

Oud & Nieuw is een nieuwsbrief die belangrijke ontwikkelingen signaleert in de ouderenzorg

Oud & Nieuw

Nieuwsbrief Ouderenzorg



In dit nummer o.a.:

• **Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek beschikbaar** • **Trends in de gezondheidszorg** • **Korte berichten verpleeghuizen** • **Geen verhoogde mortaliteit conventionele antipsychotica**

Hier had uw logo kunnen staan!

Nummer 1 • februari 2016

‘Ik wil de mensen werkzaam in de zorg informeren ...’



De ouderenzorg is volop in beweging. De overgang van AWBZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg heeft voor menige organisatie werkzaam in de ouderenzorg veel reuring met zich mee gebracht. Er komen veel veranderingen en ontwikkelingen op de ouderenzorg af, zoals het ingezette beleid mensen langer thuis te laten wonen, die zeker niet allemaal ten goede komen aan de gezondheid en het welzijn van de ouder wordende cliënten.

Met een nieuwsbrief wil ik de mensen werkzaam in de zorg periodiek informeren over de ontwikkelingen in de ouderenzorg op het gebied van beleid, onderzoek en praktijk. Mensen werkzaam in de zorg kunnen op deze wijze kennis nemen van de beschikbare informatie. De informatie is feitelijk weergegeven, zonder daarbij een eigen mening te geven. Door u goed te laten informeren kunt u zelf een mening vormen over lopend beleid en ontwikkelingen.

Deze nieuwsbrief belicht de ontwikkelingen in de problematiek van de zelfbeschikking bij euthanasie; een trendonderzoek waarbij een aantal verpleeghuizen met elkaar is vergeleken; de veranderingen van hoe de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de ouderenzorg kijkt; onderzoeken naar de invloed van de bedrijfsvoering op de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen; ontwikkelingen in de praktijk, zoals een polsbandje voor dementerende ouderen, die de gezondheid en het welzijn van deze ouderen verbeteren. Maar ook ontwikkelingen vanuit de zorgkantoren, de evaluatie van de onafhankelijke cliëntondersteuning en ervaringen met de zorginkoop.

Dit nummer van de Nieuwsbrief Ouderenzorg hebben we in eigen beheer uitgegeven. Het idee is om de nieuwsbrief periodiek te laten verschijnen. Mocht u geïnteresseerd zijn in het uitgeven van de nieuwsbrief door uw eigen organisatie, dan hoor ik het graag. Wilt u niet de hele nieuwsbrief in beheer hebben, maar bent u wel bereid een bescheiden financiële bijdrage te leveren om de periodieke uitgave mogelijk te maken, dan kunt u ook contact met mij opnemen.

Ik zou het erg fijn vinden de mensen werkzaam in de ouderenzorg te mogen blijven informeren over ontwikkelingen in beleid, wetenschap en praktijk.

Met vriendelijke groeten,

Yvonne van Kemenade

yvankemenade@wxs.nl

www.healthcareconsultancy.nl

06 12 54 63 48

Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek beschikbaar



Er is een handreiking schriftelijk euthanasieverzoek verschenen van de ministers van Volksgezondheid en Veiligheid & Justitie. Naast een versie voor patiënten is er een versie voor artsen en andere zorgprofessionals. Met de handreiking willen de ministers een einde maken aan de maatschappelijke onduidelijkheid over de (on)mogelijkheden van euthanasie bij onder andere dementie.

De handreiking is opgesteld door een ambtelijke werkgroep 'Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie', waar ook de KNMG deel van uitmaakt. In een schriftelijk euthanasieverzoek schrijft de patiënt op onder welke omstandigheden hij euthanasie zou willen. Dat is belangrijk als de patiënt zo ernstig ziek zou worden dat hij zelf niet meer in staat is om zijn euthanasieverzoek met de arts te bespreken. Een schriftelijk euthanasieverzoek vervangt dan een mondeling verzoek om euthanasie. Maar het is geen kluisdocument: de KNMG raadt aan om een gesprek over de laatste levensfase en de rol van een schriftelijk euthanasieverzoek tijdig te initiëren. Dit geeft de beste kans op een open en eerlijk gesprek over wensen, verwachtingen over en weer en het aangeven van eventuele professionele grenzen en daarnaast voorkomt het misverstanden.

Een schriftelijk euthanasieverzoek is geen garantie voor euthanasie, maar wel een belangrijk document. Want het geeft de naasten en de arts houvast en richting bij de keuze voor de zorgverlening als de patiënt hier zelf niet meer over kan communiceren.

Mocht euthanasie niet kunnen gebeuren, dan mag de arts uit het schriftelijke euthanasieverzoek wel afleiden dat de patiënt in ieder geval in de beschreven omstandigheden geen levensverlengende behandelingen meer wil (KNMG, 17 december 2015).

Zelfbeschikking rond levenseinde mag arts niet verplichten

De wens zelf te kunnen bepalen hoe en wanneer je dood gaat, is groot, blijkt uit NRC-onderzoek in samenwerking met artsenfederatie KNMG. Artsen melden dat deze wens nooit mag leiden tot een meewerkplicht voor de dokter. Veel mensen willen zelf bepalen hoe hun levenseinde eruit ziet en wanneer dit plaatsvindt. De euthanasiewet, waaraan artsenfederatie KNMG heeft meegewerkt, legt de beoordelingsprocedure en, de niet verplichte, uitvoering van euthanasie in handen van artsen. Zij moeten volgens de wet afwegen of er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en of dit lijden een medische grondslag heeft.

Ook bezien zij of het verzoek weloverwogen en vrijwillig is en of er geen redelijke alternatieven meer zijn. Het levensbeëindigend handelen door artsen is zowel medisch als maatschappelijk genormeerd: met professionele normen, met een verplichte toetsing vooraf door een onafhankelijke tweede arts en een melding achteraf aan de toetsingscommissie euthanasie.

Dat maakt de euthanasiepraktijk tot een kwalitatief hoogwaardige én gecontroleerde praktijk.

Het uitvoeren van euthanasie is bijzonder medisch handelen en kan nooit een verplichting voor een arts worden.

Uit het KNMG-onderzoek blijkt dat artsen een ongewenst grote maatschappelijke druk ervaren om euthanasie uit te voeren. Zij zien dat veel patiënten veronderstellen dat euthanasie een recht is. Een tijdig gesprek over het levenseinde, over angsten, zorgen, verwachtingen en (on)mogelijkheden, helpt om misverstanden te voorkomen. (KNMG, januari 2016).

Verpleegkundige wil meepraten in besluitvorming over euthanasie

Verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat de besluitvorming over euthanasie niet buiten hen om moet gaan. Een kleine groep denkt, ten onrechte, dat zij zelf de euthanasiemiddelen mogen toedienen. Dit blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL en VUmc in het wetenschappelijke tijdschrift *Patient Education and Counseling*. De meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden (69%) vindt dat een arts een euthanasieverzoek van een patiënt met wie ze veel contact hebben, met hen moet bespreken. Daarnaast geeft 38% aan dat zij wel eens de eerste persoon zijn geweest met wie een patiënt zijn euthanasiewens besprak. Ook vertelt ongeveer een derde dat zij ooit een arts hebben geïnformeerd over de euthanasiewens van een patiënt. Slechts 3% zegt ooit te hebben geweigerd deel te nemen aan de besluitvorming rondom euthanasie.

Het komt weinig voor dat verpleegkundigen en verzorgenden aanwezig zijn bij euthanasie. Slechts 7% zegt dat zij daarbij ooit aanwezig was om een arts te assisteren. Opvallend is dat nog steeds 7% denkt dat zij zelf de voor euthanasie gebruikte medicijnen mogen toedienen. Voorbereidende handelingen mogen wel volgens professionele richtlijnen. 3% of minder geeft aan dat zij ooit de euthanasiemiddelen hebben opgehaald bij de apotheek, het infuus hebben aangesloten of voorbereid, of de oplossing voor de middelen hebben gemaakt (NIVEL, 3 december 2015).

Commissie-Schnabel: euthanasiewet biedt voldoende ruimte bij voltooid leven

Het verruimen van juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding is onwenselijk, stelt de adviescommissie voltooid leven onder leiding van Paul Schnabel in haar rapport. De euthanasiewet biedt bij voltooid leven voldoende ruimte, waarbij de commissie meeneemt dat ook een stapeling van ouderdomsklachten oorzaak van ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan zijn.

De adviescommissie heeft op verzoek van de ministers van VWS en van Veiligheid & Justitie een breed advies uitgebracht over de juridische mogelijkheden en de maatschappelijke dilemma's rond hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Verruiming van de euthanasiewet is wat de commissie betreft onwenselijk. Veel van de mensen met een 'voltooid leven'-wens (ook wel aangeduid met 'lijden aan het leven' of 'klaar met leven') hebben een opeenstapeling van ouderdomsklachten met een medische grondslag die zorgt voor een ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Zij vallen binnen de criteria van de euthanasiewet. Voor de zeer kleine groep mensen met een actuele doodswens zonder dat er een medische grondslag is, ziet de commissie geen aanleiding de wet te wijzigen (KNMG, 4 februari 2016).

Trends

Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2014

Het Trimbos Instituut verzamelt tweejaarlijks gegevens in het kader van de Monitor Woonvormen Dementie. In een landelijke steekproef van woonvoorzieningen voor mensen met dementie worden zowel verzorgenden en familieleden als managers en behandelaars bevraagd over de bewoners voor wie zij zorgen.

Enkele trends in de organisatie van de zorg:

- **Geen toename van kleinschalige zorgkenmerken**

In 1989 werd in Nederland de eerste kleinschalige woonvoorziening voor mensen met dementie geopend. Mede dankzij stimuleringsregelingen van de overheid was in 2010 ruim een kwart van de voorzieningen met verpleeghuiszorg kleinschalig georganiseerd. Waarschijnlijk is dit aandeel de laatste jaren nog verder toegenomen, al zijn precieze cijfers niet bekend.

Kenmerken van kleinschalige zorg zien we terug in alle typen woonvormen, van psychogeriatrische afdelingen in verzorgingshuizen en grootschalige verpleeghuizen die de zorg kleinschalig organiseren, tot kleinschalige woonvormen in de wijk. De reden dat woonvoorzieningen steeds meer kenmerken van kleinschalige zorg integreren is naar alle waarschijnlijkheid dat die kenmerken sterk overeenkomen met de hedendaagse opvattingen over goede zorg, bijvoorbeeld een huiselijke omgeving, zinvolle dagbesteding, zelf zoveel mogelijk de regie houden. En nog altijd zijn een groot aantal zorgorganisaties in Nederland aan het reorganiseren naar een meer kleinschalige organisatie van de zorg.

Binnen elk type zijn er nog altijd grote verschillen in het aantal kenmerken van kleinschalige zorg. De kenmerken van kleinschalige zorg die tijdens de onderzoeksperiode het vaakst binnen woonvoorzieningen zijn geïntegreerd, zijn een huiselijke sfeer in de huiskamers en de maaltijden aan tafel opscheppen. In ongeveer de helft van de woonvoorzieningen wordt de warme maaltijd ook in de huiskamers bereid. Aanzienlijk minder vaak geven woonvoorzieningen te kennen dat bewoners en familie meehelpen in de huishouding en dat familieleden mee kunnen eten wanneer zij tegen etenstijd op bezoek komen. De stimulering van kleinschalige zorg lijkt met name tot uiting te zijn gekomen in bepaalde kenmerken zoals huiselijkheid. Daadwerkelijk met bewoners en hun familie een huishouden voeren lijkt nog altijd minder vanzelfsprekend. Mogelijk is het accent in nieuw gebouwde of naar meer kleinschalige zorg gereorganiseerde woonvoorzieningen met name gericht op de fysieke omgeving, zoals het huiselijk inrichten van de huiskamers, en is er minder aandacht voor de vraag hoe men de kleinschalige zorg in de dagelijkse praktijk gezamenlijk vorm kan geven.

- **Geen verandering in de eenduidigheid van de zorgvisie**

Over de periode 2010-2014 zien we, in tegenstelling tot de verwachting, geen significante verandering in die eenduidigheid van de zorgvisie. Dit betekent dat de mate waarin verzorgenden het oneens zijn over wat goede zorg is en hoe deze zou moeten worden geboden, niet is veranderd. Als we naar de specifieke

thema's in de zorgvisie kijken, zien we dat er in de beleving van de verzorgenden weinig onduidelijkheden zijn binnen hun team als het gaat om het creëren van een huiselijke sfeer en het respectvol omgaan met bewoners. Aanzienlijk vaker constateren verzorgenden uiteenlopende opvattingen binnen het team over het respecteren van (oude) gewoonten en gebruiken van bewoners en het meegaan in het dagritme van individuele bewoners. De ruimte voor verbetering lijkt vooral te liggen in het individueel afstemmen van de zorg op gebruiken en behoeften van bewoners. Blijkbaar is het minder vanzelfsprekend dat teams op dit vlak op één lijn zitten en vraagt dit extra aandacht.

- **Geen verandering in transformationeel leiderschap**

De mate waarin leidinggevend in de beleving van verzorgenden transformationeel (coachend, inspirerend, visionair) opereren, is in de periode 2010 tot 2014 niet veranderd. Mogelijk is het nog te vroeg om hierin veranderingen te zien: veel organisaties zijn net overgegaan naar meer zelfsturende teams of zijn hiermee nog volop bezig. Ook is het de vraag of de huidige generatie team- of zorgmanagers in voldoende mate over de competenties beschikt die nodig zijn voor een meer transformationele leiderschapsstijl. Slagen zij erin om een nieuwe balans te vinden tussen steunen en sturen en om binnen een meer coachende rol teams de ruimte te geven? Mogelijk is er ook een risico dat de afstand van de leidinggevende tot de praktijk te groot wordt, waardoor het lastig is om bij de medewerkers aan te sluiten.

Enkele trends in domoticagebruik:

- *De toepassing van domotica voor nachtsignalering blijft gelijk: opsta-alarmering, infraroodbewegingsmelders, uitluistersystemen, enzovoort; geen verandering in het gebruik van domotica om de leefruimte uit te breiden*

Domotica voor nachtsignalering wordt in zorgvoorzieningen op grote schaal gebruikt. Domotica ter vergroting van de leefruimte zorgt ervoor dat bewoners zich vrijer kunnen bewegen. Een voorbeeld is een chip in de schoen waardoor bewoners, voor wie dit verantwoord is, van een gesloten afdeling af kunnen, doordat voor hen de deur, die voor anderen gesloten blijft, automatisch opengaat. Een ander voorbeeld is een gps-apparaat waardoor iemand zelfstandig een wandeling buiten het terrein van de zorginstelling kan maken.

Enkele trends in de werkomstandigheden en het welbevinden van verzorgend personeel:

- *Geen verandering in werkdruk, autonomie en onderhouden steun van leidinggevend en collega's*

Het gevoel van autonomie is niet toegenomen. Het gelijk blijven van werkdruk, onderlinge steun en steun van de leidinggevende in de beleving van het verzorgend personeel, komt overeen met de verwachting. De soms alarmerende berichten over de verslechtering van de werkomstandigheden van verzorgenden worden door de bevindingen in de monitor niet onderschreven. Dat verzorgenden zich niet autonoom voelen, komt mogelijk doordat de aandacht voor zelfsturing en meer autonomie nog te recent is om hiervan al de positieve effecten te kunnen zien. Zeker gezien het feit dat de verpleeghuiszorg van oudsher een hiërarchische organisatie kent en zo'n ontwikkeling dan ook waarschijnlijk voor zowel medewerkers als leidinggevend een hele omslag kan betekenen.

- *Afname van arbeidstevredenheid en gevoel van persoonlijke bekwaamheid; geen verandering in emotionele uitputting en betrokkenheid*

Er hebben geen veranderingen plaatsgevonden op het vlak van emotionele uitputting en betrokkenheid van medewerkers. De arbeidstevredenheid en het vertrouwen in eigen kunnen van het verzorgend personeel zijn echter significant afgenomen. Binnen veel zorgorganisaties is de afgelopen jaren gereorganiseerd. Hoewel we niet met zekerheid kunnen zeggen hoe deze veranderingen en de berichtgeving doorwerken op medewerkers in de zorg, is het zeer goed invoelbaar dat dit tot onrust, onzekerheid en angst voor baanverlies heeft geleid en dat de afname in arbeidstevredenheid en vertrouwen in eigen kunnen hieruit zou kunnen worden verklaard.

Enkele trends in de kwaliteit van zorg:

- *Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen neemt af*
- *Het gebruik van psychofarmaca blijft gelijk*

Het lijkt er op dat invoering van de richtlijnen voor professioneel omgaan met onbegrepen gedrag in de praktijk nog altijd niet goed is geslaagd. Dit is een verontrustende uitkomst. Gerichtte campagnes, concrete maatregelen en een cultuurverandering lijken nodig om het gebruik van psychofarmaca verder terug te dringen.

- *Bewoners worden meer betrokken bij activiteiten*

Gezien het belang van activiteiten voor het functioneren en de kwaliteit van leven van bewoners is dit een zeer positieve trend.

- *De persoonsgerichte houding van medewerkers neemt toe*

Trends in de inzet van informele zorg:

- *Toename in de inzet van familieleden en van partnerschap in de zorg; geen verandering in tevredenheid en zorgbelasting*

Er is een fors significante toename in de inzet van familieleden. Per bewoner zijn er nu bijna een uur per week familieleden die een structurele bijdrage leveren aan de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Ook de ervaring van familieleden dat zij partner zijn in de zorg is toegenomen. Er zijn geen veranderingen gevonden in de tevredenheid van de familie met de woonvoorzieningen in de zorgbelasting die zij ondervinden (Trimbos Instituut, juli 2015).





Toezicht vanuit gezond vertrouwen

IGZ vindt het belangrijk dat een zorginstelling investeert in continue verbetering van de zorgverlening en actief leert van incidenten. Zij vertrouwt er op dat de meeste instellingen gemotiveerd zijn om de best mogelijke zorg te leveren. De inspectie biedt zorgverleners op basis van de resultaten van inspectieonderzoek ruimte om aan te tonen dat zij kunnen leren van incidenten en zichzelf voortdurend verbeteren. Als de kwaliteit en de veiligheid van de zorg niet gewaarborgd zijn en de zorgverlener slaagt er niet in dat te verbeteren, dan grijpt de inspectie in. IGZ houdt de balans tussen stimuleren van zorgverleners om zorg te verbeteren en het nemen van maatregelen goed in de gaten. Per situatie past de inspectie de meest effectieve maatregel toe. Het belang van de patiënt en zijn naasten staat in 2016 meer dan ooit op de voorgrond. IGZ kijkt in haar toezicht meer dan voorheen naar de communicatie tussen zorgverlener en zorgvrager, en of de geboden zorg wel aansluit op de leefwereld en het perspectief van de betrokken patiënt. Daarbij kijkt de inspectie ook naar de samenwerking en de overdracht tussen de diverse zorgverleners die bij de zorg betrokken zijn. Ook in het toezicht zelf krijgt de patiënt een grotere rol: met ingang van 2016 zal IGZ starten met het inzetten van patiënten, familie en mantelzorger als ervaringsdeskundigen bij inspectiebezoeken. De ervaringen van de patiënt zijn van groot belang bij het oordeel van de inspectie.

Zo gebruikt de inspectie een methode waar de inspecteur tijdens een bezoek de patiënt observeert of worden er gesprekken met mantelzorgers of cliëntenraden gevoerd. De inspectie volgt ook in de (sociale) media welke ervaring of verwachting de burger heeft ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Daarnaast communiceert de inspectie open, toegankelijk en begrijpelijk met de Nederlandse burger. IGZ selecteert de belangrijke risico's van kwaliteit en veiligheid van de zorg en richt daar haar toezicht op. In 2016 gaat het om: effecten van de veranderingen in de zorg, bestuurlijke verantwoordelijkheid (governance), medicatieveiligheid, verpleegzorg en disfunctionerende beroepsbeoefenaren (IGZ, 14 januari 2016).

Betere verpleegzorg sinds 2014 in 150 instellingen die afgelopen half jaar zijn bezocht

De 150 verpleegzorginstellingen die IGZ het afgelopen half jaar extra heeft geïnspecteerd, voldoen grotendeels aan de normen voor veilige zorg. Vooral op het gebied van deskundigheid en inzetbaarheid van personeel ziet de inspectie verbetering. De betrokkenheid en aandacht van medewerkers voor cliënten is groot. Punten voor verbetering zijn de scholing van medewerkers, het toezien op medicatieveiligheid, het cliëntdossier en de afstemming van de verschillende onderdelen van het zorgplan. In 2014 publiceerde IGZ het rapport 'Verbetering van de kwaliteit van ouderenzorg gaat langzaam'. Daaruit bleek dat een deel van de verpleegzorginstellingen onvoldoende in staat was om de zorg voor kwetsbare bewoners op een goed niveau te brengen en voortdurend verder te verbeteren. De inspectie heeft het afgelopen half jaar toezicht gehouden op deze 150 instellingen. Bij 71% van deze instellingen heeft de inspectie in de afgelopen twee jaar al veel meer toezicht gehouden. De zorg in de getoetste instellingen is de afgelopen tijd verbeterd. Er is meer aandacht voor de cliënt. Waar ruim twee jaar geleden meer dan de helft van alle instellingen het personeel onvoldoende had afgestemd op de indicatie en zorgbehoefte van de cliënt, heeft nu 67% van de 150 bezochte instellingen dit wel bereikt (IGZ, 12 januari 2016).

Nieuwe inspectiemethode voor dementiezorg goed ontvangen

Zorgverleners, bestuurders en inspecteurs zijn positief over een nieuwe inspectiemethode die IGZ gebruikt voor dementiezorg. De inspecteurs kijken daarbij uitgebreid naar de zorgverlening in de praktijk. Ze praten met de medewerkers en vertellen ook wat er goed gaat. Dat prikkelt verpleeghuizen om hun zorg te verbeteren. De inspectie wil meer gericht toezicht houden op verpleeghuiszorg voor mensen met dementie, waarbij speciale aandacht wordt besteed aan de omgang van zorgverleners met onbegrepen gedrag bij dementie, zoals onrust, depressieve klachten en apathie. De inspectie deed een pilot met een methode uit het Verenigd Koninkrijk, het *Short Observational Framework*

for Inspection (SOFI), en vroeg het NIVEL om de ervaringen van inspecteurs, bestuurders en zorgverleners ermee in kaart te brengen. Mede om te bepalen in hoeverre deze observatiemethode het toezicht cliëntgericht kan maken. Met het SOFI nemen inspecteurs onopvallend plaats in de huiskamers van een verpleeghuis, en ze kijken hoe zorgverleners met mensen met dementie omgaan. Vervolgens gaan ze in gesprek met zorgverleners over wat ze hebben gezien en raadplegen ze andere bronnen, waaronder cliëntendossiers. SOFI is gebaseerd op *Dementia Care Mapping*, een observatiemethode ontwikkeld door de Universiteit van Bradford. De inspecteurs werden uitgebreid getraind in toepassing van de methode. Zorgverleners en bestuurders zijn positief over de nieuwe inspectiemethode. Ze hebben het idee dat inspecteurs met het SOFI naar de echte zorg voor mensen met dementie kijken en niet alleen naar documenten. Ook als de observaties niet positief zijn, vinden zorgverleners en bestuurders ze waardevol. Een ander belangrijk aspect dat door zorgverleners en bestuurders gewaardeerd wordt, is dat inspecteurs met hen in dialoog gaan over wat ze hebben gezien (NIVEL: IGZ en dementiezorg, 28 juni 2015).

Relatie Kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering verpleeghuizen

Gupta Strategists heeft in opdracht van Vilans onderzoek uitgevoerd naar de samenhang tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in verpleeghuizen. Uit literatuuronderzoek komt geen consistente relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering naar voren. 32 studies (40%) vinden een negatieve samenhang (hoge kosten = lage kwaliteit), terwijl 27 onderzoeken (34%) een positieve correlatie vinden (hoge kosten = hoge kwaliteit). De uitkomsten van publicaties over verpleeghuizen zijn niet eenduidig.

Naast literatuuronderzoek is er een casuonderzoek uitgevoerd bij vier aanbieders met een goede score op zowel doelmatigheid als kwaliteit van zorg. Bekeken is welke kenmerken deze organisaties overeenkomstig hebben en welke niet.

De sterkste overeenkomsten tussen de onderzochte zorgaanbieders zijn:

1. consistent en meerjarig beleid: bestuurders verbinden zich voor lange termijn aan beleid en dragen dit beleid consistent uit
2. attent werkgeverschap: veel aandacht voor medewerkersbetrokkenheid en verzuim
3. 'MKB-mentaliteit': kritisch en praktisch kijken naar inkomsten, uitgaven en organisatie
4. weinig overhead: weinig managementlagen, efficiënte ondersteunende diensten
5. goede afspraken zorgkantoor: beperkte kortingen op maximumprijzen NZa
6. veel zorgpersoneel: relatief hoge inzet van personeel op de werkvloer
7. weinig uitzendkrachten: lage inzet uitzendkrachten ten opzichte van het sectorgemiddelde

Een aantal verwachte overeenkomsten worden niet aangetroffen, namelijk geen specifiek hoge inzet verpleegkundigen, geen sterk ingebedde aanpak voor verbetering, geen specifiek kwaliteitsbeleid (is divers) en geen groot belang van moderne faciliteiten.

Op basis van de bevindingen in dit onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. meer gestructureerde en tijdige meting van cliëntervaringen
 2. aandacht voor betrokkenheid medewerkers
 3. hanteer een vorm van aansturing die MKB-cultuur en eenvoud stimuleert
 4. stimuleer intercollegiale kennisuitwisseling, juist ook tussen aanbieders
 5. creëer meerjaren zekerheid
 6. kies type en uitvoering veranderprocessen zorgvuldig
 7. stimuleer publicatie van verbeterinitiatieven
- (Gupta Strategist. Verkenning van de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in de verpleeghuiszorg, Eindrapportage mei 2015).

Sociale benadering dementie

Bij dementie moet er veel meer aandacht komen voor de persoon in plaats van de ziekte. Een sociale benadering met aandacht voor de behoeften van dementerenden en hun mantelzorgers is nodig, en daarbij kunnen zorginstellingen ook een rol spelen. Dit stelt Anne-Mei The, bijzonder hoogleraar Langdurige Zorg en Dementie aan de Universiteit van Amsterdam. Anne-Mei The doet onderzoek naar praktische oplossingen om een betere leefwereld te creëren voor mensen met dementie en hun naasten. Dit onderzoek verricht zij in het kader van de Proeftuin Dementie Friesland, bij de Kwadrantgroep. Anne-Mei is van mening dat het bij mensen met dementie en hun naasten gaat om de 'voortdurende wisselwerking' tussen het medische, psychologische- en sociale domein.

Hoewel het goed is dat er aandacht voor de medische aspecten is en daarin wordt geïnvesteerd, moet er meer aandacht komen voor de sociale aspecten. Mensen met dementie wonen verreweg de langste periode gewoon thuis. Deze periode wordt steeds belangrijker doordat mensen zo lang mogelijk thuis willen wonen en omdat dit het beleid is van de overheid. Juist 'het leven doorleven' vraagt veel van mensen met dementie én van hun naasten. Zij moeten onder meer leren omgaan met de ziekte en hun verwachtingen bijstellen. Uit onderzoek blijkt dat deskundigen de beginjaren van mensen met dementie over het hoofd zien. Zeker in die beginfase hebben mensen met dementie en hun mantelzorgers behoeften die niet medisch- of zorggerelateerd zijn. Het is belangrijk dat er aanbod wordt ontwikkeld voor de beginfase, voordat het uit de hand loopt en iemand niet meer thuis kan blijven wonen. Hierbij kan worden gedacht aan informele zorg en thuiszorg voor degene met dementie en mogelijkheden om de mantelzorger te ontlasten.

Bestuurders van zorginstellingen zouden meer moeten nadenken over wat ze kunnen betekenen voor mensen met dementie in een vroeg stadium en hun naasten (Skipr, 24 september 2015).

Dorp biedt onvoldoende vangnet voor kwetsbare oudere

Uit onderzoek "Kleine Gebaren" van Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) komt naar voren dat ook in dorpen, waar de mensen nauwer en vaker sociaal contact met elkaar hebben, kwetsbare ouderen vaak niet de hulp krijgen die ze nodig hebben. In het dorp is het wel goed wonen, zegt zo'n 90 procent van de dorpingen die meededen aan het onderzoek. Naarmate ze ouder worden krijgen ouderen ook meer informele hulp van hun omgeving. Toch betekent dit niet dat de meest behoeftige ouderen (8-2-2016, SCP).

8 Oud & Nieuw. **Nieuwsbrief** Ouderenzorg

Goede communicatie van zorgverleners kan pijn verzachten

Goede communicatie heeft een positieve invloed op de beleving van pijn. Vooral als een zorgverlener positieve verwachtingen uit over het beloop van de pijn of informatie geeft over ingrepen die een patiënt moet ondergaan, heeft dat een gunstig effect, blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in *European Journal of Pain*.

Dat communicatie een effect kan hebben op de gezondheid van patiënten was al langer bekend. Maar welke effecten specifieke vormen van communicatie hebben, was nog onduidelijk. Daarom voerden onderzoekers van het NIVEL een literatuuronderzoek uit naar klinische studies waarin specifieke communicatie werd gevarieerd om het effect op de door patiënten ervaren pijn te meten. Ze keken hierbij naar het effect van:

- het wekken van uitkomstverwachtingen (positief, neutraal of negatief)
- empathie
- procedurele informatie.

Deze drie communicatie-elementen werden gekozen om placebo-effecten te kunnen vaststellen. Placebo-effecten zijn alle effecten op patiënten die echt zijn, maar die niet zijn toe te schrijven aan de medische interventie. Communicatie kan een grote rol spelen in placebo-effecten, bijvoorbeeld door de verwachtingen van patiënten te beïnvloeden.

Op basis van de analyse van de uitgevoerde studies, 51 in totaal, binnen de overzichtsstudie concluderen de onderzoekers dat communicatie een klein effect heeft op de beleving van pijn. Het wekken van positieve verwachtingen: 'Als u deze medicijnen neemt, zal uw pijn snel minder worden', leidt tot minder pijn, negatieve verwachtingen tot meer pijn. Informatie over procedures kan ook pijn verminderen, het effect van empathie lijkt minder groot te zijn. Deze studie maakt aannemelijk dat een positieve houding van een zorgverlener en het geven van informatie pijn van patiënten kan verzachten (NIVEL, 21 december 2015).

Jongeren onmisbaar voor dementievriendelijke samenleving

Jongeren krijgen een grotere rol in de bewustwordingscampagne 'Dementievrienden'. Jongeren zijn onmisbaar in een Nederlandse samenleving die oog heeft voor mensen met dementie. Daarom moeten we het oog voor en de kennis van dementie bij deze groep vergroten. Want wie op jonge leeftijd een realistisch beeld van dementie krijgt, neemt dit de rest van z'n leven mee. Idee achter de campagne is: Biedt mensen met dementie, hun naasten en andere betrokkenen en belanghebbenden in de samenleving (overheden, bedrijven, sociale en culturele instellingen, verenigingen, buurtbewoners) handvatten die ervoor zorgen dat mensen met dementie volwaardig mee kunnen doen, zonder taboe, schaamte of stigmatisering. Kernboodschap van het advies: 'Niet de ziekte, maar de mens.' Werken aan bewustwording bij meer mensen wat de ziekte dementie inhoudt in het dagelijkse leven en dat ze doorhebben wat er aan de hand is als iemand het in de supermarkt even niet meer weet, of zonder bestemming in de bus stapt. Mensen leven gemiddeld acht jaar met dementie: zes jaar thuis en twee jaar in een zorginstelling.



In Nederland leven naar schatting 260.000 mensen met dementie. Dat aantal stijgt in 2050 tot 400.000, omdat Nederland meer ouderen krijgt die bovendien steeds ouder worden. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op dementie toe. Het vergroten van kennis en besef van dementie is onderdeel van de hervorming van langdurige zorg. Die is er op gericht de kwaliteit, houdbaarheid en betrokkenheid bij de zorg te versterken en te verbeteren (Nieuwsbericht VWS, 16 december 2015).

Polsbandje voor dementen

Het 'Thuiskomertje' is verkozen tot het Beste Zorgidee van 2015. Het gaat om een polsbandje dat een bekend muziekje afspeelt wanneer dementiepatiënten hun eigen voordeur naderen. Het bandje is bedacht door de 68-jarige mantelzorger Nel Wagner uit Oegstgeest. Zij bezoekt dagelijks haar zus in een verpleeghuis en ziet dat patiënten met dementie grote moeite hebben hun kamer terug te vinden. De Vakprijs ging dit jaar naar Helena Schuengel die een speciale zorg-app heeft bedacht. Met haar 'WhatsUpp' kan een hulp in de huishouding of een familielid een mogelijk probleem snel doorgeven aan de wijkverpleegkundige (ANP, Skipr, 11 november 2015).

Positieve ervaringen met gepersonaliseerde voordeuren in zorginstellingen

Ouderen met dementie of psychiatrische problematiek kunnen in een zorginstelling baat hebben bij een gepersonaliseerde voordeur die lijkt op de voordeur van een vroegere woning. De gepersonaliseerde voordeuren ('truedoors') zijn opplakdeuren met de afbeelding van een voordeur van een vroegere woning.

Een voordeur staat vaak symbool voor een bepaalde periode uit iemands leven of een plek waar iemand met plezier gewoond heeft. Wanneer deze persoon naar de zorginstelling verhuist, kan een deur uit het verleden als het ware meegenomen worden naar de nieuwe woonomgeving. Het onderzoek laat zien dat truedoors een positieve impact kunnen hebben op zowel de bewoners, verzorgenden als familieleden. Uit het onderzoek blijkt onder andere dat truedoors het ophalen van herinneringen kunnen stimuleren bij bewoners, een belangrijke bezigheid die kan leiden tot meer welbevinden (Trimbos Instituut, september 2015).



Zorg voor thuiswonende ouderen

Huisartsen en wijkverpleegkundigen zien in hun dagelijkse praktijk steeds meer ouderen die vereenzamen of slecht eten en drinken. Ze constateren dat ouderen vaak te weinig professionele zorg aan huis krijgen en ook te weinig mantelzorg. Ruim 320 artsen en 30 wijkverpleegkundigen vulden een vragenlijst in van de NOS over de zorg aan zelfstandig wonende ouderen.

Driekwart van de huisartsen vindt de zorg thuis onvoldoende. Van de wijkverpleegkundigen deelt de helft die conclusie. Het kabinet heeft de toegang tot verpleeghuizen beperkt. Alleen ouderen die intensieve 24-uurszorg nodig hebben, kunnen daar terecht. Tot die tijd blijven ouderen thuis wonen met professionele zorg aan huis. De bedoeling is dat ook familie en burens meer bijspringen. Een kwart van de ondervraagden ziet dat ouderen hun zelfstandigheid positief waarderen. Maar de meeste artsen en wijkverpleegkundigen constateren negatieve gevolgen van het langer thuis wonen. Naast slechter eten en drinken of vereenzaming zien artsen meer ouderen die vallen of geestelijk achteruitgaan.

Vrijwel allemaal zeggen ze dat de familie onvoldoende kan helpen als dat nodig is. Mantelzorgers zijn vaak al overbelast of familie woont ver weg. De problemen die de zorgverleners aanstippen, hebben vooral te maken met de algemene ondersteuning thuis en met bezuinigingen. Zo krijgen veel ouderen minder huishoudelijke hulp. Ook zien artsen en wijkverpleegkundigen dat er minder dagbesteding en begeleiding is. Dat is zorg die grotendeels door gemeenten moet worden geregeld. Verder zijn de mogelijkheden voor intensieve ondersteuning thuis door de toegenomen werkdruk voor huisartsen beperkt en zijn er minder plekken voor een tijdelijke opname. Bijna de helft van de wijkverpleegkundigen zegt dat de bezuinigingsopdracht van verzekeraars meespeelt in het stellen van een indicatie voor zorg. Toch zijn de verpleegkundigen over het algemeen tevreden over de rol die zij nu vervullen. Ze zeggen wel dat de partijen die actief zijn in de wijk, hun werkzaamheden beter op elkaar moeten afstemmen (NOS, 13 april 2015).

Huisartsen: Kwetsbare patiënt verdient meer zorg en aandacht

Ouderen met een complexe zorgvraag en mensen met een verstandelijke beperking krijgen onvoldoende de zorg en aandacht die zij verdienen. Dat is een van de conclusies uit de LHV-ledenpeiling over de hervorming van de langdurige zorg, die door 1360 huisartsen is ingevuld. Uit de ledenpeiling blijkt dat huisartsen te weinig tijd en mogelijkheden hebben om kwetsbare thuiswonende patiënten met een zware zorgvraag voldoende zorg te kunnen geven. Zij ervaren bovendien de wachttijd voor opname in een zorginstelling of kortdurende opvang als een belemmering voor goede zorg in noodsituaties. Volgens 28% van de respondenten is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde (SO) in hun huisartsenpraktijk geborgd voor thuiswonende oudere patiënten. De ondersteuning van een medebehandelaar is juist hard nodig voor de zorg aan kwetsbare patiënten met een zware zorgvraag. Vaak blijkt er geen SO of arts verstandelijk gehandicapten beschikbaar te zijn of zijn er geen samenwerkingsafspraken over medebehandeling gemaakt (LHV, 15 september 2015).

Beleid om kwetsbare ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen

Steeds meer kwetsbare ouderen melden zich bij de spoedeisende hulpdiensten van ziekenhuizen. Omdat ouderen langer thuis moeten wonen door de aangescherpte toelatingscriteria voor verpleeghuizen, wordt het risico op ongevallen thuis groter. Gelijktijdig wordt de wijkverpleging gekort door verzekeraars. Dit blijkt uit een experiment van zorgverzekeraar Zilveren Kruis in de regio Utrecht. Goed functionerende mobiele geriatrische teams dreigen te verdwijnen. Een mobiel geriatrisch team bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde (SO), een gespecialiseerde verpleegkundige, een psycholoog en op afroep andere paramedici. Het verdwijnen van deze teams is een zorgelijke ontwikkeling want de werkwijze van de medisch specialist die deze patiënten dan moet opvangen is niet toegesneden op kwetsbare ouderen. In het ziekenhuis is men gespecialiseerd in ziektespecifieke zorg, maar de een-op-een aandoening gerichte aanpak werkt niet voor deze patiëntengroep.

Mobiele geriatrische teams zijn onontbeerlijk om de patiënt en huisarts bij te staan. In deze teams is kennis en expertise verenigd om diagnostiek te doen en te onderzoeken welke zorg nodig is. Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars verstoort de bestaande samenwerkingsrelaties tussen huisartsen en geriatrisch deskundigen. In de thuissituatie is, met name bij alleenwonende ouderen, een verhoogd risico op ongevallen, eenzaamheid en ondervoeding. Zonder alternatieve ondersteuning kan de huisarts vaak niet anders dan de patiënt laten opnemen in het ziekenhuis.

Dat is een dure oplossing en meestal niet bevorderlijk voor het welzijn van de oudere patiënt. Als de SO geen plaats heeft in de Zvw is het onmogelijk om vanuit een mobiel geriatrisch team, met de huisarts en de thuiswonende patiënt, bij calamiteiten tot een passende hulpverlening te komen (Verenso, 29 september 2015).

Geen verhoogde mortaliteit conventionele antipsychotica



Tessa Hulshof, MSc, Junior onderzoeker UMCG

In 2005 heeft een onderzoek van gerandomiseerde studies aangetoond dat het gebruik van haloperidol een verhoogd risico op mortaliteit met zich meebrengt bij patiënten met dementie. Sindsdien volgden er vele observatiestudies die een verhoogd risico op mortaliteit rapporteerden voor gebruik van conventionele antipsychotica in vergelijking met placebo.

In 2008 werd er zelfs een waarschuwing uitgegeven door organisaties zoals de *US Food and Drug Administration* om conventionele medicatie, waaronder haloperidol, niet of met mate te gebruiken bij dementie. In het UMCG is recent een onderzoek uitgevoerd waarin 17 placebogecontroleerde trials werden vergeleken met conventionele antipsychotica in kwetsbare patiënten met dementie, delier of een hoog risico delier. In deze 17 trials werden in totaal 2387 patiënten geïncludeerd, waarvan er 32 patiënten zijn overleden (17 in de antipsychotica groep en 15 in de placebogroep).

Het risicoverschil dat werd gevonden was 0,1% en niet statistisch significant. Van de 11 trials waarbij een haloperidol groep was geïncludeerd werd een risicoverschil van 0,4% gevonden. Ook dit resultaat was niet statistisch significant. Het onderzoek van 17 trials bevestigt het verhoogde risico op mortaliteit bij ouderen dus niet, noch voor conventionele antipsychotica in het algemeen noch voor haloperidol in het bijzonder.¹

Deze nieuwe bevindingen trekken de resultaten van de observatiestudies en de waarschuwing in twijfel.

¹ Hulshof T, Zuidema S, Ostelo R, Luijckendijk H. *The Mortality Risk of Conventional Antipsychotics in Elderly Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials.* *J Am Med Dir Assoc.* 12:1-8. doi:10.1016/j.jamda.2015.03.015.

Helpt dementerenden wil niet naar ziekenhuis

De helft van de dementerende ouderen in verzorgingshuizen in West-Friesland kiest niet voor een operatie in het ziekenhuis bij een heupfractuur of andere aandoening. Dat blijkt uit een proef van het Westfriesgasthuis waarbij de behandelwensen van dementerende ouderen zijn vastgelegd.

Een werkgroep in West-Friesland heeft op verzoek van orthopeden van het Westfriesgasthuis een proef uitgevoerd om behandelwensen van dementerende ouderen in woonzorgcentra vast te leggen. Dit gebeurde om te voorkomen dat de ouderen pas bij bijvoorbeeld het breken van een heup door een onbekende arts in het ziekenhuis gevraagd worden of zij nog wel geopereerd willen worden. Niet opereren betekent in sommige gevallen dat de oudere zal overlijden.

Voor de oudere die niet meer in het ziekenhuis behandeld wil worden, is palliatieve zorg beschikbaar. Inmiddels zijn enkele ouderen met dementie in het verzorgingshuis op basis van deze werkwijze niet naar het ziekenhuis gebracht en thuis overleden. De helft van de in totaal zestig dementerende ouderen die aan de proef hebben deelgenomen, kiest ervoor om niet het ziekenhuis opgenomen te worden, maar om palliatieve zorg in eigen omgeving te ontvangen (Skipr, 11 januari 2016).

Gemeenten laten kwetsbare burger thuiszitten

Instellingen voor zorg en begeleiding maken zich grote zorgen over de toegankelijkheid en de kwaliteit van de ondersteuning die zij cliënten kunnen bieden. Dat blijkt uit een enquête van Regioplan onder ruim 175 instellingen voor zorg en begeleiding. Ruim de helft van de bevroegde aanbieders betwijfelt of gemeenten in staat zijn om te bepalen welke ondersteuning burgers nodig hebben. Een jaar na de decentralisaties in het sociale domein zitten als gevolg hiervan steeds meer cliënten thuis omdat er onvoldoende aanbod van ondersteuning is. Als het om dagbesteding gaat meldt ruim 60% van de aanbieders op dit terrein dat er steeds meer cliënten gedwongen thuiszitten als gevolg van onvoldoende aanbod. Aanbieders van ouderen zorg en van geestelijke gezondheidszorg maken zich vooral zorgen over het beperkte zicht van gemeenten op de ondersteuningsbehoefte. Ruim tweederde van deze aanbieders betwijfelt of gemeenten weten welke ondersteuning burgers nodig hebben. Ook de helft van de bevroegde samenwerkingsverbanden voor passend onderwijs is bezorgd. De klacht onder deze aanbieders is dat de samenwerking tussen de onderwijsinstellingen en de gemeenten niet goed verloopt. Van de bevroegde jeugdzorg aanbieders zijn acht van de tien van mening dat cliënten door gemeenten te laat worden doorverwezen. Sinds 1 januari 2015 is de verantwoordelijkheid van gemeenten op het gebied van zorg en begeleiding aan kwetsbare inwoners aanzienlijk uitgebreid. Gemeenten zijn nu verantwoordelijk voor vrijwel alle jeugdzorg, voor de maatschappelijke ondersteuning en voor een deel van de langdurige zorg (Skipr, 27 januari 2016).

Versterken van samenwerking met mantelzorgers loont

Het loont voor een zorgorganisatie om het samenspel tussen mantelzorgers en betaalde beroepskrachten te versterken. Dit leidt tot meer betrokken mantelzorgers, meer mogelijkheden voor zorg en ondersteuning voor cliënten en meer werkplezier voor medewerkers. Dit concluderen Vilans en Movisie, de

uitvoerders van het programma 'In voor Mantelzorg', in hun eindrapportage die naar de Tweede Kamer is verstuurd. Binnen het programma werkten tachtig organisaties uit verschillende zorgsectoren in de care én de cure een jaar lang aan een betere samenwerking tussen beroepskrachten en mantelzorgers. De belangrijkste resultaten zijn geboekt als het gaat om gelijkwaardiger samenwerking, een visie op het samenspel en een sterkere positie van mantelzorgers. Organisaties hebben gewerkt aan een cultuur waarbij meer ruimte is voor inbreng van mantelzorgers.

Ook in hun werkwijze houden de zorginstellingen nu meer rekening met mantelzorgers in bijvoorbeeld zorgplannen en overleg. Vooral in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg en de ggz is gewerkt aan het versterken van de gelijkwaardige samenwerking. De deelnemende zorginstellingen hebben van 'In voor Mantelzorg' een aantal lessen geleerd, volgens Vilans en Movisie. Zo is het belangrijk dat de hele organisatie, van bestuur tot facilitaire dienst, oog heeft voor mantelzorgers, dat medewerkers en mantelzorgers met elkaar in gesprek gaan over wie wat kan doen en hun beelden over samenwerking delen. 'In voor Mantelzorg' ging van start in april 2014, de trajecten zijn afgerond in het najaar van 2015. Er zijn drieduizend medewerkers en managers bereikt en zesduizend mantelzorgers. Inhoudelijk sluit het project aan bij de beleidsbrief 'Versterken, verlichten en verbinden' van staatssecretaris Van Rijn (VWS) van 20 juli 2013. Er komt een digitaal werkboek met instrumenten en tools die organisaties kunnen benutten. Op de website van 'In voor Mantelzorg' zijn de aanpak van de deelnemende organisaties en praktijkervaringen te vinden (Skipr, 21 januari 2016).

Vermijdbare complicaties na operatie ouderen

Het Innovatiefonds Zorgverzekeraars geeft financiële steun voor de implementatie van een programma dat vermijdbare, zorggerelateerde complicaties bij ouderen na een operatie moet voorkomen. Het gaat om het programma PREDOCS van de Hogeschool Utrecht, dat voorziet in een voorbereidingsconsult voor deze patiëntengroep, voorafgaand aan opname in het ziekenhuis. Jaarlijks worden ca. 225.000 mensen van 65 jaar of ouder in een ziekenhuis opgenomen voor een operatie. Vermijdbare, zorg gerelateerde complicaties, zoals tijdelijke verwardheid, doorligwonden en infecties, komen bij deze patiënten vaak voor. Zij verblijven daardoor gemiddeld 1,7 keer langer in het ziekenhuis dan patiënten onder de 65 jaar. Een grote groep hierin betreft de 12.500 patiënten die voor een openhartoperatie het ziekenhuis in gaan. Uit eerder onderzoek blijkt dat circa 36% van hen na de operatie in het ziekenhuis een vermijdbare zorggerelateerde

complicatie oploopt. Om dit te voorkomen zouden ouderen beter voorbereid moeten worden op een ziekenhuisopname. Hiervoor is in een eerder onderzoeksprogramma het PREDOCS voorbereidingsconsult ontwikkeld. Als het voorbereidingsconsult bij openhartoperaties succesvol is, kan het ook voor andere groepen patiënten worden toegepast (ZN, 28 oktober 2015).

Controle op medicijnen 65-plussers schiet nog steeds tekort

De jaarlijkse controle op het medicijngebruik van 65-plussers is nog steeds verre van gemeengoed. De huisartsen en apothekers vinden de vergoeding die zorgverzekeraars ervoor betalen te laag. Patiëntenfederatie NPCF en ouderenorganisatie Unie KBO roepen betrokkenen op om de impasse te doorbreken. Volgens NPCF en Unie KBO is 'op papier alles dik in orde'. Er is met betrokkenheid van de Unie KBO een multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen ontwikkeld. De medicatiebeoordeling is verzekerde zorg en wordt vergoed door de zorgverzekeraars. Maar huisartsen en apothekers vinden de vergoeding te laag, gezien de tijd die het kost om zo'n medicatiebeoordeling goed te doen, zo blijkt uit een rapport van AxiaZ consultancy & interim management in opdracht van NPCF en Unie KBO. Bovendien verschilt de hoogte van de vergoeding per zorgverzekeraar. Maar verzekeraars, op hun beurt, weigeren een hogere vergoeding te betalen.

Het gevolg van de impasse is dat veel minder mensen worden opgeroepen voor een medicatiebeoordeling dan wenselijk is. Dat leidt ertoe dat oudere patiënten die vijf of meer geneesmiddelen gebruiken, belangrijke risico's lopen op het gebied van hun gezondheid en kwaliteit van leven. Op verzoek van NPCF en Unie KBO heeft AxiaZ de optie van uitkomstbesteding uitgewerkt. Deze vorm van besteding is bedoeld 'als middel om uit de impasse te komen en te zorgen dat er nú meer medicatiebeoordelingen worden gedaan bij patiënten die daar nú baat bij zouden hebben'. De essentie van uitkomstbesteding voor de medicatiebeoordeling is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars op voorhand afspraken maken welke extra vergoeding er verdiend kan worden bij mogelijke uitkomsten en dat zorgaanbieders daarna de medicatiebeoordelingen gaan uitvoeren. Als uit het onderzoek bekend wordt wat de werkelijke uitkomsten zijn, kunnen die vertaald worden naar een door de zorgverzekeraar uit te keren extra vergoeding. Uit onderzoek van tien jaar geleden bleek dat jaarlijks ruim 19.000 mensen, overwegend 65-plussers, in het ziekenhuis worden opgenomen na verkeerd medicijngebruik. Volgens AxiaZ kan elke medicatiebeoordeling leiden tot een besparing van 150 tot 250 euro op de zorgkosten (Skipr, 7 december 2015).



Zorgpersoneel vindt werk leuk, ondanks stijgende werkdruk

Zorgverleners zijn veelal positief over hun werk. Ze zijn echter minder tevreden over de werkdruk dan in voorgaande jaren. Dit blijkt uit het monitoronderzoek 'Aantrekkelijkheid van werken in de zorg', uitgevoerd door het NIVEL onder de leden van het panel Verpleging & Verzorging. Verpleegkundigen, verzorgenden, agogisch begeleiders en praktijkondersteuners geven hun baan gemiddeld een 7,6 als rapportcijfer. Ruim vier op de vijf zijn trots op het werk in de zorg (83%) en gaan met plezier naar het werk (85%). Negen op de tien (91%) vinden het werk inhoudelijk leuk. Zorgverleners zijn in 2015 even tevreden als in 2009, 2011 en 2013 over verschillende aspecten van het werk, zoals groeimogelijkheden, leiding en contacten met collega's. Zorgverleners zijn in 2015 minder tevreden over de werkdruk dan in eerdere jaren. Zij vinden ook vaker dan voorheen dat verlaging van de werkdruk hun werk aantrekkelijker zou maken. Dit geldt voor 72% van de zorgverleners. De helft denkt beter te kunnen functioneren als het minder druk zou zijn. Ruim de helft (54%) vindt dat er onvoldoende maatregelen genomen zijn om de werkdruk te verminderen. Vaker dan in voorgaande jaren geven zorgverleners aan dat vermindering van de administratieve taken het werk aantrekkelijker maakt. Bijna driekwart (73%) deelt deze opvatting. Slechts een vijfde (23%) vindt de tijd die zij aan administratief werk besteedt redelijk en denkt dat cliënten hier niet onder te lijden hebben (NIVEL, 12 januari 2016).

Collega's belangrijk bij disfunctionerende zorgverlener

Zorgverleners hebben een belangrijke signalerende rol als een collega disfunctioneert. Veel van hen hebben een dergelijke situatie meegemaakt. In de meeste gevallen is actie ondernomen en de zorgverlener aangesproken op zijn gedrag. Dat blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in het wetenschappelijke tijdschrift *Verpleegkunde*. Tijdens hun werk zien zorgverleners ook hoe collega's en andere zorgverleners hun beroep uitoefenen. Ook horen zij van cliënten daarover verhalen. Bijna de helft van de ondervraagde verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners (45%) heeft in het jaar voorafgaand aan het onderzoek een situatie meegemaakt waarin mogelijk sprake was van een disfunctionerende zorgverlener. Meestal (in 92% van de situaties) was dat een zorgverlener uit de eigen instelling of praktijk. In 75% van de situaties ging het om beroepscompetenties die tekortschoten, zoals slechte communicatie of niet de afgesproken zorg geven. In 25% van de situaties was er ook sprake van persoonlijk disfunctioneren, zoals verslaving, psychische problemen, agressie of fraude. Meestal wordt er actie ondernomen in situaties waarin disfunctioneren wordt vermoed. In 87% van de situaties werd door de zorgverlener zelf, een leidinggevende of collega's actie ondernomen, meestal door de zorgverlener op zijn gedrag aan te spreken. Dit is conform de beroepscode die veel beroepsgroepen hebben. Volgens de beroepscode moeten zorgverleners de cliënt beschermen tegen tekortschieten of schadelijk handelen van een andere zorgverlener. In 62% van de gerapporteerde situaties was de cliëntveiligheid mogelijk in gevaar, vooral als de disfunctionerende persoon een arts was (NIVEL, 8 januari 2016).

Rapportage Wlz-monitor, signalen van zorgaanbieders

Het doel van de Wlz-monitor is om tijdens het overgangsjaar 2015, samen met VWS en de zorgaanbieders in de langdurige zorg, onderzoek te doen naar de kansen en knelpunten die ontstaan bij de invoering van de Wlz. In totaal hebben 54 verschillende zorgaanbieders die zorg leveren in het domein Wlz deelgenomen aan deze monitor.

Uit de resultaten blijkt onder andere dat 48% van de deelnemende zorgaanbieders de toegang tot de Wlz voor cliënten niet langzamer of sneller verloopt in vergelijking met de situatie voor de invoering van de Wlz. 43% geeft aan dat het proces om te komen tot een indicatie langzamer tot veel langzamer duurt. Dit komt met name doordat er meer informatie moet worden aangeleverd bij de aanvraag. Bij de toegang tot de Wlz wordt de crisisopvang ervaren als een knelpunt aangezien er aan een cliënt zorg geleverd wordt voordat het CIZ een indicatiebesluit heeft afgegeven. Iets meer dan de helft van de zorgaanbieders (52%) geeft aan knelpunten te ervaren met betrekking tot het eerstelijns verblijf, zorgaanbieders vragen zich af of de beschikbare middelen van deze regeling en de gemaakte productieafspraken voldoende zullen zijn. Bijna de helft van de zorgaanbieders (45%) geeft aan dat het toegekende budget van zorginkoop voor 2015 op dit moment enigszins tot geheel toereikend is. Een vergelijkbaar percentage zorgaanbieders (46%) ervaart het toegekende budget op dit moment als in lage mate tot geheel niet toereikend (Vilans, mei 2015).

NZa wil gaan handhaven op aanlevering Minimale Dataset GRZ aan DIS

NZa hanteert de 'Regeling verplichte aanlevering minimale dataset medisch specialistische zorg' (MDS). Alle instellingen die onder deze regeling vallen, waaronder de geriatrische revalidatiezorg (GRZ), zijn verplicht om alle aan de patiënt of zorgverzekeraar gedeclareerde DBC-zorgproducten aan te leveren aan het DBC-Informatiesysteem (DIS). NZa heeft geconstateerd dat niet alle GRZ-instellingen informatie over de gedeclareerde DBC-zorgproducten aan het DIS aanleveren.

NZa heeft alle GRZ-instellingen die niet hadden voldaan aan de aanleververplichting begin december 2015 aangeschreven met het verzoek om voor 4 januari 2016 de resterende data aan te leveren bij het DIS. Inmiddels is aan alle instellingen die hier geen gehoor aan hebben gegeven een rappel gestuurd om te voorkomen dat de NZa bestuursrechtelijk gaat handhaven.

NZa verzamelt informatie over de inzet van zorg in onder andere GRZ-instellingen via het DIS. In MDS is vastgelegd welke informatie aanbieders verplicht zijn aan te leveren aan het DIS. NZa gebruikt deze cijfers voor de herijking van de gemiddelde zorgprofielen, en daarmee de tarieven, van de DBC's voor GRZ (NZa, januari 2016).

Stand van zaken omschrijving eerstelijns verblijf in de Zorgverzekeringswet

Het kortdurend verblijf in een intramurale VVT-instelling wordt met ingang van 2015 bekostigd uit de subsidieregeling eerstelijns verblijf. Met ingang van 1 januari 2017 wordt deze zorg onderdeel van de Zvw. Het Zorginstituut stelt de wettelijke aanspraak op deze zorg in de Zvw vast.

Eind 2015 heeft het Zorginstituut het Ministerie van VWS geïnformeerd over wat er op dit moment vaststaat als te verzekeren prestatie binnen de Zvw. Hun zienswijze geeft helderheid over een belangrijk aantal vraagstukken, zoals de afbakening met Wlz zorg en met respijtzorg, en de aard van de zorg die geleverd wordt in het eerstelijns verblijf (Zorginstituut Nederland, 22 december 2015).

Zorgkantoren goed van start met dialoogmodel zorginkoop Wlz

Zorgaanbieders, cliëntenraden en zorgkantoren zijn positief over het dialoogmodel dat in 2015 is gebruikt bij de zorginkoop van langdurige zorg voor het jaar 2016. Dit blijkt uit een onderzoek van het Bureau Management & Consulting (BMC).

Het dialoogmodel wordt gezien als instrument om het onderlinge vertrouwen en het partnership te vergroten. Met het model verschuift de contractering van een technische inkoop naar een meer inhoudelijke contractering door het gesprek met elkaar aan te gaan over het verbeteren van de kwaliteit voor de cliënt.

De komende jaren willen zorgkantoren deze manier van contracteren doorontwikkelen. Zorgkantoren benadrukken dat het dialoogmodel meer behelst dan alleen de inkoop zoals we dat tot op heden kennen. Het dialoogmodel beoogt een continu proces waar de ontwikkeling naar betere kwaliteit voor de cliënt centraal komt te staan. De dialoog eindigt dan ook niet bij de jaarlijkse contractering maar is een continu proces gedurende het jaar met zowel zorgaanbieders als cliënten. Een belangrijke bevinding uit het BMC-rapport is dat er nog veel verschillen bestaan in de manier waarop cliëntenraden door zorgaanbieders betrokken worden bij de zorginkoop. Ook blijkt dat er meer ruimte en tijd nodig is om die betrokkenheid te organiseren en dat er verschil is in hoe cliëntenraden hun eigen rol in de inkoop zien. Voor zorgkantoren is meer invulling geven aan de betrokkenheid van cliënten en cliëntenraden een speerpunt voor de inkoop 2017 (ZN, 16 december 2015).

Zorgkantoren evalueren ervaringsjaar onafhankelijke cliëntondersteuning

Iedere cliënt in de Wlz heeft sinds 1 januari 2015 recht op cliëntondersteuning. Dit kan geboden worden door het zorgkantoor (cliëntondersteuning) of een door het zorgkantoor ingekochte onafhankelijke partij (onafhankelijke cliëntondersteuning).

Het doel van onafhankelijke cliëntondersteuning is om de Wlz-cliënt te helpen de juiste keuzes te maken over hoe zorg passend georganiseerd kan worden. Het is voor een cliënt niet altijd duidelijk welke aanbieders beschikbaar zijn voor de gewenste zorg en op welke zorg hij of zij precies aanspraak kan maken. De onafhankelijke cliëntondersteuning kan de cliënt hierbij helpen. Uit de gehouden evaluatie door zorgkantoren komen drie belangrijke aandachtspunten naar voren die de komende tijd nader uitgewerkt worden:

- 1) Er moet meer duidelijkheid komen over de positionering van de onafhankelijke cliëntondersteuning. Onafhankelijke cliëntondersteuning wordt nu geboden in verschillende domeinen, waaronder de Wlz. Er is nog veel onduidelijkheid over wat de beste positionering zou zijn voor de onafhankelijk cliëntondersteuning en wat er onder valt. Nu is de onafhankelijke cliëntondersteuner gekoppeld aan het systeem, terwijl de vraag

is of dat de meest logische plek is om juist die toegevoegde waarde voor de cliënt te creëren.

- 2) Een tweede belangrijk aandachtspunt is de professionalisering van de onafhankelijke cliëntondersteuning. Er is een beroepsgroep voor onafhankelijke cliëntondersteuners gestart die een beroepscode en -profiel heeft opgesteld. Het zou mooi zijn als er de komende jaren een kwaliteitsstandaard wordt ontwikkeld.
- 3) Het is voor cliënten vaak onduidelijk dat zij recht hebben op en gebruik kunnen maken van onafhankelijke cliëntondersteuning (ZN, 9 december 2015).

Verplichting CQI-vragenlijst voor meten cliëntervaringen in Wlz vervalt

Zorgorganisaties zijn vanaf 1 januari 2016 niet meer verplicht om de *Consumer Quality Index* (CQI)-vragenlijst VVT te gebruiken voor het meten van ervaringen van cliënten die verpleegzorg krijgen via de Wlz. De zorgorganisaties kunnen voor het registreren van cliëntervaringen in 2016 ook andere meetinstrumenten gebruiken.

Dit hebben brancheorganisatie voor Zorgondernemers (ActiZ), Vereniging Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) afgesproken. De verplichting voor het gebruik van de CQI-vragenlijst vervalt totdat het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg voor de Wlz is vastgesteld. Nieuwe afspraken over het meten van cliëntervaringen worden in dit kwaliteitskader opgenomen. Uiterlijk 1 oktober 2016 willen ActiZ, BTN en ZN samen met cliëntenorganisaties het nieuwe kwaliteitskader indienen bij Zorginstituut Nederland (ZN, 4 november 2015).

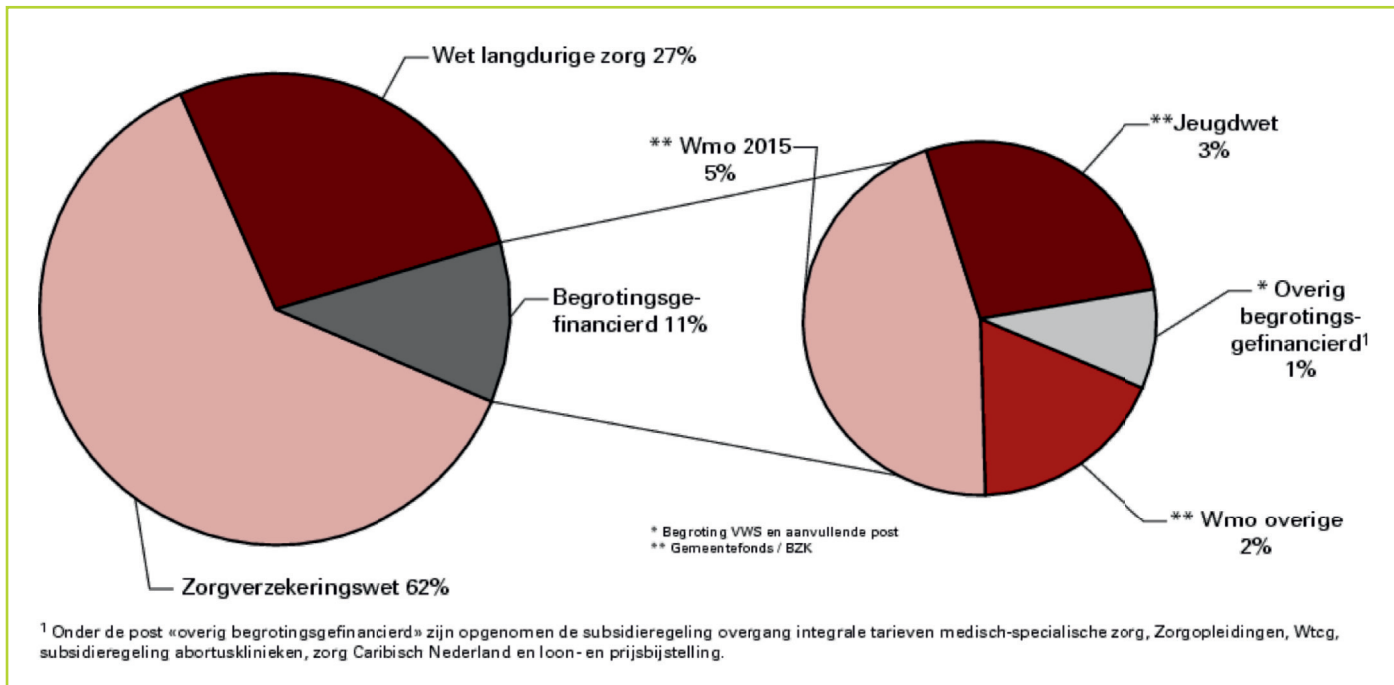
Kiezen voor de juiste zorgaanbieder in de langdurige zorg

Er is voldoende informatie beschikbaar voor mensen die een zorginstelling zoeken voor langdurige zorg met verblijf, bijvoorbeeld een verzorgings- of verpleeghuis. Het zorgkantoor beschikt over veel informatie, die is meestal goed beschikbaar via de website. NZa ziet nog wel een aantal verbeterpunten voor de informatievoorziening in de langdurige zorg. Zorgkantoren zouden de informatie actiever onder de aandacht kunnen brengen bij de burgers in hun regio. Daarnaast kunnen zij cliënten en hun familie actiever ondersteunen bij hun zoektocht naar een geschikte zorgaanbieder. De websites van de zorgkantoren bevatten veel keuze-informatie, maar de kwaliteit ervan is achteruitgegaan het laatste jaar. Zo werken bijvoorbeeld de zoekfunctie of bepaalde linkjes in de teksten niet altijd goed. NZa blijft regelmatig checken of de kwaliteit van deze informatie verbetert.

De zorgkantoren zouden zichzelf als organisatie tot slot ook beter moeten profileren, vindt NZa. Veel cliënten komen pas voor het eerst in contact met een zorgkantoor nadat zij al een keuze hebben gemaakt voor een bepaalde zorgaanbieder. Daardoor kunnen ze geen gebruik meer maken van de begeleiding door het zorgkantoor (NZa, 4 november 2015).

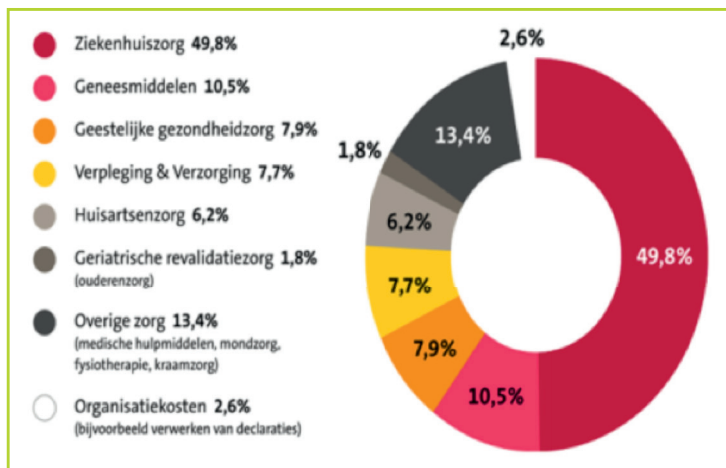
Uitgaven voor zorg in Nederland

Van de totale kosten aan zorg in Nederland (Budgettair Kader Zorg, BKZ), vindt 62% van de uitgaven plaats binnen de Zorgverzekeringswet, 27% binnen de Wet langdurige zorg en 11% van de zorg is begrotingsgefinancierd. Deze begrotingsgefinancierde zorg is weer verdeeld in 3% jeugdwet en 3% Wmo en overig.



Bruto BKZ-uitgaven per sector als aandeel in totale BKZ-uitgaven. Bron WWS 2015

Van de totale uitgaven van de zorg gaat bijna de helft naar de ziekenhuiszorg, gevolgd door de geneesmiddelen (10,5%). Verpleging en verzorging beslaat 7,7% van de totale uitgaven van de zorg.



Legenda

Afkortingen Ouderenzorgnieuwsbrief
 IGZ: Inspectie voor de Gezondheidszorg
 LHV: Landelijke Huisartsenvereniging
 NPCF: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
 NZa: Nederlandse Zorgautoriteit
 Verenso: Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde

WWS: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 VVT: Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
 Wlz: Wet langdurige zorg
 Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning
 ZN: Zorgverzekeraars Nederland
 Zvw: Zorgverzekeringswet

Zij maken deze uitgave mogelijk:

Teksten Dr. Yvonne van Kemenade
Redactie Dr. Yvonne van Kemenade, Mirjam Peil



SAMPLONIUS @ SAMPLONIUS
SAMPLONIUS
 projectbegeleiding • studio • pre-press • print