

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.:

- **Langdurige zorg en ondersteuning**
- **Kwetsbare ouderen**
- **Verbetering kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam**
- **Terugdringen zorgproblemen stagneert**

Oud & Nieuw...

Beste lezer,

In deze periode van het jaar gunt menigeen zich iets meer tijd om die zaken aandacht te geven die er gedurende het jaar bij inschieten, zoals het lezen van de Oud & Nieuw Ouderenzorgnieuwsbrief die nu voor u ligt.

December is de laatste maand van een jaar. Er is ook een vergelijkbare 'november/december' periode in ons leven, namelijk de laatste periode van ons leven. Deze fase lijkt altijd ver weg, ongeacht je leeftijd, maar komt er aan.

Vanuit zorgperspectief is deze fase juist erg interessant en belangrijk, omdat een groeiende groep ouderen relatief veel gebruik maakt van zorg in de breedste zin. Deze concentratie van zorg legt een fikse claim op het totale zorgbudget: wat is onze levensverwachting nu, hoe zijn zaken geregeld, welke kosten worden gemaakt en hoe gaan we hier vandaag de dag en in de toekomst als samenleving mee om? Kortom, wat staat ons te wachten?

De periode van kerst en oud & nieuw wordt gekenmerkt door vele voorbereidingen zoals de sfeer in huis aanpassen, het kerstdiner samenstellen en de oliebollen bakken.



Misschien is het goed om de parallel te trekken met de 'november/december' periode van ons leven: kijk ernaar uit, wees goed voorbereid en geniet zoveel mogelijk, zoals we ook genieten van kerst en oud & nieuw!

Veel leesplezier...

Roland van Esch



Het stelsel van langdurige zorg en ondersteuning moet beter aansluiten bij de ontwikkelingen en eisen van deze tijd. Zowel in de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg als in de gehandicaptenzorg blijven mensen langer zelfstandig en zijn zij langer zelfredzaam. De visie achter de hervorming van de langdurige zorg is dat mensen centraal staan en niet de systemen. Het is belangrijk uit te gaan van wat mensen wél kunnen. Kwaliteit van leven en welbevinden staan voorop. In de brief Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst (TK 30 597, nr. 296) heeft het kabinet zijn toekomstvisie neergelegd met betrekking tot de langdurige zorg en ondersteuning.

Met de hervorming wordt het systeem vereenvoudigd. Voorheen kregen mensen bijvoorbeeld zorg van de huisarts uit de Zvw, verpleging thuis uit de AWBZ en ondersteuning uit de Wmo. Vanaf 2015 krijgen zij zorg uit de Zvw en alle ondersteuning uit de Wmo. Zo wordt het mogelijk passende zorg en ondersteuning beter vorm te geven en wordt meer ruimte gecreëerd voor lokaal maatwerk door professionals, mantelzorgers en vrijwilligers. Er ontstaan ook meer mogelijkheden om verbindingen te leggen tussen het medische en het sociale domein. Daarom worden de taken van gemeenten en zorgverzekeraars uitgebreid.

De nieuwe **Wmo 2015** is gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie en regelt ondersteuning, toegesneden op de persoonlijke situatie van mensen. De ondersteuning is erop gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Gemeenten krijgen de opdracht de toegankelijkheid te verbeteren van voorzieningen, zodat mensen met een beperking kunnen meedoen in de samenleving.

Waar de Wmo 2015 gaat over ondersteuning, richt de **Zvw** (Zorgverzekeringswet) zich op zorg met een medisch karakter. Met ingang van 1 januari 2015 worden verpleging en verzorging (lijfgebonden zorg) - voor mensen die nog thuis wonen - opgenomen in het basispakket. Door het recht op wijkverpleegkundige zorg op te nemen in de aangepaste Zvw kunnen wijkverpleegkundigen een belangrijke rol spelen in passende zorg en ondersteuning.

Wijkverpleegkundigen komen bij de mensen thuis, zijn makkelijk aanspreekbaar en kennen de weg binnen de gezondheidszorg, gemeenten en welzijnsorganisaties. Samen met de huisarts kunnen zij mensen helpen zo lang mogelijk thuis te wonen. Samenwerking tussen professionals in de eerste lijn is van groot belang om samenhangende zorg aan mensen te kunnen bieden. Dat krijgt bijvoorbeeld vorm in de sociale wijkteams. Zo komen het medisch en sociale domein bij elkaar. Wettelijk is vastgelegd dat zorgverzekeraars en gemeenten afspraken moeten maken over de inzet van de wijkverpleegkundige en over de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk.

Voor de meest kwetsbare ouderen en gehandicapten is er de **Wlz** (Wet langdurige zorg). Deze wet die op 1 januari 2015 ingaat, garandeert voor iedereen die dat nodig heeft 24 uur per dag zorg of toezicht in een veilige leefomgeving. Soms is opname in een instelling de enige optie. Mensen mogen, als het verantwoord is en de kosten niet te hoog zijn, ook kiezen om zorg thuis te krijgen in de vorm van een **pgb** (Persoonsgebonden budget) **of zorg in natura**.

Bruto Budgettair Kader Zorg (BKZ) uitgaven 2015 per sector

- Wlz	27%			
- Zvw	62%			
- Begrotingsgefinancierd	11%	----	- Wmo	5%
			- Jeugdwet	3%
			- Overig begrotingsgefinancierd	1%
			- Wmo overig	2%

De Wlz zorgt ook voor een andere verdeling van verantwoordelijkheden. Er komt meer ruimte voor de professionals in de zorg door het duidelijke onderscheid tussen de indicatiestelling en het zorgplan. Hierdoor wordt de te verlenen zorg minder bepaald door het indicatiebesluit en meer door een gesprek over de zorg die mensen nodig hebben. Dit heeft gevolgen voor het werk en de organisatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Gemeenten en zorgverzekeraars krijgen extra geld om zorg en ondersteuning dicht bij mensen te organiseren. Die extra middelen zijn vrijgemaakt om de overgang van taken vanuit de AWBZ naar gemeenten en zorgverzekeraars gemakkelijker te maken en meer zekerheid te bieden aan ouderen en gehandicapten die thuis willen blijven wonen.

Het kabinet wil daarnaast investeren in aanpassing van de bestaande woningvoorraad, nieuwe woonzorgconcepten en verbouw van verzorgings- en verpleeghuizen. De behoefte aan nieuwe combinaties van wonen en zorg zal immers toenemen door veranderingen in individuele voorkeuren (Miljoenennota 2015).

Wat gaat er veranderen in de langdurige zorg?

In de langdurige zorg wordt het mogelijk gemaakt dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen. De behoeften en eigen mogelijkheden van mensen staan centraal. Ook belangrijk is de hulp van familie of anderen in de directe omgeving. De gemeente kan zo nodig ondersteuning thuis bieden; bijvoorbeeld begeleiding, dagbesteding of huishoudelijke hulp. Via de zorgverzekering kunnen mensen thuis medische zorg krijgen, zoals verpleegkundige zorg.

Heeft iemand de hele dag intensieve zorg en toezicht dichtbij nodig? Dan heeft deze persoon recht op passende zorg met verblijf in een zorginstelling. Het gaat dan om zware zorg voor kwetsbare ouderen en gehandicapten. Thuis (blijven) wonen met zorg kan ook. Maar alleen als de zorg verantwoord is en de kosten niet hoger zijn dan de opname in een instelling. Deze zorg wordt betaald door middel van de toekomstige Wlz, de opvolger van de huidige AWBZ.

Verschuivingen langdurige zorg

De hervorming van de langdurige zorg brengt een aantal veranderingen met zich mee. Na 1 januari 2015 zijn gemeenten, zorgverzekeraars en het Rijk samen verantwoordelijk voor de zorg.

De veranderingen in de organisatie van de zorg:

- **Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ):** De huidige AWBZ verdwijnt.
- **Wet langdurige zorg (Wlz):** Het Rijk blijft verantwoordelijk voor de zorg aan mensen die de hele dag intensieve zorg en toezicht dichtbij nodig voor de meest kwetsbare mensen met een psychische stoornis. Deze zorg valt onder de nieuwe Wlz. Er komen meer mogelijkheden om deze zorg thuis te ontvangen. Mensen die de zorg niet thuis willen krijgen, kunnen naar een zorginstelling. Er is een speciale regeling voor 14.000 mensen (jongeren en volwassenen) met een zware zorgvraag en een extramurale indicatie.
- **Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo):** Gemeenten gaan ondersteuning thuis bieden die nu nog onder de AWBZ valt, bijvoorbeeld begeleiding en dagbesteding. En ze gaan beschermd wonen bieden voor mensen met een psychische aandoening. Gemeenten krijgen daarvoor nieuwe verantwoordelijkheden via de Wmo 2015.
- **Zorgverzekeringswet (Zvw):** Verpleging en verzorging thuis komt onder de Zvw te vallen. Voorbeelden van verpleging en verzorging thuis zijn het toedienen van medicijnen en hulp bij het douchen. Wanneer mensen zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, komen de eerste 3 jaar van de opname onder de Zvw te vallen. Na die 3 jaar vallen zij onder de Wlz.
- **Jeugdwet:** Gemeenten gaan jeugdhulp leveren op grond van de Jeugdwet.

Lees verder op de volgende pagina

4 Oud & Nieuw. Ouderenzorgnieuwsbrief

De veranderingen in de langdurige zorg staan beschreven in wetten. Er zijn vier wetten die samen de AWBZ vervangen:

- **Wmo 2015: ondersteuning thuis en beschermd wonen (gemeenten)**
- **Jeugdwet: alle jeugdhulp (gemeenten)**
- **Zvw: verpleging en verzorging thuis (zorgverzekeraars)**
- **Wlz: de hele dag intensieve zorg en toezicht dichtbij (Rijk)**

Wet langdurige zorg (Wlz) door de Eerste Kamer

De Eerste Kamer is op 2 december 2014 akkoord gegaan met de Wlz die de hulp garandeert voor mensen die 24 uur per dag zorg nodig hebben (ANP, 2 december 2014).

Duidelijkheid voor mensen met zware zorg

Mensen voor wie op voorhand duidelijk is dat zij hoogstwaarschijnlijk recht hebben op zorg uit Wlz vallen per 1 januari 2015 direct onder de Wlz. Deze mensen voldoen aan drie voorwaarden: zij krijgen nu zorg uit de AWBZ, zij hebben zich gemeld bij het Informatiepunt Wlz-overgangsrecht en daarnaast voldoen zij volgens cliëntorganisaties. Per Saldo, leder(in) en NPCF aan het profiel voor de Wlz. Voor al deze cliënten geldt dat het CIZ zal besluiten hen in 2015 toegang te geven tot de Wlz zodat zij niet langer in onzekerheid zitten. In 2015 volgt een definitieve beslissing. Tot nu toe zijn er 300 mensen waarvoor geldt dat zij hoogstwaarschijnlijk onder de Wlz zouden (moeten) vallen (VWS, 9 december 2014).

Wetsvoorstel Zorg en Dwang

Het wetsvoorstel Zorg en Dwang is gericht op mensen met dementie en mensen met verstandelijke beperkingen. De kern van de wet is 'Nee, tenzij'. Het uitgangspunt is dat dwangmaatregelen niet thuis horen in de zorg voor ouderen en gehandicapten. Gevaarlijke situaties moeten altijd met vrijwillige zorg worden opgelost, ook bij ernstig probleemgedrag. Het wetsvoorstel geldt niet alleen in instellingen, maar bijvoorbeeld ook in de thuissituatie of in kleinschalige woonvormen.

Op dit moment valt de zorgverlening en dwangbehandeling voor mensen met dementie of met een verstandelijke beperking nog onder de Wet Bopz. Maar die wet is gericht op psychiatrische behandelingen in een psychiatrisch ziekenhuis. De Wet Zorg en Dwang sluit qua termen en procedures beter aan bij de doelgroep.

Beperkingen van de bewegingsvrijheid zijn volgens de nieuwe wet zo ingrijpend, dat ze altijd onder dwang vallen. Dit geldt voor alle vormen, zoals fixatie, medicatie die versuffend werkt en andere maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken. Dus als de vrijheid om te bewegen leidt tot ernstig nadeel, moeten zorgverleners altijd een stappenplan doorlopen om een oplossing te vinden waarmee de cliënt zich vrij kan blijven bewegen. Ook als de cliënt of de vertegenwoordiger zelf geen bezwaar heeft tegen maatregelen als fixatie of sufmakende medicatie. Zo waarborgt de wet dat zorgverleners altijd zorgvuldig blijven kijken naar andere mogelijkheden om de situatie van de cliënt te verbeteren. Wanneer een arts gedragsbeïnvloedende medicatie voorschrijft volgens de geldende professionele richtlijnen om een psychische stoornis te behandelen, is er niet automatisch sprake van onvrijwillige zorg. Wanneer de cliënt instemt, of de vertegenwoordiger stemt in en de cliënt verzet zich niet, dan is het stappenplan niet vereist. Is er echter geen instemming of verzet de cliënt zich, dan moet het stappenplan van de Wet Zorg en Dwang wel gevolgd worden. De nieuwe wet regelt ook de opname van mensen met dementie of verstandelijke beperkingen in een zorginstelling als zij daar zelf niet over kunnen beslissen of als zij zelf weigeren terwijl een opname wel noodzakelijk is. De Wet Zorg en Dwang is een vangnet voor als het echt niet anders kan: het inzetten van onvrijwillige zorg is altijd een laatste redmiddel. Het wetsvoorstel is behandeld in de Tweede Kamer en ingediend bij de Eerste Kamer (Rijksoverheid 2014).

Dementerende thuis vaak met dwang verzorgd

Vier van de tien thuiswonende dementerende ouderen hebben naar eigen zeggen te maken met van een vorm van vrijheidsbeperking, blijkt uit een onderzoek van de Universiteit Maastricht, die bijna duizend thuiswonende

dementerenden ondervroeg. Van de onderzochte ouderen hebben er 320 te maken met dwang. 80% van hen krijgt ook 'onvrijwillige zorg'. Het gaat dan om het stiekem toedienen van medicatie, het opsluiten in huis of het gedwongen moeten douchen. Aan 7% worden fysieke beperkingen opgelegd. Deze mensen worden bijvoorbeeld aan tafel vastgebonden of krijgen te maken met bedhekken. Ouderen die alleen wonen hebben een grotere kans op dwangverpleging. De familie bepaalt in driekwart van de gevallen tot vrijheidsbeperking. Hoe drukker een zorgverlener het heeft, hoe eerder hij overgaat tot verdergaande maatregelen. Bij elk stapje op de schaal van belastbaarheid van een tot negen neemt de kans op dwang toe met 13%. Volgens onderzoekers van de universiteit is dit slechts het topje van de ijsberg. In het onderzoek is alleen gekeken naar mensen die onder toezicht staan van een zogenoemde casemanager. Dat zijn gespecialiseerde mensen die een team rondom een dementerende aansturen (Skipr, 30 oktober 2014).

ICT in langdurige zorg wordt chaos

OIZ, de vereniging van Organisaties voor ICT in de Zorg, voorspelt dat na 1 januari 2015 problemen komen in de elektronische registratie, communicatie en declaratie in de langdurige zorg. De chaos kan voor zorgaanbieders grote financiële gevolgen hebben.

De resterende maanden in 2014 zijn voor ICT leveranciers te kort om nog maatregelen te kunnen nemen die leiden tot een goede software-implementatie van de nieuwe wet- en regelgeving. Daarom vraagt OIZ het Rijk, de gemeenten en de zorgverzekeraars om een coulancebeleid aan te houden. Daarnaast vraagt OIZ om de invoering van een landelijke 'ICT Road Map', waarin de ingeplande wijzigingen in de wet- en regelgeving voor de langdurige zorg worden verwerkt.

OIZ wijst op de afgesproken termijn van negen maanden na vaststelling van definitieve specificaties voor introductie van nieuwe wet- en regelgeving. Dan hebben partijen zes maanden de tijd voor softwareontwikkeling en drie maanden voor implementatie (Skipr, 11 november 2014).



Kwetsbare ouderen

Steeds meer ouderen zijn kwetsbaar voor ernstige gezondheidsproblemen. De overheid wil de zorg voor kwetsbare ouderen meer afstemmen op hun persoonlijke behoeften. Daarvoor is er sinds 2007 het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO).

Hierin werken organisaties op het gebied van zorg, werk en wonen, samen met ouderen. Via projecten en experimenten willen zij de zorg zo organiseren, dat ouderen langer voor zichzelf kunnen zorgen. Bijvoorbeeld door:

- bij ziekte vroeger in te grijpen
- dreigend verlies van zelfstandig functioneren op te vangen
- ouderen te leren goed met hun ziekte of beperkingen om te gaan
- ouderen te ondersteunen mee te doen aan de samenleving als dit niet meer vanzelf gaat

Er lopen 75 projecten, waaraan 27.000 ouderen en 3.000 mantelzorgers deelnemen.

In Nederland lijden zo'n 250.000 mensen aan dementie. Veel mensen met dementie die in verpleeghuizen verblijven, hebben baat bij kleinschalige zorg in een huiselijke omgeving. Daarom investeert het Rijk in de uitbreiding van het aantal plaatsen in kleinschalige woonvoorzieningen. In ons land zijn naar schatting 200.000 ouderen eenzaam.

Oorzaken van eenzaamheid kunnen zijn: het verlies van de partner of vrienden, verminderende mobiliteit en kleine sociale netwerken. Het Rijk steunt het samenwerkingsverband Coalitie Erbij, waarin 13 organisaties zich hebben verenigd. Dit zijn organisaties als De Zonnebloem, het Rode Kruis en Humanitas. De deelnemende organisaties willen gezamenlijk maatregelen nemen om eenzaamheid onder mensen tegen te gaan (Rijksoverheid.nl).

Samenwerking huisarts - specialist ouderengeneeskunde

Een toenemend aantal kwetsbare ouderen met een zware zorgvraag woont zelfstandig thuis of in een kleinschalige woonvorm. Om deze patiëntengroep de juiste medische zorg te kunnen bieden, is samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde essentieel. LHV-bestuurder Paulus Lips en Verenso-voorzitter Nienke Nieuwenhuizen hebben een samenwerkingsconvenant getekend met als doel 'samenhangende medische zorg voor ouderen in de thuissituatie'. Met het convenant laten de organisaties zien hoe de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen kan worden gerealiseerd.

Slechts een voorwaarde staat deze samenwerking op grote schaal in de weg: net als voor de huisarts moet er ook een

zelfstandige betaaltitel voor de specialist ouderengeneeskunde in de Zvw gerealiseerd worden.

Op dit moment is de zorg door de specialist ouderengeneeskunde (SO) alleen voor mensen met een Wlz-indicatie veilig gesteld. Hierdoor kan een grote groep kwetsbare ouderen geen beroep doen op de SO. De medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie wordt primair geleverd door huisartsen. Specialist ouderengeneeskunde ondersteunen huisartsen bij deze zorg en kunnen worden ingezet voor consultatie en medebehandeling. Wanneer de zorgvraag van de oudere zich grotendeels op het deskundigheidsgebied van de SO bevindt, neemt de SO het hoofdbehandelaarschap van de huisarts over. Zolang de SO geen zelfstandige betaaltitel heeft is dit in de huidige situatie nog niet mogelijk (LHV, 4 december 2014, Verenso, 18 november 2014).

Alzheimer eerder te voorspellen

Jaren voordat iemand de ziekte van Alzheimer krijgt, is het begin van de ziekte al in de hersenen te zien. Mensen lopen een hogere kans op dementie door de ziekte van Alzheimer bij een verlaagd eiwitgehalte in het hersenvocht te vinden is. 'Als we alzheimer eerder kunnen voorspellen, is de ziekte hopelijk beter te behandelen. Zover zijn we nu nog niet, maar het is wel onze hoop voor de toekomst', zegt neuroloog in opleiding Argonde van Harten. Zij promoveerde op het onderzoek bij het VUmc in Amsterdam. Van Harten werkt voor het Alzheimercentrum van het VUmc.

Ze onderzocht 224 mensen met geheugenklachten. Bij de meeste mensen bleef het bij wat vergeetachtigheid, maar het denkvermogen van 28 mensen ging in de jaren erna achteruit. Het hersenvocht van deze mensen had een verlaagd gehalte van het eiwit amyloid-beta42. Het is niet perfect, maar wel een goede voorspeller.

Amyloid-beta42 is een giftig eiwit. Een verlaagd gehalte in het hersenvocht duidt aan dat het eiwit zich ophoopt in de hersenen zelf. Daardoor gaan de hersencellen uiteindelijk kapot en kunnen normale functies niet meer uitgevoerd worden.

Lees verder op de volgende pagina

6 Oud & Nieuw. Ouderenzorgnieuwsbrief

Van Harten onderzocht het hersenvocht, omdat het eiwit daar makkelijker te meten is dan in de hersenen zelf. Van Harten heeft haar patiënten twee tot vier jaar gevolgd. Over het algemeen ontstaan de eerste veranderingen in de hersenen tien tot twintig jaar voordat iemand echt dement wordt. 'We moeten op zoek naar dat allervroegste begin van de ziekte. Dan zouden we het misschien nog kunnen oplossen. Dat is het doel. Nu zijn we nog te laat. Wanneer we pas ingrijpen als iemand dement is, is het waarschijnlijk niet om te keren. We hebben nog geen behandeling.' (VUmc, Skipr, 6 november 2014).

De euthanasiepraktijk in Nederland loopt uit de hand

'Steeds meer mensen vragen euthanasie, artsen passen het steeds sneller toe en de toetsingscommissies keuren dat goed.' Dit zegt ethicus Theo Boer die om deze reden recentelijk uit de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie in Arnhem is gestapt. Onlangs uitten een huisarts en een ouderenverzorger ook kritiek op de steeds liberalere toepassing van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, de 'euthanasiewet' die sinds 2002 geldt. De cijfers spreken de critici niet tegen: van de 4.800 patiënten die vorig jaar euthanasie kregen, was eenderde niet terminaal ziek. Ze hadden wel ouderdomsklachten, zoals hartproblemen of dementie, maar ze zouden daar niet per se snel aan overlijden. Ze zagen volgens Boer vooral op tegen nog langer leven. In 2004 was 90% van de mensen die euthanasie kreeg terminale kankerpatiënt, in 2013 nog maar 66%. Het aantal mensen dat euthanasie krijgt, is in tien jaar gegroeid van 1.800 in 2004 tot 4.800 vorig jaar. Het aantal sterfgevallen is ongeveer gelijk gebleven, rond 140.000 mensen per jaar. Boer zegt dat hij steeds vaker moeite had met euthanasiedossiers die collega's goedkeurden. Hij heeft in de negen jaar dat hij in de toetsingscommissie zat 4.000 dossiers beoordeeld. Mensen zijn euthanasie als een recht gaan beschouwen. De meeste beslissingen over een dossier nam de toetsingscommissie unaniem: de artsen hebben zorgvuldig gehandeld. Soms keurden maar twee leden van de commissie een dossier goed en dan moest de derde zijn 'verlies nemen'. Een geestelijk verzorger in een verpleeghuis stelde onlangs dat eenzaamheid van ouderen een grote rol speelt in de toenemende euthanasievragen (NRC, 7 november 2014).



Verbetering kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam

Uit onderzoek van de IGZ waarin alle concerns voor intramurale ouderenzorg zijn bezocht, blijkt dat het verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg langzaam gaat, waardoor tekortkomingen blijven bestaan in de zorgverlening. Er wordt hard gewerkt en medewerkers zijn zeer gemotiveerd, maar instellingen zijn onvoldoende gericht op het steeds verbeteren van de zorg in de praktijk. Bij meer dan de helft van de verpleeg- en verzorgingshuizen sluiten de kennis, vaardigheden en beschikbaarheid van medewerkers niet aan bij de zorgbehoefte van de cliënten. Dat verschil wordt bovendien steeds groter doordat de zorgvraag complexer wordt.

Over het algemeen hebben instellingen wel beleid ontwikkeld voor de kwaliteit van zorg, maar de toepassing ervan in de praktijk laat nogal eens te wensen over. Er zijn instellingen die steeds vernieuwen en blijven werken aan nog betere en veiligere zorg. Er zijn echter ook organisaties waar het om allerlei redenen niet lukt om de zorg te verbeteren. De meeste instellingen hebben goed voor ogen hoe de zorg

georganiseerd moet worden, maar moeite om beleid om te zetten in praktijk. Deze verschillen bestaan niet alleen tussen de zorgconcerns, de kwaliteit kan per huis en zelfs per afdeling sterk verschillen.

Tijdens de periode van het onderzoek bezocht de IGZ alle 450 zorgconcerns voor intramurale ouderenzorg, goed voor zo'n 2000 verpleeg- en verzorgingshuizen. In totaal legde de inspectie bijna 1100 bezoeken af.

Waar dat nodig was vroeg de IGZ aan zorgconcerns om direct maatregelen te nemen. De inspectie volgde de voortgang tot de gewenste verbeteringen waren doorgevoerd. Organisaties waar het niet genoeg verbeterde zijn onder verscherpt toezicht gesteld of hebben een bestuursrechtelijke maatregel gekregen. De situatie is daar nu verbeterd en de maatregelen zijn opgeheven.

De IGZ verwacht dat ieder zorgconcern in de intramurale ouderenzorg zichzelf jaarlijks een spiegel voorhoudt op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg (audit). Afhankelijk van hoe die audits uitgevoerd worden en wat

instellingen met de uitkomsten ervan doen, zal de inspectie actiever of terughoudender toezicht houden. Aan de branchevereniging en beroepsverenigingen in de ouderenzorg vraagt de inspectie om hun leden te helpen bij het nemen van hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en het op een hoger niveau brengen van (bij)scholing (IGZ, 12 juni 2014).

Kamer: verpleeghuiszorg moet en kan beter

Verpleeghuizen waar de zorg voor ouderen niet goed is, krijgen te maken met scherper inspectietoezicht. Bestuurders van instellingen die bij herhaling slechte zorg leveren, worden daar eerder op aangesproken. En als verbeteringen uitblijven, moet een andere zorginstelling het maar overnemen. Dat beloofde staatssecretaris Martin van Rijn (VWS) de Tweede Kamer. Van Rijn wil duidelijk maken dat het niet leveren van goede zorg niet acceptabel is. Voldoende handen aan het bed zijn essentieel voor goede zorg. De staatssecretaris gaat daarom met de beroepsgroep op zoek naar een verantwoorde samenstelling van het personeel. Bij het om- en bijscholen van zorgpersoneel wil hij bovendien meer inzetten op het bevorderen van deskundigheid.

In de al lang lopende discussie over betere zorg in verpleeghuizen is volgens Van Rijn de ouderenzorg al wel verbeterd. Hij wil nu structurele oplossingen. Als voor alle plannen voor betere verpleeghuiszorg meer geld nodig zou zijn, is dat bespreekbaar. Verpleeghuiszorg is zware zorg. Mensen blijven langer thuis wonen en hebben daardoor als ze in een zorginstelling komen meer zorg nodig. Om die zorg te verbeteren, wil hij net als een groot deel van de Kamer, dat vertegenwoordigers van instellingen die het volgens de inspectie goed doen hun ervaringen delen met minder goed presterende huizen.

De Kamer is verdeeld over hoe de problemen in verpleeghuizen kunnen worden opgelost. De PVV wil meer geld voor de zorg, maar meer geld is ook volgens veel andere partijen niet dé oplossing. Want ook geld kan het probleem van dementie niet oplossen. Bovendien verschild de kwaliteit

van de zorg in instellingen die nu evenveel veel geld krijgen sterk. De SP wil meer personeel en af van slecht functionerende bestuurders en pleit voor een noodwet om grote zorginstellingen op te splitsen (ANP, 19 november 2014).

Kleinschaligheid en kwaliteit

Uit praktijkonderzoek van Aline Poolen (2014) is gebleken dat kleinschaligheid een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg in een intramurale zorgorganisatie. Ruim 124 van de circa 400 ouderenzorgorganisaties in Nederland behoren tot de categorie kleine zorgorganisaties. In toenemende mate ervaren deze kleine organisaties bedreiging van hun bestaansrecht.

Uit onderzoek van Van der Scheer (2013) komt naar voren dat het bestaansrecht van kleine organisaties door externe factoren in gevaar gebracht wordt: bezuinigingen door capaciteitsvermindering, de machtspositie van de zorgverzekeraars én hun voorkeur voor het werken met minder en dus grotere organisaties.

Het rapport van Gupta (2010) bevestigt dat schaalvoordelen in de kern van het werk van ouderenzorg niet groot zijn. Efficiencywinst kan worden bereikt door uit te gaan van kwaliteit en niet van bedrijfsmatige sturingsconcepten zoals groei, taakopsplitsing, enzovoorts (Parlis, 2010).

Uit onafhankelijk benchmarkonderzoek van brancheorganisatie ActiZ en PriceWaterhouseCoopers blijkt 5 jaar op rij (ActiZ periode 2010-2014) dat kleine zorgorganisaties gemiddeld beter presteren op cliënt- en medewerkertevredenheid en financiële bedrijfsvoering dan grotere organisaties.

Wat maakt nou dat kleine organisaties het gemakkelijker beter doen? Het is voor hen gemakkelijker om veel aandacht te schenken aan het primaire proces en minder aan het sturen van de organisatie. Kleine organisaties zijn beter in staat om adequate focus aan te brengen op behoeften van de cliënt, uniciteit, flexibiliteit, waardedoelvoeging en duurzaamheid dan grote organisaties. Een reden hiervoor is dat kleine organisaties op een natuurlijke wijze dichtbij de cliënten staan, hun behoeften gemakkelijker kennen en daarop snel kunnen inspelen (Aline Poolen-van den Brink, MBA en prof.dr. Inge Bongers in Lucide 2014).

Zachte signalen verdienen plek in veiligheidsbeleid

Door lacunes in harde managementinformatie op te vullen, kunnen 'zachte signalen' een belangrijke rol spelen bij het optimaliseren van de veiligheid in de zorg. Het gestructureerd registreren van deze signalen draagt bij aan een groeiend gevoel van urgentie en een groter veiligheidsbewustzijn. Dat constateert onderzoeksbureau IQ Healthcare van het Radboudumc.

Volgens de onderzoekers leunt de huidige veiligheidsbenadering in de gezondheidszorg sterk op harde managementinformatie. Recente calamiteiten laten zien dat er vaak al indirecte signalen waren, die niet werden opgepakt of onvoldoende serieus werden genomen. Te denken valt aan ontevredenheid onder het personeel of ruzie. Deze 'zachte signalen' verdienen dan ook een plaats in de veiligheidsbenadering. Ze kunnen bestuurders helpen om de juiste vragen te stellen en gericht onderzoek te doen. IQ Healthcare keek met name naar het effect van de specifieke methode van de 'bestuurlijke rondgang (executive walkrounds)' op de veiligheid in de langdurige zorg. Deze methode van executive walkrounds werd eind jaren negentig ontwikkeld door het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement (IHI). Door welbewust de werkvloer op te zoeken leggen bestuurders laagdrempelig, informeel, maar toch gestructureerd contact met professionals en patiënten.

Aan het onderzoek van IQ Healthcare deden dertien instellingen in de verzorging en verpleging, ggz en gehandicaptenzorg mee. In totaal werden tijdens de walkrounds bijna driehonderd zachte signalen gerapporteerd over onderwerpen als zorgverlening (29%), communicatie (19%), omgeving (18%) en personeelsinzet (15%). Naar aanleiding hiervan werden 245 verbeteractiviteiten gerapporteerd. Op basis van deze cijfers constateert IQ Healthcare dat executive walkrounds ook in de langdurige zorg een waardevolle aanvulling vormen op het veiligheidsmanagement. De belangrijkste verdiensten van de executive walkrounds zijn de preventieve werking in combinatie met een groeiend gevoel van urgentie en dito veiligheidsbewustzijn. Dit blijkt onder meer uit het feit dat na de walkrounds professionals in veel gevallen zelf initiatieven namen ter verbetering van de

veiligheid. Wel merken de onderzoekers op dat de methode alleen werkt als de bestuurder beschikt over vaardigheden als sensitiviteit, luistervaardigheid, nieuwsgierigheid, openheid en het kunnen ontvangen en geven van feedback (Skjpr, 30 oktober 2014).

Huisarts en ouderenzorg

Om ouderen die langer thuis willen blijven wonen goed te kunnen helpen, moet de huisarts worden bijgestaan door een praktijkondersteuner (POH) ouderengeneeskunde. Arno Rutte (VVD, Tweede Kamerlid) pleit voor meer gerichte hulp bij ouderdomsklachten in de huisartsenpraktijk. Daar waar de huisarts niet altijd tijd heeft om vragen te bespreken, kan de POH een oplossing bieden. De POH heeft de tijd om die vragen rustig door te nemen en te kijken welke zorg of ondersteuning daarbij past. De POH heeft oog voor ouderdomsklachten en met zijn komst wordt meteen de werkdruk van de huisarts verlicht (ANP, 17 november 2014).

Mondzorg in verpleeghuizen onder de maat

Uit onderzoek van de IGZ in 29 verpleeghuizen blijkt dat de kwaliteit van de mondzorg in verpleeghuizen onvoldoende is. Verpleeghuizen leven de richtlijn hiervoor slecht na. Meer dan de helft van de medewerkers geeft aan onvoldoende kennis en vaardigheden te hebben op het gebied van mondzorg. In driekwart van de verpleeghuizen biedt het dossier van de cliënt geen goede informatie voor de dagelijkse mondzorg. De meeste bezochte verpleeghuizen stellen geen tandarts voor de cliënten beschikbaar of hebben geen contract afgesloten met een tandarts van buiten. In instellingen waar een tandarts wel behandelingen in het verpleeghuis verricht, zijn vaak geen of te weinig faciliteiten zoals een behandelkamer, materiaal of een tandartsassistente.

De inspectie vindt de bevindingen verontrustend. Van de 29 bezochte verpleeghuizen, moesten er 27 maatregelen treffen om de kwaliteit van de mondzorg op orde te krijgen. Bij 24 huizen was een herhalingsbezoek nodig. De IGZ verwacht dat alle verpleeghuizen die dit nog niet hebben gedaan, de Richtlijn Mondzorg op korte termijn invoeren. Daarnaast wil de inspectie dat de verpleeghuizen de kwaliteit van hun mondzorg jaarlijks

zelf onderzoeken. De IGZ brengt dit jaar nog vervolfbezoeken en volgt de voortgang van de verbeteringen bij de bezochte verpleeghuizen nauwlettend. Als dat nodig is, zal de inspectie handhavende maatregelen opleggen (IGZ, 11 november 2014).

Controle verpleeghuis moet onaangekondigd

De Patiëntenfederatie NPCF is van mening dat inspectiebezoeken aan verpleeghuizen onaangekondigd moeten gaan plaatsvinden. Kwaliteitsverschillen tussen instellingen moeten duidelijker zichtbaar worden en er moet intensiever toezicht komen op de tehuizen. Terwijl de vraag naar goede, gepaste en steeds zwaardere ouderenzorg toeneemt, loopt het vertrouwen in de verpleeghuiszorg over de hele linie schade op. De NPCF wil dat er een stuurgroep komt die de 'al jaren bekende problemen' in de verpleeghuizen oplost en de zorg verbetert (ANP, 10 november 2014).

Verantwoord voorschrijven

De IGZ gaat vanaf 2015 in haar toezicht zorg breed focussen op de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven bij risicopatiënten, zoals kwetsbare ouderen met polyfarmacie. De inspectie en het zorgveld hebben de afgelopen jaren al veel aandacht besteed aan het thema medicatieveiligheid. Dit heeft geresulteerd in verschillende multidisciplinaire richtlijnen voor het zorgveld. Door de toename van het aantal ouderen en de ontwikkelingen in de langdurige zorg, blijft medicatieveiligheid de komende jaren van essentieel belang. Medicatieveiligheid is een breed begrip dat zowel betrekking heeft op geneesmiddelen als op het farmaceutisch zorgproces. De afgelopen jaren heeft de inspectie al veel aandacht besteed aan de rol van de apotheker en aan het toezicht op fabrikanten van geneesmiddelen. In 2015 richt de inspectie zich, in alle domeinen van de gezondheidszorg, op de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven: duidelijkheid voor de patiënt over regie en verantwoordelijkheid, het actueel medicatieoverzicht, de medicatiebeoordeling en de elektronische medicatiebewaking (IGZ, 11 november 2014).

Verpleeghuisbewoner wil afwijken van regels

Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie NPCF komt naar voren dat ouderen worden beperkt door de strakke handhaving

van regels in verpleeghuizen. Zij willen bijvoorbeeld graag wat later opstaan na een slechte nacht of eens extra douchen. Maatwerk is niet altijd mogelijk. De NPCF onderzocht vijf verpleeghuizen en keek naar de regels in verpleeghuizen en in hoeverre deze de eigen regie van bewoners verstoren. Op zich vinden de bewoners het helemaal niet erg dat er regels zijn in het verpleeghuis. Zij ervaren de regels pas als belemmerend wanneer er niet van kan worden afgeweken. Afwijken is vooral gewenst op het welzijnsvlak. Denk aan opstaan, eten, een wandeling maken, wonen en sociale contacten. Voor thema's als medicatieverstrekking zijn strakke regels noodzakelijk en daar zijn bewoners het ook mee eens. Voor de thema's waar de veiligheid van bewoners niet in het geding komt, zouden kaders opgesteld kunnen worden waarbinnen zorgprofessionals kunnen werken. Het geeft ruimte voor individuele afspraken met bewoners en mantelzorgers.

De onderzoekers adviseren de IGZ, NWWA en VWS om goed te communiceren wanneer de regels strak nageleefd moeten worden. Wanneer er ruimte voor interpretatie is, moet dit ook kenbaar gemaakt worden. Binnen de verpleeghuizen moet vervolgens voor zorgverleners duidelijk zijn wat de regel precies betekent en hoe strak deze in acht gehouden moeten worden (Zorgvisie, 10 november 2014).

Ondervoeding in verpleeghuizen door hoge werkdruk

Ouderen in verpleeghuizen vertonen ondervoedings- of uitdrogingsverschijnselen, als gevolg van onderbezetting of een te hoge werkdruk. Dat zegt ruim een kwart van de ondervraagden in een enquête van vakbond Abvakabo FNV onder bijna 3800 zorgverleners. 70% van de ondervraagden geeft aan dat onderbezetting op de werkvloer of te hoge werkdruk dit jaar heeft geleid tot incidenten, zoals valincidenten, of conflictsituaties tussen cliënten. Ook worden er volgens ruim de helft van de ondervraagden vergissingen gemaakt met het toedienen van medicatie. Een grote meerderheid klaagt over te weinig personeel. Ruim driekwart van de zorgverleners vindt dat ze regelmatig onvoldoende tijd hebben om cliënten de zorg te bieden die ze nodig hebben (ANP, 29 november 2014).

Terugdringen zorgproblemen stagneert



Na jaren van daling stagneert het terugdringen van zorgproblemen zoals decubitus, incontinentie, ondervoeding, smetplekken en infecties. Op sommige terreinen, zoals chronische wonden en urine incontinentie, is zelfs sprake van een toename van de prevalentie. Dit komt naar voren uit de jaarlijkse Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de CAPHRI School for Public Health and Primary Care van de Universiteit Maastricht. Wat in de meting verder opvalt is dat instellingen lang niet alle problemen even goed registreren. Ook worden preventieve inzichten en maatregelen vaak maar beperkt ingezet.

De stagnatie van het aantal geregistreerde zorgproblemen zou er volgens de opstellers van de LPZ op kunnen duiden dat we de ondergrens bereikt hebben. Toch willen de rapporteurs niet onvermeld laten dat er ook nog grote verschillen tussen instellingen bestaan. Dit duidt er op dat

de prevalentie van zorgproblemen nog wel degelijk verder kan worden teruggedrongen.

De onderzoekers denken dan ook dat er bij de instellingen sprake is van een zekere mate van verzadiging. Nu de zorgproblemen zijn ingebed in vaste registratiecycli wordt het lastiger om diezelfde problemen onder de aandacht te houden. En als de aandacht afneemt, zal de prevalentie weer toenemen, zo voorspellen de rapporteurs.

Als het om individuele zorgproblemen gaat blijkt de prevalentie van urine incontinentie iets te zijn gestegen in de chronische sector, net als de prevalentie van letsel dat hiermee samen hangt. Bovendien wordt incontinentie vaak niet formeel gediagnosticeerd. In bijna vier van de tien gevallen (38%) is geen diagnose gesteld, en daar waar wel een diagnose gesteld is, is deze in een kwart van de gevallen niet gespecificeerd of als totale incontinentie gediagnosticeerd.

Ook realiseren instellingen zich te weinig dat de overlast voor de cliënt met eenvoudige ingrepen gereduceerd kan worden. Iets soortgelijks geldt voor de aanpak van decubitus. Preventieve maatregelen zoals bijvoorbeeld wissellegging worden nog steeds te weinig toegepast.

De prevalentie van chronische wonden in de langdurige zorg is gestegen van 4,7% naar 5,8%. Daarnaast wordt er minder aanvullend diagnostisch onderzoek naar deze wonden gedaan. Ook is er voor dit onderwerp nog te weinig aandacht, constateren de onderzoekers, getuige het kleine aantal instellingen dat meedoet aan de prevalentiemeting.

Voor wat betreft ondervoeding is er sprake van een lichte stijging: één op de tien patiënten in de algemene ziekenhuizen is ondervoed, tegen één op de zes in de chronische sector. In de chronische sector is bovendien sprake van een kleine terugloop in de screening van de voedingstoestand. Ook maakt de sector lang niet altijd gebruik van gevalideerde meetinstrumenten. In geval van ondervoeding wordt in 80% van de gevallen maatregelen genomen, zoals het inzetten van een diëtist. In 20% van de gevallen worden geen maatregelen genomen. Ook wordt driekwart van de ondervoede patiënten niet geïnformeerd over hun voedingsstatus.

Het aantal valincidenten is in de laatste LPZ gelijk gebleven, maar wel is de valangst gestegen. Daardoor is het aantal cliënten dat welbewust activiteiten mijdt gestegen: inmiddels zegt één op de zes á zeven cliënten niet aan zulke activiteiten mee te doen uit angst om te vallen. De rapporteurs constateren dat letselpreventie weinig wordt toegepast. Ook zijn instellingen onvoldoende doordrongen van de impact van valincidenten: Het afdoen van een valpartij bij een kwetsbare oudere als een 'ongelukje' betekent miskening van een belangrijk en alarmerend symptoom.

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is licht gedaald. In de chronische sector heeft één op de vijf patiënten hier mee te maken. Wel zien de rapporteurs nog veel oneigenlijk gebruik. De meest genoemde reden voor vrijheidsbeperking is het voorkomen van vallen, wat een onterechte valpreventieve maatregel is (Skipr, 29 oktober 2014).

Decentralisatie: gemeenten gaan voor wijkteams

Uit een enquête van de Volkskrant onder bijna honderd gemeenten blijkt dat gemeenten veel nieuwe ideeën voor de zorg bedenken vanwege de naderende decentralisatie. Het gaat om initiatieven als integrale wijkteams, buurtbemiddelaars en het delen van scootmobiel. Vooral de invoering van integrale wijkteams is populair. De helft van de gemeenten gaat hiermee werken voor het uitvoeren van zorgtaken. In een wijkteam worden jeugdzorg, ouderenzorg en zaken die onder de Participatiewet vallen geïntegreerd in één aanspreekpunt. De rest van de gemeenten gaat werken met aparte wijkteams voor jeugd, ouderen, chronisch zieken of op de Participatiewet.

De gemeenten hopen door 'er vroeg bij te zijn' de kosten voor dure zorg te voorkomen. De teams krijgen veel budgettaire vrijheid. In de jeugdzorg is meer dan de helft van de teams vrij om door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg. Voor de Wmo is dat 42%.

Daar staat tegenover dat 45% van de gemeenten juist van de wijkteams verwacht dat zij voor elke Wmo-cliënt apart toestemming vragen om door te verwijzen (Volkskrant, Skipr, 21 november 2014).

Kabinet zet handrem op alfahulpconstructie

Een alfahulp inzetten voor huishoudelijke hulp kan volgens het kabinet vanaf 2015 alleen nog maar via het pgb. Daarmee verbiedt zij de alfahulpconstructie niet compleet, maar beperkt het wel in zeer sterke mate. Gemeenten zullen naar alle waarschijnlijkheid immers geen pgb's uitkeren voor huishoudelijke hulpen in de nieuwe Wmo. Hierdoor dreigen 45.000 alfahulpen in het zwarte circuit te belanden.

De harde rem op alfahulpen voor de huishoudelijke hulp blijkt uit een reactie van het kabinet op het advies van de Commissie-Kalsbeek. De Commissie-Kalsbeek adviseerde de regering in maart 2014 de Regeling dienstverlening aan huis buiten werking te stellen voor werknemers die met publiek geld betaald worden. Daarmee zou de alfahulpconstructie effectief verboden worden.

'Het kabinet heeft besloten dit advies naast zich neer te leggen en die regeling te laten bestaan', zegt een woordvoerder van brancheorganisatie ActiZ. 'Het kabinet is het op zich eens met de commissie dat een slechtere rechtspositie van huishoudelijk werkers niet wenselijk is. Tegelijk constateert het kabinet dat er voor een deel van de markt geen goed alternatief is. Het kabinet gaat zich nu primair richten op het voorkomen van oneigenlijke alfahulpconstructies.'

ActiZ had liever gezien dat alfahulpen middels zogenoemde dienstencheques ingekocht konden worden. VWS introduceert met de Huishoudelijke Hulp Toelage (HHT) wel dienstencheques, wat heel fijn is voor huishoudelijke hulpen in vast dienstverband. Maar met die cheques kunnen dus geen alfahulpen worden ingezet. Er werken momenteel circa 45.000 alfahulpen als hulp bij het huishouden in de Wmo (Zorgvisie, 24 oktober 2014).

Verevening ook in wijkverpleging

Het vereveningssysteem uit de Zvw, waarbij zorgverzekeraars met veel verzekerden in armere regio's extra geld krijgen, houdt nog te weinig rekening met de overheveling van de wijkverpleging

uit de AWBZ naar de zorgverzekeraars. Menzis is vanaf volgend jaar 56 miljoen extra kwijt doordat verzekerden in armere regio's zoals Groningen 20% meer wijkverpleging afnemen dan gemiddeld in Nederland. Menzis heeft het probleem aangekaart bij de politiek. Als er geen systeem komt om deze ongelijkheid recht te trekken, zal Menzis gedwongen zijn dit bedrag door te berekenen aan de verzekerden (Skipr, 26 november 2014).

Wijkverpleging valt 250 miljoen duurder uit

De kosten voor de wijkverpleging vallen volgend jaar 200 tot 250 miljoen euro hoger uit dan door het kabinet begroot. Dat schrijft ZN in een brief aan de Tweede Kamer. ZN gaf deze zomer al aan dat de beoogde bezuinigingen van 400 miljoen euro niet haalbaar waren als gevolg van de vele veranderingen in beleid en financiering in combinatie met het ontbreken van sturingsinstrumenten. Nu de zorginkoop voor volgend jaar de afrondende fase nadert concludeert ZN dat er een budgetoverschrijding van 200 tot 250 miljoen euro in het verschiet ligt.

ZN wijt de overschrijding mede aan de aangescherpte budgetdoelstelling van het kabinet. Volgens ZN kwam het kabinet op Prinsjesdag met een plotselinge budgetverlaging van 62,5 miljoen euro. Ook zegt ZN dat het inkoopproces bemoeilijkt is door tussentijdse maatregelen en aanpassingen, onder meer op het gebied van eerstelijns verblijf en de afbakening van de Wlz. Dit verlicht uiteindelijk de druk op de wijkverpleging, maar volgens ZN hebben de zorgverzekeraars de nieuwe situatie niet kunnen verdisconteren in het inkoopkader.

Ook branchevereniging ActiZ is kritisch over de gang van zaken rond de wijkverpleging, maar wijst de beschuldigende vinger juist naar de zorgverzekeraars die voor komend jaar veel te weinig wijkverpleging hebben ingekocht. Door deze opstelling zullen veel ouderen en andere kwetsbare mensen het moeten stellen met onvoldoende wijkverpleging.

Bij meerdere zorgaanbieders dreigt een omzetverlies van 15% of meer. Daarnaast moeten zorgorganisaties door de bezuinigingen wijkverpleegkundigen en andere medewerkers ontslaan en zullen er wachtlijsten ontstaan omdat zorgorganisaties geen nieuwe cliënten kunnen aannemen.

Door de positionering van de wijkverpleging binnen de Zvw lopen de verzekeraars risico in de uitvoering. ZN speelt de bal terug naar het kabinet door te stellen dat het vereveningssysteem rond de wijkverpleging nog niet goed is geregeld (Skipr, 29 oktober 2014).

Oudere wil vrije artskeuze van verzekeraar

Als zorgverzekeraars geen vrije keuze van arts of behandelaar bieden is dit voor senioren reden om naar een andere zorgverzekeraar over te stappen. Dat blijkt uit een enquête van ANBO. Meer dan de helft van de 1500 respondenten geeft keuzevrijheid van zorgaanbieder aan als belangrijkste reden voor het kiezen van een zorgverzekering. De hoogte van de premie is voor bijna 36% doorslaggevend. Dit jaar is de keuze voor een zorgverzekering belangrijker én tevens ingewikkelder. Afhankelijk van het soort polis heeft men bijvoorbeeld nog maar keuze voor een beperkt aantal ziekenhuizen. Veel senioren willen dat niet, die willen keuzevrijheid.

Zo geeft 85% aan het belangrijk te vinden om zelf te kunnen bepalen naar welke zorgaanbieder men gaat. Als de zorgverleners van hun voorkeur geen contract meer hebben met hun zorgverzekeraar, is dat een reden om alsnog over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Ruim 30% zegt dit zeker te zullen doen en meer dan 50% gaat dit misschien doen. Uit het onderzoek blijkt ook dat senioren slecht geïnformeerd worden door hun verzekeraar over het wel of niet vergoeden van de zorgverleners van hun voorkeur. Ruim de helft (55%) geeft aan dat ze deze informatie niet hebben gekregen. Bijna 30% heeft de informatie zelf opgevraagd of opgezocht bij de zorgverzekeraar. Slechts 12% heeft een brief hierover gekregen van de zorgverzekeraar. Senioren zijn normaal gesproken erg honkvast en wisselen weinig van verzekeraar: 75% is (bijna) nooit overstapt. Van de mensen die niet over willen stappen, zegt ruim 15% dat men bang is om niet geaccepteerd te worden door een andere verzekeraar. Met denkt dat leeftijd (74%) een rol zou kunnen spelen, maar ook te hoge zorgkosten, bijvoorbeeld vanwege een chronische ziekte (37%) (Skiper, 25 november 2014).

Register voor stelende zorgmedewerkers

Zorgmedewerkers en zorgvrijwilligers die cliënten bestellen of mishandelen kunnen vanaf nu worden opgenomen in een Waarschuwingsregister Zorg & Welzijn. De regionale Werkgeversvereniging ZorgZijn Werkt introduceert dit register als een nieuw preventiemiddel tegen criminaliteit door zorgpersoneel. Registratie in en raadpleging van het register voorkomt dat medewerkers die cliënten hebben bestolen of mishandeld, ergens anders ongestoord aan de slag kunnen. Na twee of vier jaar worden de gegevens automatisch uit het register verwijderd. Het is aan werkgevers zelf om zich bij het register aan te sluiten. Het register is bedoeld voor werkgevers in de verplegings-, verzorgings- en thuiszorgsector, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Het ministerie van Volksgezondheid betaalde mee aan de ontwikkeling van het project. Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) heeft het waarschuwingsregister goedgekeurd. De werkgeversvereniging vindt dat criminaliteit in de zorg- en welzijnssector een veel voorkomend probleem is, ook al erkent zij dat de omvang nooit goed is gemeten. De politie in Amsterdam deed in 2011 en 2012 onderzoek naar het slachtofferschap van zorgafhankelijke en kwetsbare senioren in zorginstellingen en aanleunwoningen. Daaruit bleek dat een groot deel van de strafbare feiten niet is geregistreerd. ZorgZijn Werkt is daarom samen met de Universiteit Utrecht een landelijk onderzoek gestart naar de veiligheid van eigendommen in de langdurige zorg. De eerste resultaten worden in het najaar van 2015 verwacht. ZorgZijn Werkt heeft zestig leden, waarvan vijfenveertig in de zorg- en welzijnssector. De werkgeversvereniging wil dat het register in heel Nederland operationeel wordt en als een kwaliteitskeurmerk gaat werken (ANP/Skiper, 26 november 2014).

Kwaliteit, klachten en geschillen

SIRA consulting heeft in opdracht van VWS de administratieve lasten van de Wkkgz in kaart gebracht. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de invoering van de Wkkgz leidt tot een kostenverhoging voor zorgorganisaties van circa 8,9 miljoen euro per jaar door een toename van de structurele regeldruk. Het gaat om circa 0,9 miljoen euro administratieve lasten en circa

8 miljoen euro inhoudelijke nalevingskosten. In het eerste jaar van uitvoering bedraagt de last 15 miljoen euro. Daarbij komt dat zorgaanbieders straks ook wettelijk verplicht zijn om bij het aannemen van personeel zich te vergewissen van het functioneren van de zorgverleners in het verleden. Deze verplichte check op nieuw personeel geldt echter ook voor uitzendkrachten. Het aantal uitzendkrachten in de branche is met 9000 mensen (2%) nog tamelijk gering, maar het aantal inhuurtransacties ligt aanmerkelijk hoger (circa 500.000). Per transactie geldt deze vergewisplicht.

De Wkkgz verplicht niet meer tot het instellen van een klachtencommissie. Dat levert volgens het rapport een besparing op van 4,7 miljoen euro. De klachtenregeling van de Wet Bopz blijft echter van kracht en die verplicht wél tot het instellen van een klachtencommissie. Ook de beoogde opvolger van de Wet Bopz, de Wet Zorg en Dwang, bevat de verplichting tot het instellen van een klachtencommissie. Om het afschaffen van de klachtencommissieverplichting in de Wkkgz te presenteren als een lastenverlichting, getuigt volgens ActiZ dan ook van een verkokerde visie, aangezien het op andere gebieden wel een verplichting blijft (ActiZ, 3 december 2014).

De Blok wil verpleeghuis afschaffen

Als het aan Jos de Blok van Buurtzorg Nederland ligt, worden de verpleeghuizen in Nederland afgebroken. Waarom moet je als dementerende in een groot huis met andere dementerenden zitten? De Blok snapt niet dat verpleeghuizen ooit bedacht zijn. Een verpleeghuisplek kost jaarlijks 80.000 euro per persoon en niemand wil er naar toe. De nadruk ligt op de gezondheidsproblematiek, niet op hoe je mensen een optimale kwaliteit van leven kunt bieden. Als oplossing wijst De Blok naar het Buurtzorg-model. 'Creëer kleinschalige voorzieningen waar mensen kunnen leven op een manier zoals ze dat thuis gewend zijn, met hun eigen dagpatroon, wensen en behoeften. Wil je uitslapen? Dan slaap je elke dag uit. Zorgverleners worden gekoppeld aan vier patiënten zodat het persoonlijk en overzichtelijk wordt. Zo wordt het ook makkelijker om familie, vrienden en vrijwilligers actief te betrekken bij de zorg. Daarvoor is het wel nodig om goed personeel aan te stellen, het management er tussenuit te halen en de directie te halveren.' (Zorgvisie, 11 november 2014).





Levensverwachting

De levensverwachting van in Nederland geboren vrouwen in 2012 bedroeg 82,8 jaar. Dat is 3,7 jaar hoger dan die van mannen (79,1 jaar). Sinds 1980 is het verschil in levensverwachting tussen de seksen kleiner geworden. Mannen boekten vanaf 1980 een winst van 6,4 jaar, vrouwen zijn gemiddeld 3,3 jaar ouder geworden.

Absolute levensverwachting in jaren:	2000	2003	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
- Mannen	75,5	76,2	77,2	78,0	78,3	78,5	78,8	79,2	79,1
- Vrouwen	80,6	80,9	81,6	82,3	82,3	82,6	82,7	82,0	82,8
Waarvan in goed ervaren gezondheid:									
- Mannen	61,5	62,4	62,5	64,7	63,7	65,3	63,9	63,7	64,7
- Vrouwen	60,9	61,6	61,8	63,4	63,5	63,8	63,0	63,3	62,6

(Bron: Miljoenennota 2015)

Stopzetten huishulp mag niet zomaar

De gemeente Dantumadeel mag de huishoudelijke hulp aan een ouder echtpaar niet met ingang van 1 januari 2015 beëindigen. Dat heeft de rechtbank in Groningen beslist. Het echtpaar had bezwaar gemaakt tegen het besluit van de gemeente dat de huishoudelijke hulp met ingang van 1 januari 2015 een algemene voorziening wordt en dat per deze datum de huishoudelijke hulp komt te vervallen. Dit ten gevolge van de nieuwe Wmo die per 1 januari 2015 in werking treedt. Volgens de rechtbank kan de gemeente zo'n besluit pas na 1 januari nemen, als de Wmo van kracht is.

Dan nog kan het niet zonder overleg met de mensen die de vergoeding krijgen. Ook moet er iets in hun situatie zijn veranderd sinds het laatste besluit over hun vergoeding. De uitspraak heeft mogelijk ook gevolgen voor zo'n honderd andere gemeenten. Ook die hebben mensen met een beperking een brief gestuurd met de mededeling dat hun vergoeding stopt, zonder dat er overleg is geweest (rechtspraak.nl, Uitspraken: ECLI:NL:RBNNE:2014:6176, 9 december 2014).

Afkortingen Ouderenzorgnieuwsbrief

ActiZ Brancheorganisatie voor Zorgondernemers • **ANBO** Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen • **AWBZ** Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten • **BKZ** Budgettair Kader Zorg • **CIZ** Centrum Indicatiestelling Zorg • **IGZ** Inspectie voor de Gezondheidszorg • **LHV** Landelijke Huisartsenvereniging • **NPCF** Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie • **NVWA** Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit • **NZa** Nederlandse Zorgautoriteit • **Pgb** Persoonsgebonden budget • **V&VN** Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland • **Verenso** Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde • **VWS** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport • **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 • **ZN** Zorgverzekeraars Nederland • **Zvw** Zorgverzekeringswet

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@biomet.com), Dr. Yvonne van Kemenade, Mirjam Peil • **Vormgeving** Rob Verhoeven Concept & Illustratie • **Lithografie** Samplonius & Samplonius BV • **Oplage** 2375

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.

