorwaarden waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Onderdeel van de hervorming van de langdurige zorg is de overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ, die per 1 januari is opgehouden te bestaan, naar de Zvw. In dat licht heeft de Tweede Kamer de regering verzocht het pgb voor wijkverpleging onder te brengen in de Zvw. In de praktijk is het op dit moment al zo geregeld, alleen de wettelijke verankering ontbreekt nog. De ministerraad heeft ermee ingestemd het wetsvoorstel voor advies aan de Raad van State te zenden. De tekst van het wetsvoorstel en van het advies van de Raad van State worden openbaar bij indiening bij de Tweede Kamer (Nieuwsbericht Ministerie VWS, 6 februari 2015).



Huisbezoek belangrijker in bestrijding fraude pgb

Huisbezoeken aan zowel bestaande als nieuwe houders van een pgb worden belangrijker in de bestrijding van fraude met het pgb. Tevens krijgen de bezoeken een grotere rol in de voorlichting van budgethouders. Voor de huisbezoeken is de komende jaren 5 miljoen euro beschikbaar (Ministerie VWS). De zorgkantoren hebben sinds 2012 ongeveer 30.000 huisbezoeken afgelegd. Bij 2100 bezoeken leek er iets serieus niet in de haak: mogelijke fraude. Bij 900 gevallen bleek de kwaliteit van de zorg (ruim) onvoldoende. De IGZ is van die gevallen op de hoogte gesteld.

Voor veel mensen is het pgb een hele goede optie. Bij een solide, houdbare pgb-regeling hoort echter ook dat fraude wordt aangepakt en voorkomen. Naast de huisbezoeken was een van de maatregelen om het pgb niet meer op de rekening van de cliënt te storten: het trekkingsrecht, de SVB betaalt in opdracht aan de zorgverleners. Het trekkingsrecht is op 1 januari 2015 ingevoerd in de Wlz, de Wmo 2015 en in de Jeugdwet. Het trekkingsrecht voorkomt fraude, omdat de (hoge) geldbedragen niet meer op de rekening van de budgethouder worden gestort en de controle niet meer achteraf, maar vooraf wordt uitgevoerd. Naarmate er langer

met trekkingsrecht gewerkt wordt, worden verdachte transacties steeds beter herkend. Budgethouders die tijdig en te goede trouw melding maken van (een vermoeden van) fraude, mogen daarvan niet de dupe worden.

Mocht een consequentie van de melding zijn dat diens pgb wordt opgeschort, dan dient het zorgkantoor samen met de budgethouder met een oplossing te komen voor het ontstane probleem. Meer conclusies over de aanpak van pgb-fraude zijn:

- Het bij indicatie en toekenning van een pgb daadwerkelijk zien van mensen door het CIZ is zeer waardevol gebleken. Daarom wordt iedere aanvrager van een pgb in de Wlz door het CIZ gezien.
- Een pgb is moeilijk te weigeren. Hoewel er de afgelopen jaren meer redenen zijn gekomen om een budget te weigeren, blijkt het moeilijk deze concreet toe te passen. (Nieuwsbericht Ministerie VWS, 29 januari 2015).

NZa-actie dringt onterechte bijbetalingen in verpleeg- en verzorgingshuizen terug

Verschillende maatregelen van de NZa hebben ertoe geleid dat verpleeg- en verzorgingshuizen in totaal ruim € 188.000,- terug hebben betaald aan ruim driehonderd gedupeerden. Deze cliënten hadden onterecht een rekening gekregen voor zorg en diensten waarvoor zij niet hoefden te betalen. Aanleiding voor de maatregelen waren signalen van de Consumentenbond dat de informatie aan cliënten over bijvoorbeeld was- en inrichtingskosten summier, niet eenduidig en soms zelfs fout was. De NZa deed in 2014 onderzoek naar dit probleem. In tien gevallen stelde de NZa vast dat cliënten daadwerkelijk ten onrechte bijbetaald hebben voor zorg die vanuit de langdurige zorg werd vergoed. Hiermee is een totaalbedrag van € 188.257,66 gemoeid. Dit bedrag is inmiddels terugbetaald. De hoogte varieerde van €18,50 tot €4.000,- per cliënt. Bij 304 zorgaanbieders die buiten de reikwijdte van het onderzoek van de Consumentenbond vielen, constateerde de NZa dat twintig zorginstellingen in het verleden onterechte bijbetalingen in rekening brachten. Dit geld is teruggestort. Ook bleek de informatievoorziening aan cliënten over bijbetalingen in veel gevallen onvoldoende transparant.

Het gaat vooral over pedicure-, was- en inrichtingskosten. Het Zorginstituut Nederland gaat de inhoud van deze aanspraken de komende maanden verduidelijken. De NZa stuurde zestien zorginstellingen een brief met daarin het voornemen dat zij formele toezichtmaatregelen zou treffen als de instellingen hun cliënten nog steeds niet correct en duidelijk uitlegden waarvoor zij wel of niet moesten bijbetalen. Daarop werd de informatie alsnog aangepast. De NZa heeft deze aanpassingen gecontroleerd en akkoord bevonden. Er volgden daarom geen andere toezichtmaatregelen. De afgelopen maanden heeft de NZa samen met zorgaanbieders, zorgkantoren en cliëntenorganisaties maatregelen besproken om onterechte bijbetalingen terug te dringen. Als gevolg hiervan is voorlichting over bijbetalingen voor cliënten transparanter geworden. In de overeenkomst die aanbieders en zorgkantoren sluiten staat dat de instellingen informatie over aanvullende diensten op de website moeten publiceren. Instellingen moet zich hieraan houden. Er is bovendien een stappenplan opgesteld om de positie van bewoners te versterken. Cliëntenraden worden nauwer betrokken bij de vaststelling van diensten, tarieven en klachten. De NZa is positief over de bereidheid van de zorgaanbieders, zorgkantoren en cliëntenraden om mee te denken met mogelijke maatregelen en hier ook verantwoordelijkheid in te nemen. Ze verwacht dan ook dat het aantal gevallen van onterechte bijbetalingen verder afneemt (NZa, 21 januari 2015).



Schippers: 'Kwaliteit loont in de zorg'

Minister Edith Schippers (VWS) heeft een pakket maatregelen gepresenteerd aan de Tweede Kamer, waarmee langs de weg van kwaliteitsverbetering een aanzienlijk besparing op de zorgkosten kan worden gerealiseerd. Kern van de maatregelen is dat het voor patiënten, zorgverleners en verzekeraars lonender wordt om te kiezen voor de beste zorg. Daarnaast wordt de positie van de patiënt versterkt en het evenwicht in de sector hersteld.

De vraag naar zorg neemt de komende decennia sterk toe, door de vergrijzing en doordat steeds meer mensen één of meer chronische aandoeningen hebben. Dat maakt beperking van de groei noodzakelijk. Bovendien wil Schippers de positie van ouderen en chronisch zieken versterken. Het wordt voor verzekeraars aantrekkelijker om voor deze groepen goede, samenhangende zorg in te kopen.

Daarnaast komen er strengere kwaliteitseisen aan zorgverleners. Slecht presterende zorgverleners wordt de pas afgesneden. Door de strengere kwaliteitseisen hoeft er minder lang en minder vaak behandeld te worden en zullen er minder hersteloperaties zijn. Doordat verzekeraars scherper op kwaliteit en prijs kunnen inkopen, blijft de zorg betaalbaar.

Op hoofdlijnen zien de maatregelen er als volgt uit:

- De mogelijkheid voor verzekeraars om hun verzekerden een korting op het eigen risico te geven wanneer deze naar gecontracteerde zorgaanbieders gaan, wordt gestimuleerd.
- De compensatie voor verzekeraars wordt zo veranderd dat het lonend wordt dat zij zich met goede zorg juist op chronisch zieken en ouderen richten.
- Verzekeraars gaan zorg inkopen aan de hand van vastgestelde kwaliteitseisen.
- Op kwaliteit en prijs gecontracteerde zorgaanbieders worden zo min mogelijk achteraf aangeslagen voor de overschrijdingen van niet-gecontracteerde zorgverleners, waardoor het sluiten van een contract loont.

- Er komen scherpere kwaliteitseisen, vooral ook voor de GGZ-sector.
- Verzekerden krijgen meer invloed op het beleid van hun verzekeraar.
- Er komt scherper toezicht op fusies. Samenklontering van zorgaanbieders wordt tegengegaan. (Nieuwsbericht Ministerie VWS, 6 februari 2015).

IGZ: keurmerk geen garantie voor kwaliteit

Een keurmerk, certificering of accreditering biedt geen of onvoldoende garantie voor verantwoorde zorg. Belangrijker is een goede bestuurlijke verankering van kwaliteit en veiligheid. IGZ gaat bestuurders en interne toezichthouders expliciet op deze bestuurlijke verantwoordelijkheid aanspreken. Zij verwacht van bestuurders dat ze een adequate systematiek hanteren om de veiligheid en kwaliteit van zorg te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Een onderdeel hier van is 'stevig intern toezicht, dat het bestuur niet alleen adviseert, maar ook controleert'. Het cliëntperspectief vormt wat IGZ betreft een wezenlijk onderdeel van het interne toezicht.

Als uitvloeisel van het verbetertraject 'Toezien met Vertrouwen en Gezag' maakt IGZ voortaan ieder jaar de belangrijkste prioriteiten kenbaar. Met deze prioritering wil IGZ risico's bij zorgaanbieders op de kaart te zetten en waar mogelijk wegnemen. Voor wat betreft het toezicht zelf laat IGZ weten zorgaanbieders voortaan in principe alleen onaangekondigd te bezoeken. Waar nog wel sprake is van aangekondigde bezoeken zullen deze vanaf 2015 altijd onaangekondigde elementen bevatten.

Naast governance gaat de inspectie komend jaar extra aandacht besteden aan de gevolgen van de transitie, medicatieveiligheid, intramurale ouderenzorg en disfunctionerende beroepsbeoefenaren. Deze aandachtspunten worden mede in gegeven door de grote veranderingen in de zorg. In een periode van grote organisatorische veranderingen zijn de risico's op blinde vlekken en fouten bij zorgaanbieders groter dan anders, zo stelt IGZ. De aandacht is in zulke periodes minder gericht op continuïteit en kwaliteit van de zorgver-



lening en meer op interne processen en herinrichting van de organisatie. Als het om veranderingen gaat die impact kunnen hebben op de kwaliteit van zorg denkt de inspectie vooral aan de herverdeling van zorgtaken in de langdurige zorg. Een belangrijk aandachtspunt voor het toezicht is de integraliteit van ondersteuning van zorg en behandeling waar gemeenten en verzekeraars gezamenlijk verantwoordelijk voor zijn. Waar zorg niet door een zorgaanbieder maar door een netwerk van meerdere zorgverleners en zorgaanbieders en mantelzorgers geleverd wordt, is voor de inspectie het functioneren van dit netwerk een wezenlijk onderdeel van de kwaliteit van de zorg. Aangezien er een groter beroep zal worden gedaan op de zelfredzaamheid van zorgvragers en hun netwerk, besteedt IGZ extra aandacht aan de zorg aan mensen met een geringe sociale redzaamheid. Ook de zorg voor kwetsbare ouderen in de verpleeghuizen staat onder druk. De zorgvraag neemt toe, terwijl de kennis en kunde van de zorgmedewerkers niet is meegegroeid met de zorgvraag (Skipr, 5 februari 2015).



kwiteit van zorg

Ouderenzorg in eerstelijns sorteert weinig effect

Intensieve eerstelijnszorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen leidt niet tot een hogere kwaliteit van leven of vermindering van klachten. Ook blijven de veronderstelde preventieve effecten uit, waardoor dergelijke zorg niet kosteneffectiever is dan reguliere zorg. Dit constateren onderzoekers van de Universiteit Maastricht op basis van research naar het interdisciplinaire programma 'Zorg uit Voorzorg'.

Voor het onderzoek volgden de onderzoekers gedurende twee jaar zo'n 350 ouderen. Bijna tweehonderd van hen kregen extra zorg en aandacht van onder andere huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut en ergotherapeut. Een eerste pilot werd goed ontvangen door zowel de ouderen als de betrokken professionals. Ouderen voelden zich gesteund bij het omgaan met groeiende beperkingen, terwijl professionals het programma aangrepen als leidraad voor interdisciplinaire geriatrische zorg in de eerstelijns.

Op grond hiervan veronderstelden de onderzoekers dat deze vorm van extramurale geriatrische zorg zou leiden tot minder beperkingen in de dagelijkse activiteiten, een hogere kwaliteit van leven, en uiteindelijk verminderd zorggebruik en dus lagere zorgkosten. De uitkomsten van het onderzoek ondersteunden deze veronderstellingen, maar wezen voor de kosteneffectiviteit eerder op het tegendeel.

In de onderzochte periode gingen zowel de ouderen die intensieve zorg kregen, als de ouderen in reguliere zorg, achteruit in functioneren zonder dat er sprake was van significante verschillen tussen de twee groepen. Ook gemeten naar de incidentie van depressieve symptomen, valangst en sociale participatie waren er geen verschillen.

Wel maakten de intensief begeleide ouderen meer gebruik van zorg. Zo hadden ze bijna vijf keer vaker contact met de praktijkondersteuner en gebruikten ze bijna zeven keer meer ergotherapie. Mede hierdoor zijn de totale zorgkosten per persoon in deze groep bijna zesduizend euro hoger: € 26.500,- tegen € 20.550,- in de controlegroep. Op grond van de eigen studie alsook een aantal andere studies concluderen de onderzoekers dat 'eerstelijnszorg voor ouderen in een kwetsbare positie een grote uitdaging is' (Skipr, 11 februari 2015).

Resultaat verbeterprogramma ouderenzorg valt tegen

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) heeft voornamelijk niet geleid tot een betere kwaliteit van leven van ouderen. Met het verbeterprogramma was circa 80 miljoen euro gemoeid. Geconcludeerd kan worden dat er geen of nauwelijks effecten op kwaliteit van leven en psychisch welbevinden zijn gevonden. Ouderen en zorgverleners waren wel tevreden over de zorg die werd geboden, maar het had geen of weinig effect op de kwaliteit van leven. Het NPO heeft gelopen in de jaren 2008 tot 2013. De tweede fase van NPO, die loopt tot 2016, is bedoeld om de uitkomsten te verspreiden onder zorginstellingen, huisartspraktijken en ziekenhuizen. Opdrachtgever is het ministerie van VWS (Skipr, 23 januari 2015).

Buurtzorg levert 35 procent minder zorg

Buurtzorg Nederland levert per cliënt gemiddeld 108 uur zorg, terwijl het landelijk gemiddelde op 168 uur ligt. Daardoor bespaart Buurtzorg per cliënt zo'n € 3000,-. Dat blijkt uit een onderzoek waarin KPMG Plexus alle 600 thuiszorgorganisaties met meer dan twintig cliënten vergelijkt op kwaliteit en kosten. Het onderzoek maakt een einde aan de aanhoudende discussie tussen Buurtzorg en enkele verzekeraars over de effectiviteit van Buurtzorg.

Enkele verzekeraars beweren dat Buurtzorg efficiënter zou kunnen werken als het uurtarief omlaag zou gaan. Het gemiddelde uurtarief van Buurtzorg is met € 54,47 één van de allerhoogste in de thuiszorg. Het gemiddelde uurtarief in de thuiszorg bedraagt € 48,74. Maar Buurtzorg compenseert dit relatief hoge tarief door een derde minder uren zorg per cliënt te leveren.

Buurtzorg-directeur Jos de Blok ziet hierin een bevestiging dat de inzet op zelfredzaamheid leidt tot andere uitkomsten. Buurtzorg werkt met veel hoogopgeleide verpleegkundigen. Die beoordelen problemen anders en komen met oplossingen die de zelfredzaamheid bevorderen. Cliënten zijn korter in behandeling. Het KPMG Plexus-onderzoek kijkt niet alleen naar de directe kosten in de thuiszorg, maar ook naar de vervolgcosten die de onderzochte cliënten hebben in de intramurale AWBZ, de ziekenhuizen en bij huisartsen. De Buurtzorg-clieënten maken relatief hogere kosten in ziekenhuizen en bij huisartsen. In de intramurale AWBZ-zorg zijn de vervolgcosten juist lager. Als deze vervolgcosten bij de thuiszorgkosten worden opgeteld, dan bedragen de totale zorgkosten per cliënt bij Buurtzorg € 15.357,-. Dat is net onder het landelijke gemiddelde van € 15.856,- per cliënt. Op de kwaliteit scoort Buurtzorg erg hoog vergeleken met de meeste andere thuiszorgaanbieders. De Customer Quality Index (CQ-score) behoort tot de hoogste van Nederland. In de Net Promotor Score (NPS), een meetinstrument dat in kaart brengt in hoeverre cliënten een thuiszorgaanbieder aanraden aan anderen, staat Buurtzorg op de zevende plaats van de 360 zorginstellingen waar deze is gemeten.

KPMG Plexus concludeert dat: 'Buurtzorg voor iets minder dan gemiddelde kosten een hoge kwaliteit van zorg levert, waarbij cliënten wel relatief op jonge leeftijd intramuraal worden opgenomen. Buurtzorg compenseert een relatief hoog uurtarief met een relatief laag aantal uren zorg per cliënt. De vervolgstap in de AWBZ zijn relatief laag per cliënt, terwijl die in de Zvw juist hoog zijn. Buurtzorg neemt iets minder snel cliënten in zorg dan andere aanbieders' (Zorgvisie, Skipr, 15 januari 2015).

Nederlander hikt tegen zorgtaken aan

Uit de TNS NIPO Zorgmonitor komt naar voren dat één op de vijf Nederlanders bereid is om taken op het gebied van lichamelijke verzorging uit te voeren. Het gaat dan om bijvoorbeeld boodschappen doen of schoon maken. Tot ondersteuning bij sociale activiteiten is net de helft van de bevolking bereid (52%). Gaat het om het op eigen initiatief organiseren van activiteiten, dan is 33% hiertoe bereid. Psychische ondersteuning wil gemiddeld 32% van de Nederlanders geven. Een kwart is bereid tot geestelijke verzorging. Nog maar 18% van de Nederlanders is bereid om lichamelijke verzorging op zich te nemen, zoals uit bed helpen, wassen en binnenshuis verplaatsen.

De animo voor zorgtaken wordt kleiner naarmate iemand verder van de zorgvrager af staat. Als het om een familielid gaat is 31% bereid tot lichamelijke verzorging. Gaat het om vrienden dan daalt dit naar 18%. In geval van buurtbewoners is nog maar 6% bereid tot zorgtaken. Gaat het om lichte praktische taken, dan liggen de verhoudingen hetzelfde, maar zijn de percentages veel hoger, respectievelijk 76%, 62% en 39%.

De bereidheid tot zorg of ondersteuning staat los van de sociale klasse. TNS NIPO onderscheidt in dit verband vier participatiesegmenten: armere actieven, armere passieven, welgestelde actieven en welgestelde passieven. 39% Van de Nederlandse bevolking behoort volgens TNS NIPO tot de armere actieven, 40% is welgesteld actief. Degenen die het minst bereid zijn om zorgtaken op te pakken, hebben de meest uitgesproken negatieve of

positieve mening over de participatiesamenleving. Armere passieven zijn het meest sceptisch: meer dan de helft vindt de ontwikkeling slecht tot zeer slecht. Nederlanders met weinig sociaal contact die juist tot de hogere sociale klasse behoren, de welgestelde passieven, zijn het meest enthousiast: een kwart staat positief tegenover de participatiesamenleving (Skipr, 31 december 2014).

Beroepsmantelzorg en zelf huishoudhulp betalen

Ouderen willen liever betaalde mantelzorg dan zorg van familie of vrienden. En meer dan de helft betaalt liever voor huishoudelijke hulp dan dat ze aanklopt bij de gemeente. Dit zijn twee uitkomsten uit de eindejaarspeiling die seniorenorganisatie ANBO hield onder meer dan 1500 leden.

De leden kregen telkens twee keuzes voorgelegd. Bijna 90% van de ouderen wil de eigen regie voeren. Slechts 10% wil dat de overheid helpt. Ook hulp vragen aan de gemeente doen ouderen liever niet. Meer dan de helft (54%) betaalt liever zelf huishoudelijke hulp dan dat ze bij de gemeente aanklopt. Ook prefereert men liever betaalde mantelzorg (66%) dan dat men familie of vrienden om hulp vraagt. Andere opvallende uitkomsten: 90% stapt eerder naar de huisarts dan dat zij informatie zoeken op google. Het ouderwetse pillendoosje slaat beter aan (87%) dan een medicijnapp. Iets meer dan de helft (53%) verkiest een naturapolis boven een restitutiepilis. Driekwart stelt vrije artskeuze boven goedkopere maandpremie. En bijna 100% vindt natuurlijk ouder worden belangrijker dan plastische chirurgie (Skipr, 31 december 2014).

Zorgboerderij waardevolle dagbesteding voor mensen met dementie

Het RIVM onderzocht, aan de hand van ervaringen van mensen met dementie en hun mantelzorgers, hoe dagbesteding de deelname aan de samenleving bevordert. Daarnaast werd bekeken hoe zorgboerderijen zich hierin onderscheiden van reguliere instellingen voor dagbesteding. Uit het onderzoek blijkt dat beide typen dagbesteding door sociale interacties en recreatieve activiteiten de maatschap-



pelijke participatie van mensen met dementie stimuleren. Zorgboerderijen kunnen er aanvullend voor zorgen dat mensen met dementie het gevoel hebben vrijwilligerswerk of betaald werk uit te voeren. Dit draagt bij aan hun gevoel ergens bij te horen en een zinvolle bijdrage te kunnen leveren aan de samenleving. Zorgboerderijen worden vooral bezocht door getrouwde mannen die meestal jonger zijn dan de veelal verweduwd vrouwen die de reguliere instellingen voor dagbesteding bezoeken.

Dagbesteding vervult ook een belangrijke steunfunctie voor mantelzorgers. Het geeft hen de mogelijkheid om maatschappelijk te blijven participeren en de zorg voor hun naaste langer vol te houden. Hoewel zowel dagbesteding op zorgboerderijen als reguliere dagbesteding mantelzorgers kan ontlasten, laat dit onderzoek zien dat het voor mantelzorgers, met name partners, wel van belang is welk type dagbesteding wordt ingezet. Er zijn mantelzorgers die geen dagbesteding zouden hebben ingezet als er geen zorgboerderij was, omdat reguliere voorzieningen onvoldoende aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van hun naaste (RIVM, 7 januari 2015).



Nieuw medicijn tegen Alzheimer

Eind 2014 keurde de Amerikaanse voedsel en geneesmiddelen autoriteit (FDA) een nieuw geneesmiddel tegen de ziekte van Alzheimer goed. De producent van het nieuwe middel 'Namzaric' wil het medicijn ook buiten de VS op de markt brengen. Namzaric is een combinatie van twee bestaande medicijnen tegen Alzheimer, memantine en donepezil. Deze medicijnen remmen de symptomen van de ziekte, zoals vermindering van geheugen, denken, taal en handelen. De processen die Alzheimer veroorzaken gaan echter door. De voortgang van de ziekte zelf wordt dus niet geremd. Het nieuwe medicijn heeft praktische voordelen. Via één pil, die één keer per dag wordt ingenomen, neemt de patiënt twee medicijnen tegelijk in. Het nieuwe medicijn is helaas nog niet de stap voorwaarts in de behandeling waarop gehoopt wordt. Het onderzoek naar Alzheimer en andere vormen van dementie is echter wel verder gevorderd dan veel mensen denken. Er zijn wereldwijd ongeveer tien medicijnen in het laatste stadium van onderzoek. Ook in Nederland vindt veel onderzoek plaats. Bijvoorbeeld in het Amsterdamse Alzheimer Research Centrum (ARC).

In het ARC lopen momenteel verschillende onderzoeken met experimentele medicijnen tegen Alzheimer. Nieuw is dat er ook onderzoeken zijn, gericht om de ziekte te voorkomen bij mensen met een verhoogd risico of die zich in een voorstadium van Alzheimer bevinden. Daarnaast worden diverse medicijnen getest om de symptomen van de ziekte te verminderen en om het proces af te remmen (Alzheimer Nederland, 12 februari 2015).

Bewegen heeft positief effect op lichaam en geest van dementerende ouderen

De combinatie van wandelen en krachttoefeningen heeft een positief effect op de lichamelijke conditie, het geheugen en het denkvermogen van dementerende ouderen en leidt tot verbetering van alledaagse activiteiten die bijdragen aan de kwaliteit van leven. Dat blijkt uit onderzoek van bewegingswetenschapper Willem Bossers van het Universitair Medisch Centrum Groningen (promotieonderzoek, 10 december 2015, RUG). Het positieve effect verdwijnt echter snel na beëindiging van een dergelijk beweegprogramma. Het is daarom belangrijk beweging en krachttraining een vast onderdeel te maken in de dagelijkse zorg voor ouderen met dementie. Lichamelijke inactiviteit bij dementerende ouderen is veelvoorkomend.

Uit eerder onderzoek bleek dat slechts tien procent van deze ouderen één keer per jaar of vaker twintig minuten aaneengesloten beweegt. Bossers onderzocht welke effecten beweging kan hebben op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid bij dementerende ouderen van 75 jaar of ouder die in een verpleeghuis wonen. Bossers ontwierp twee soorten beweegprogramma's: een wandelprogramma van negen weken waarin deelnemers vier keer per week dertig minuten wandelden, en een combinatieprogramma waarin deelnemers twee keer per week dertig minuten wandelden en twee keer per week dertig minuten krachttoefeningen deden, zoals op de tenen staan, het been opzij en naar achteren bewegen en zittend op een stoel de benen strekken en buigen. De combinatie van wandelen en krachttraining gaf het beste effect. Niet alleen verbeterde het uithoudingsvermogen, de beenkracht en de balans van de

deelnemers, ook traden er verbeteringen op in het geheugen, de herkenning van personen en in de concentratie.

Dit leidde ertoe dat activiteiten in het dagelijks leven, zoals een boterham smeren of de jas aantrekken, gemakkelijker werden. Negen weken na de beëindiging van het programma bleken de positieve effecten echter grotendeels verdwenen. Een dergelijk beweegprogramma zou daarom structureel onderdeel moeten uitmaken van de dagelijkse zorg van ouderen met dementie. Het draagt bij om de kwaliteit van leven te behouden of zelfs te verbeteren (Persbericht UMCG/RUG, 16 december 2014).

Enkele feiten

- *Nederland telde in 2014 ruim 2,9 miljoen 65-plussers (17,3% van de bevolking), waarvan 717.089 ouder dan 80 jaar. Dit aantal zal de komende jaren blijven stijgen. In 2060 is 26% van de bevolking 65+, dat zijn 4,7 miljoen mensen.*
- *Rond 2050 is 10% van de bevolking 80-plusser.*
- *De levensverwachting bij geboorte blijft toenemen: mannen worden gemiddeld 79,1 en vrouwen 82,8 jaar. (Bron: CBS.)*
- *De groep kwetsbare 65-plussers neemt toe van 750.000 tot 1 miljoen in 2025 (SCP).*
- *Van alle 65-plussers woont ongeveer 52% alleen en van alle 75-plussers ongeveer 64,6%. Het meest eenzaam zijn alleenwonende ouderen die gescheiden zijn en weinig sociale relaties hebben (CBS Statline/Ouderenfonds.nl).*

Actualiteiten/organisatie

Verzorgingshuis rendabel als All-inclusive woonzorgconcept

Uit een experiment dat Platform31 samen met twaalf woningcorporaties en zorginstellingen heeft uitgevoerd blijkt dat het woonzorgconcept All-inclusive een rendabel alternatief is voor het verzorgingshuis. In het experiment is, met ondersteuning van ActiZ en het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, onderzocht of het mogelijk is een nieuw, betaalbaar woondienstenpakket te ontwikkelen in voormalige verzorgingshuizen. De twaalf deelnemende woningcorporaties en zorginstellingen zijn voor het experiment een jaar lang gevolgd bij het in de markt zetten van het All-inclusive concept.

Uit de evaluatie blijkt dat het concept rendabel te exploiteren is, maar wel onder een aantal voorwaarden:

- het vastgoed moet grotendeels afgeschreven zijn
- het moet een centrum locatie zijn
- de minimale afzet moet zestig klanten zijn
- de organisatie moet een 24-uurs oproepdienst aanbieden en activiteiten kunnen organiseren



Marktonderzoek laat zien dat twintig procent van de ouderen in Nederland positief is over het All-inclusive concept, vooral 80-plussers met een laag inkomen. Veiligheid, gezelligheid, sociale contacten, aanwezige faciliteiten en comfort

zijn redenen om voor het All-inclusive concept te kiezen. Ook zorgbehoefte of toenemende behoefte aan dagstructuur en het idee door professionele ondersteuning zelfredzaam te blijven, maakt het concept aantrekkelijk. Het nieuwe All-inclusive concept biedt woonruimte, veiligheid, ontmoeting en dienstverlening. De bewoner betaalt huur voor de woning en een bijdrage voor de diensten die worden afgenomen (Zorgvisie, Actiz, 30 januari 2015).

Coöperatie wijkverpleegkundigen in steigers

In de regio's Haaglanden, Midden-Holland, IJsselgemeenten, Lansingerland, Utrecht-West en Zoetermeer gaat per 1 april 2015 Plicare van start; een coöperatie van onafhankelijke wijkverpleegkundigen en betrokken zorgaanbieders. Coöperatie Plicare wordt in eerste instantie opgericht door drie zorgaanbieders; Fundis, Florence en WZH. Inmiddels hebben ook Stichting Wassenaarse Zorgverlening, Duinrust, Cardia en Zorgpartners Midden-Holland de intentie uitgesproken aan te sluiten bij Plicare.

28 Wijkverpleegkundigen zijn nu aspirant-lid van de coöperatie. Zij hebben directe invloed op de inhoud van het vak en op de samenstelling van de professionele teams waarin zij acteren. De wijkverpleegkundigen van Plicare houden zich bezig met de zogenaamde niet-toewijsbare zorg: zorg zonder indicatie. Ook heeft de wijkverpleegkundige een actieve rol bij het opsporen van zorgmijders en het voorkomen van onnodige vervolggkosten. De zorg zit in het basispakket van de zorgverzekeraars. Er zijn voor de cliënt dan ook geen kosten

aan verbonden. De wijkverpleegkundige van Plicare moet een schakel vormen tussen het sociale domein en het zorgdomein en is direct toegankelijk voor burgers en partners in de wijk (Skipr, 9 februari 2015).

Franchiseketen zet banken op een zijspoor

Het eerste filiaal van franchiseketen Home Instead dat met obligaties werd gefinancierd is enkele maanden geleden geopend in Eindhoven; verwacht wordt dat filialen volgen in Den Bosch en Arnhem. Investeerders kunnen minimaal € 1000,- voor vier jaar inleggen voor de opzet van een nieuwe Home Instead vestiging. Jaarlijks betaalt de franchisenemer 6% rente terug aan de investeerder en betaalt 1% aan Home Instead. In het derde en vierde jaar wordt de lening afgelost. Met het geïnvesteerde geld zetten zorgondernemers overal in Nederland filialen op van Home Instead. De particuliere thuiszorgformule is uit Amerika overgewaaid. Inmiddels heeft het bedrijf zeven vestigingen in Nederland en het wil de komende jaren verder uitbreiden naar vijftig vestigingen.

Voor de start van zo'n lokale vestiging is tussen de € 75.000,- en € 125.000,- nodig. Banken zitten op slot of vragen een veel te hoge vergoeding voor die externe financiering. Daarom is Home Instead gestart met de opzet van een financieringsplan via obligaties, in samenwerking met dienstverlener Zorgobligatie.nl. Niet te verwarren met de NL Zorgobligatie, het programma van brancheorganisatie ActiZ (Zorgvisie, 4 februari 2015).

Onnodige verschralling chronische zorg

Uit onderzoek van Actiz blijkt dat de zorg voor ouderen en langdurig zieken onnodig wordt verschraald. Dat komt doordat verzekeraars en zorgkantoren op de tarieven korten en bovendien minder uren wijkverpleging en intensieve zorg inkopen. De mogelijkheden om iets te doen aan de kwaliteit van de zorg zijn verslechterd.

Dat vindt bijna een op de drie (30%) zorgaanbieders. Een op de zeven (13%) vindt juist dat er meer stimulansen voor kwaliteitsverbetering zijn. Zeker vier op de tien zorgaanbieders denken dat er dit jaar lange wachtlijsten ontstaan voor wijkverpleging. ActiZ dringt er bij staatssecretaris Martin van Rijn (VWS) op aan om het beschikbare budget helemaal te gebruiken. Volgens organisaties in de thuiszorg kunnen wijkverpleegkun-

digen niet of onvoldoende voldoen aan de behoefte van hun cliënten. Door de vergrijzing en de afname van het aantal verzorgingshuizen wonen steeds meer ouderen langer thuis, waar ze zijn aangewezen op thuiszorg door de wijkverpleging. Het kabinet heeft er ook op ingezet dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen. Maar dit staat volgens ActiZ op gespannen voet met het gegeven dat verzekeraars en zorgkantoren korten op wijkverpleging (ANP, 1 februari 2015).

Gemeenten bieden eigen zorgpolis aan

Het merendeel van de gemeenten gebruikten het budget voor de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie eigen risico (CER) voor een gemeentelijke collectieve zorgverzekering. Dat blijkt uit onderzoek van leder(in), een netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte.

De Wtcg en de CER zijn recent afgeschaft. Ter compensatie hebben gemeenten budget ontvangen om op maat inkomensondersteuning te geven aan mensen die dat nodig hebben. Bijna 80% van de gemeenten biedt een gemeentepolis aan. De polis dekt kosten voor onder andere fysiotherapie, geneesmiddelen, hulpmiddelen en preventie en geeft een financiële vergoeding voor eigen bijdragen en het verplichte eigen risico. Uit het onderzoek blijkt ook dat overstappen soms moeilijk is of niet kan bij een pgb of als men speciale hulpmiddelen nodig heeft. Zorgverzekeraars zouden hier coulanter moeten zijn, vindt leder(in). Meer dan de helft van de gemeenten hanteert een inkomensgrens van 120% of hoger van de bijstandsnorm. Mensen die net boven het bijstandsniveau zitten, hebben dus ook toegang tot dit alternatief (Skipr, 29 januari 2015).

NZa vindt verdere verbetering zorgkantoren nodig

NZa maakt zich zorgen over de uitvoering van de AWBZ-taken door enkele zorgkantoren. Acht van de elf zorgkantoren voeren de AWBZ op goede wijze uit (NZa: 'Uitvoering AWBZ 2013'). Voor de uitvoering van de AWBZ-taken fungeren elf zorgverzekeraars als zogenoemde concessiehouders. Zij zijn verantwoordelijk voor de AWBZ-zorg in hun regio.

Opvallend zijn de grote verschillen tussen de zorgkantoren, terwijl zij allemaal te maken hebben met veranderingen in de zorg zoals de invoering van de Wlz. Er zou meer aandacht moeten zijn voor oneigenlijk gebruik en de bestrijding van misbruik. Ook de administratie moet beter.

Het bedrag aan persoonsgebonden budgetten dat moet worden terugbetaald is in 2013 toegenomen van 133 naar 160 miljoen euro, ondanks de extra inspanning van zorgkantoren om het geld terug te halen. Omdat het te vorderen bedrag vooral moet komen van een kwetsbare groep is de verwachting dat dit voor een groot deel niet gaat lukken. Het nieuwe systeem van trekkingsrechten ¹⁾ per 1 januari 2015 is een goede stap om het bedrag niet op te laten lopen (NZa, 27 januari 2015).

¹⁾ *Trekkingsrecht: het pgb wordt niet meer op de rekening van de cliënt gestort.*

Dienstencheque thuiszorg slaat niet aan

De dienstencheque, die de bezuinigingen in de thuishulp moet verzachten, slaat niet aan. Weinig mensen maken gebruik van de tegemoetkoming in de kosten voor huishoudelijke hulp. Cliënten kiezen eerder voor minder uren. TSN Thuiszorg geeft aan dat van haar 60.000 cliënten iets meer dan 200 gebruik maken van de dienstencheques. Bij Tzorg is dat ietsje meer: daar maken er van de 40.000 cliënten ongeveer 375 gebruik van de dienstencheque. Staatssecretaris Martin van Rijn (VWS) heeft vorig jaar 190 miljoen euro vrijgemaakt voor de dienstencheques. Het idee is dat cliënten € 10,- per uur voor huishoudelijke hulp betalen en de gemeente legt dan € 12,50 bij. Door de dienstencheques zouden 19.000 banen behouden kunnen blijven. De zorgbestuurders zien voorlopig eerder banen verdwijnen dan dat erbij komen. TSN Thuiszorg heeft bijvoorbeeld in de hele Randstad nog niemand in dienst op basis van de dienstencheques (Skipr, 26 januari 2015).

Gemeenten kopen massaal samen zorg in

Gemeenten trekken massaal samen op bij de inkoop van zorg. Geen enkele gemeente acht zich in staat om alle nieuwe taken op het gebied van de thuiszorg, langdurige zorg en jeugdzorg zelfstandig uit te voeren.

Iedere gemeente heeft één of meerdere samenwerkingsverbanden gesloten. Gemiddeld sluiten gemeenten met tien tot zestien buurgemeenten contracten.

De inkoop samenwerking zet de lokale democratische controle onder druk, vinden veel raadsleden. Zodra gemeenten gezamenlijk een contract hebben gesloten is het voor raadsleden van individuele gemeenten vrijwel onmogelijk om nog veranderingen aan te brengen. Daarmee staat de intergemeentelijke samenwerking ook op gespannen voet met lokaal maatwerk, één van de centrale doelstellingen van de overheveling van zorgtaken (Volkskrant, Skipr, 15 januari 2015).

CZ weigert financiering wijkverpleegkundige

De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de inzet van wijkverpleegkundigen verloopt moeizaam. Zo betaalt zorgverzekeraar CZ in zes van de acht Parkstad-gemeenten niet voor wijkverpleegkundigen.

Onder Parkstad vallen de gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal. Een woordvoerder van Parkstad zegt dat 'op inhoudelijk vlak de nodige uitdagingen liggen om met CZ tot een goed overleg te komen over de inzet van wijkverpleegkundigen'. De inzet van de wijkverpleegkundige, ook wel de Zichtbare Schakel genoemd, is lastig omdat de financiering voor deze functie beperkt is. Voor Parkstad betekent dit dat in slechts twee van de acht gemeenten, Heerlen en Kerkrade, een gedeelte van de inzet van de Zichtbare Schakel in de wijkteams door CZ wordt gefinancierd. En dit gebeurt alleen voor de wijken met het hoogste zorggebruik. Overige gemeenten zien zich genooddaakt om zelf de Zichtbare Schakel in het sociale wijkteam te bekostigen.

De Zichtbare schakel vervult vaak een belangrijke spilfunctie in het team. Voor Heerlen betekent het concreet dat voor vier van de dertien sociale buurtteams de inzet van de Zichtbare Schakel niet door CZ wordt gefinancierd (Zorgvisie, 19 januari 2015).

Schaarse expertise bemoeilijkt zorginkoop gemeenten

Gemeenten hebben bij de inkoop van zorg in meerderheid gekozen voor kortlopende contracten van een half jaar tot maximaal een jaar. Als gevolg van de korte aanloopperiode bij de transitie moeten veel gemeenten de reeds gesloten contracten nog goed 'inregelen', dat specifieke expertise vergt. Daardoor groeit de druk op het toch al schaarse potentieel van inkoopexpertise. Dit blijkt uit de analyse 'Trends en Ontwikkelingen op de inkoop arbeidsmarkt 2014' van Yacht. Door de decentralisatie zijn het inkoopvolume, het aantal leveranciers, het aantal contracten en de complexiteit van de inkoopfunctie bij de gemeenten sterk gegroeid. Als gevolg van de nieuwe zorgtaken en de daarbij horende zorginkoop groeide in 2014 het aantal vacatures voor zorginkopers met 24% tot ruim 7000. In 2015 zal de transitie van het sociaal domein de vraag naar inkoopprofessionals verder opstuwten. De behoefte aan zorginkoopexpertise wordt verder aangejaagd door de grote hoeveelheid onderhanden werk (Skipr, 8 januari 2015).

Langer zelfstandig thuis wonen met domotica ¹⁾

Zorgorganisaties Evean, Omring en Wilgaerden, de gemeente Hoorn, het domotica cluster van gemeenten in de regio Alkmaar en zes installateurs uit West-Friesland, de Zaanstreek en Alkmaar hebben een samenwerkingsovereenkomst getekend voor het Vitaal Thuis project in Noord-Holland Noord. Dit project ondersteunt mensen met een zorgvraag om langer zelfstandig thuis te wonen met behulp van techniek en domotica. Zij willen gezamenlijk ten minste 1000 woningen in Noord-Holland Noord voorzien van betaalbare technische zorgoplossingen.

Afkortingen Ouderenzorgnieuwsbrief

ActiZ Brancheorganisatie voor Zorgondernemers • **AMvB** Algemene maatregel van bestuur • **ANBO** Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen • **AWBZ** Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten • **BTN** Branchebelang Thuiszorg Nederland • **CBP** Centraal Bureau voor de Statistiek • **CER** Compensatie Eigen Risico • **CIZ** Centrum Indicatiestelling Zorg • **IGZ** Inspectie voor de Gezondheidszorg • **KWZ** Kwaliteitswet Zorginstellingen • **LOC** Landelijke Cliëntenorganisatie • **NPCF** Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie • **NZa** Nederlandse Zorgautoriteit • **Pgb** Persoonsgebonden budget • **RIVM** Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu • **SCP** Sociaal en Cultureel Planbureau • **SVB** Sociale Verzekeringsbank • **V&VN** Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland • **Verenso** Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde • **VWS** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport • **VVT** Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg • **Wbmv** Wet bijzondere medische verrichtingen • **Wet Bopz** Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen • **Wlz** Wet langdurige zorg • **Wkkgz** Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg • **Wmo** Wet maatschappelijke ondersteuning • **Wtcg** Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten • **WTZi** Wet Toelatingen Zorginstellingen • **ZN** Zorgverzekeraars Nederland • **Zvw** Zorgverzekeringswet

Dit is het eerste brede samenwerkingsverband dat zich committeert aan de doelstellingen van het Vitaal Thuis project van ActiZ en VitaValley.

In het kader van het Vitaal Thuis project worden in Nederland tien regionale samenwerkingsverbanden opgezet om zorgvraag en zorgaanbod in huis op een innovatieve wijze op elkaar af te stemmen. Het streven is om binnen twee jaar in die tien regio's 10.000 woonzorgprojecten voor zelfstandig wonende ouderen en zorgbehoevenden te realiseren (Actiz, 12 februari 2015).

¹⁾ *Domotica: huisautomatisering, de integratie van technologie en diensten, ten behoeve van een betere kwaliteit van wonen en leven.*

Nieuwe cao VVT

Op 27 januari 2015 is de nieuwe cao VVT 1 september 2014 - 1 april 2016 definitief in werking getreden. Belangrijkste discussiepunt tussen partijen was de uitleg van de afspraken over de invoering van de nieuwe salarisschaal voor Hulp bij Huishouding (HbH). In het onderhandelingsakkoord is als voorwaarde opgenomen dat er een AMvB tot stand komt.

De AMvB verplicht gemeenten om in nieuwe aanbestedingen de loonkosten, inclusief de overige kosten voortvloeiend uit de cao, de bedrijfskosten en de kosten van de eisen die door de gemeente gesteld worden, zoals kwaliteitseisen, door te berekenen in hun tarieven. Op cao-niveau wordt door partijen gezamenlijk bepaald of de nieuwe schaal wordt ingevoerd, anders gezegd of de AMvB voldoet of niet. Discussies op instellingsniveau worden daarmee voorkomen. De cao-partijen hebben afgesproken dat zij gezamenlijk hun invloed zullen

aanwenden om te komen tot een AMvB die wel aan de gestelde eisen voldoet. Wanneer een aangepaste AMvB wordt uitgevaardigd die volgens alle cao-partijen voldoet aan de gestelde voorwaarden, gaat de nieuwe loonschaal voor de HbH in op de ingangsdatum van nieuwe of gewijzigde contracten die zijn afgesloten en waarbij gemeenten in hun inkoopbeleid rekening konden houden met de AMvB (Actiz, 29 januari 2015).



Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@biomet.com), Dr. Yvonne van Kemenade, Mirjam Peil • Teksten Dr. Yvonne van Kemenade • Vormgeving Rob Verhoeven Concept & Illustratie • Lithografie Samplonius & Samplonius BV • Druk Mercator

BIOMET
One Surgeon. One Patient.

Biomet Nederland B.V. • Toermalijnring 600, 3316 LC Dordrecht • Postbus 3060, 3301 DB Dordrecht • The Netherlands
Phone: +31 78 629 29 29 • Fax: +31 78 610 42 65 • e-mail: nl.info@biomet.com • www.biomet.nl

This publication and all content, artwork, photographs, names, logos and marks contained in it are protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights owned by or licensed to Biomet or its affiliates. This publication must not be used, copied or reproduced in whole or in part for any purposes other than marketing by Biomet or its authorised representatives. Use for any other purposes is prohibited.

