

Actieagenda ouderenzorg



Zorgpartners
Midden-Holland

Utrecht, juni 2018
Jan-Peter Heida
Jori Hoendervanger

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

Samenvatting	2
1 Aanleiding	6
1.1 Ouderenzorg in perspectief	6
1.2 Inzet op langer thuis wonen door ouderen	7
1.3 Methode en leeswijzer	8
2 Knelpunten in de ouderenzorg	10
2.1 Voorlichting en communicatie	10
2.2 Capaciteit	19
2.3 Samenwerking in de keten	22
2.4 Regelgeving en beleid	28
3 Actieagenda kwetsbare ouderen	33
3.1 Acties te nemen door ouderen en hun familie	33
3.2 Acties te nemen door de professionals in de wijk (huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal wijkteam)	34
3.3 Acties te nemen door gemeenten	35
3.4 Acties te nemen door het verpleeghuis	36
3.5 Acties te nemen door het zorgkantoor	38
3.6 Acties te nemen door de overheid	38
3.7 Acties te nemen door overige partijen	41
4 Bijlagen	42
Bijlage 1. Geïnterviewde zorgverleners	42
Bijlage 2. Projectgroep Zorgpartners Midden-Holland	42
Bijlage 3. Omschrijving veld ouderenzorg	42
Bijlage 4. Uitwerking financiële prikkels	47
Bijlage 5. Overzicht gemiddelde uren per cliëntengroep	51

Samenvatting

Er is de afgelopen jaren veel veranderd in de ouderenzorg. De voorzieningen die vielen onder de AWBZ zijn overgeheveld naar de Wmo, Wlz en Zvw. De overheid zet er op in dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Er zijn echter nog steeds knelpunten in de ouderenzorgketen. Zorgpartners Midden-Holland heeft onderzoeksbureau SiRM gevraagd om de problematiek rondom de doorstroom van kwetsbare ouderen thuis naar het verpleeghuis in kaart te brengen en met oplossingsrichtingen te komen voor de gehele ouderenzorgketen. Het is namelijk aan alle partijen gezamenlijk om ervoor te zorgen dat de ouderenzorg van hoge kwaliteit, doelmatig en betaalbaar blijft voor alle (kwetsbare) ouderen in Nederland.

Aanleiding

In de ouderenzorg speelt onder andere het probleem dat de verhouding tussen werkenden en ouderen de komende jaren sterk verandert. Er zullen steeds minder mensen zijn om de zorg te leveren (als zorgverlener) en te betalen (als premiebetaler). Ook geven wij, vergeleken met andere West Europese landen, al relatief veel uit aan ouderenzorg. Het is dus logisch dat de Nederlandse maatschappij de ouderenzorg probeert te veranderen. Het nieuwe systeem lijkt echter nog niet soepel te werken. De zorg thuis sluit nog niet naadloos aan bij de zorg in het verpleeghuis. Het is vaak lastig voor mensen om de goede keuzes te maken vanwege de complexiteit van de zorg en door financiële prikkels.

Knelpunten in de ouderenzorg

In Nederland leveren professionals met veel passie en toewijding zorg aan ouderen. Zij zijn constant bezig met het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg, om ervoor te zorgen dat ouderen de meest passende zorg krijgen. Ondanks de toewijding zijn er echter ook knelpunten in de ouderenzorg. We hebben deze knelpunten samengebracht onder de volgende vier thema's:



Voorlichting en communicatie



Capaciteit in de ouderenzorg



Samenwerking in de keten



Regelgeving en beleid



Als eerste zien we knelpunten in de **voorlichting en communicatie** in de ouderenzorg. Het gaat om de voorlichting van de zorgprofessionals aan de kwetsbare ouderen en hun familie, maar ook om de communicatie tussen (zorg)professionals onderling:

- Het systeem van de ouderenzorg is lastig te doorgronden voor ouderen en hun familie.
- Er is onvoldoende voorlichting over de mogelijkheden van respijtzorg, waardoor mantelzorgers hier minder dan nodig gebruik van maken en steeds vaker overbelast raken.
- Het verpleeghuis staat in een negatief daglicht, waardoor ouderen een opname (te) lang uitstellen.
- Er is onduidelijkheid over de hoogte van de zorglevering in de Wlz (zorgval).

- Het is niet bij alle ketenpartners duidelijk welke stappen ondernomen moeten worden bij een (crisis)opname in het verpleeghuis.



Daarnaast hebben we knelpunten gesignaleerd in de **capaciteit** in de ouderenzorgketen. Het aantal ouderen in Nederland stijgt, maar de sector is hier mogelijk niet goed op voorbereid:

- Toegang tot sociale voorzieningen in de wijk is mogelijk niet voldoende door afbouw verzorgingshuizen.
- Ouderen staan lang op een wachtlijst voordat ze opgenomen kunnen worden in een verpleeghuis.
- Het gat tussen zorg en ondersteuning thuis en het verpleeghuis is toegenomen.



We zien ook knelpunten in de **samenwerking in de keten**, bijvoorbeeld in de samenwerking met de gemeenten en tussen zorgprofessionals:

- Afstemming met gemeenten verloopt soms moeizaam.
- De samenwerking in de keten is mogelijk niet optimaal georganiseerd.
- Het CIZ hanteert een (te) lange periode voor het afgeven van een indicatiebesluit.



Een laatste knelpunt zit in de **regelgeving en het gevoerde beleid** in Nederland:

- Door armoedeval zien ouderen mogelijk af van noodzakelijke zorg.
- Ouderen zonder Wlz-indicatie moeten soms buiten de regio opgenomen worden bij een crisissituatie.

Actieagenda kwetsbare ouderen

Om de ouderenzorg in Nederland van hoge kwaliteit, betaalbaar en doelmatig te houden voor alle kwetsbare ouderen, zullen verschillende partijen in Nederland actie moeten ondernemen.

Acties te nemen door ouderen en hun familie

Ouderen kunnen in Nederland zorg thuis of in een instelling krijgen. In beide gevallen kan een mantelzorger een deel van de zorg overnemen. Ouderen en hun familie zijn echter niet altijd goed op de hoogte van wat de ouderenzorg precies inhoudt in Nederland. Het is van belang om te investeren in kennis over de ouderenzorg bij ouderen en hun familie:



Maak tijdig gebruik van de verschillende opties die de gemeente biedt.








Ga kijken in het verpleeghuis.

Acties te nemen door de professionals in de wijk (huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal wijkteam)

De ouderenzorg wordt (meestal) in eerste instantie thuis geleverd door professionals in de wijk, zoals de huisarts, de wijkverpleegkundige en het sociaal wijkteam. Deze professionals leveren gezamenlijk de zorg aan de ouderen, maar vanuit verschillende wettelijke kaders (Zvw, Wmo en Wlz). Hiervoor is het van belang dat de partijen goed communiceren met elkaar, zodat de oudere geen hinder ondervindt van de verschillende professionals en wettelijke kaders:






Geef ouderen en hun familie eenduidige voorlichting over het (het systeem van) ouderenzorg. Stem als zorgverleners de boodschap op elkaar af.

-  Breng de mogelijkheid voor het aanvragen van respijtzorg onder de aandacht bij mantelzorgers.
-  Maak afspraken met elkaar over welke professional welke handelingen voor ouderen thuis oppakt.
-  Versterk de samenwerking en afstemming met mantelzorgers.
-  Voer periodiek, bijvoorbeeld elke 6 weken, een rondetafelgesprek over kwetsbare ouderen in de wijk, zodat eventuele veranderingen snel opgemerkt worden.
-  Wees kritisch bij het aanvragen van een Wlz-indicatie.






Acties te nemen door gemeenten

Door de invoering van de Wmo zijn gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk voor een deel van de ouderenzorg. Gemeenten zijn onder andere verantwoordelijk voor de sociale voorzieningen in de wijk, hulp bij het huishouden, dagbesteding en mantelzorgondersteuning (zoals respijtzorg). Gemeenten zijn echter nog niet altijd volledig op deze relatief nieuwe taken ingespeeld. Ze kunnen meer investeren om het deel van de ouderenzorg dat onder hun verantwoordelijkheid valt goed te organiseren:

-  Stel extra budget beschikbaar voor het aanvragen van respijtzorg en zorg dat mantelzorgers op de hoogte zijn van de mogelijkheden.
-  Vergroot de aanwezigheid en toegang tot sociale voorzieningen in de wijk.
-  Neem de wooninitiatieven van de verpleeghuizen op in het woonbeleid voor de komende jaren en stem eventueel af met woningcorporaties.

Acties te nemen door het verpleeghuis

Verpleeghuizen, zoals die van Zorgpartners Midden-Holland, zijn verantwoordelijk voor leveren van de Wlz zorg aan ouderen. Ze leveren deze zorg bij de ouderen thuis of in een verpleeghuis. Verpleeghuizen geven aan dat ouderen in steeds slechtere staat het verpleeghuis binnenkomen, bijvoorbeeld steeds vaker met een crisisopname. Verpleeghuizen kunnen verschillende acties ondernemen om ervoor te zorgen dat ouderen langer gezond thuis blijven wonen en op het juiste moment naar het verpleeghuis verhuizen:

-  Schep een positiever beeld van het verpleeghuis.
-  Verduidelijk het stappenplan voor (crisis)opnames en breng dit onder de aandacht bij doorverwijzers.
-  Geef voorlichting aan andere zorgprofessionals over (de hoogte van) de zorglevering in de Wlz.
-  Verklein de kloof tussen zorg thuis en zorg in een verpleeghuis door laagdrempelige zorg thuis in de nabijheid van het verpleeghuis te bieden.
-  Pas het aantal verpleeghuisbedden aan op basis van een realistische toekomstscan.

Acties te nemen door het zorgkantoor

Een zorgkantoor dient ervoor te zorgen dat een cliënt binnen redelijke termijn en binnen redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen, dan wel bij hem thuis, zorg ontvangt waarop de cliënt is aangewezen. Het zorgkantoor maakt hierover afspraken met verpleeghuizen. Als

verpleeghuizen actie willen ondernemen om de ouderenzorg kwalitatief hoogstaand en toegankelijk te houden, dan zullen ze hierover afspraken maken met het regionale zorgkantoor:



Maak aanvullende afspraken over de zorglevering bij cliënten waar sprake is van een grote zorgval.



Maak met verpleeghuizen langere termijn afspraken over de bekostiging en vulling van nieuwe bedden.

Acties te nemen door de Nederlandse overheid

Het is van belang dat de overheid de wetgeving geen barrière laat zijn voor ouderen om de benodigde (Wlz-)zorg aan te vragen en hier actie op onderneemt:



Zorg dat ouderen geen financiële drempel ervaren bij het aanvragen van een Wlz-indicatie.



Maak het in bepaalde situaties mogelijk voor ouderen zonder Wlz-indicatie om bij een crisissituatie opgenomen te worden op een regulier bed.

Acties te nemen door overige partijen

Er zijn nog twee andere partijen die ook actie dienen te ondernemen:



Werkgevers: Toon begrip en maak het leveren van mantelzorg bespreekbaar op het werk.



CIZ: Optimaliseer de interne processen, eventueel (indien nodig) met inzet van meer personeel.

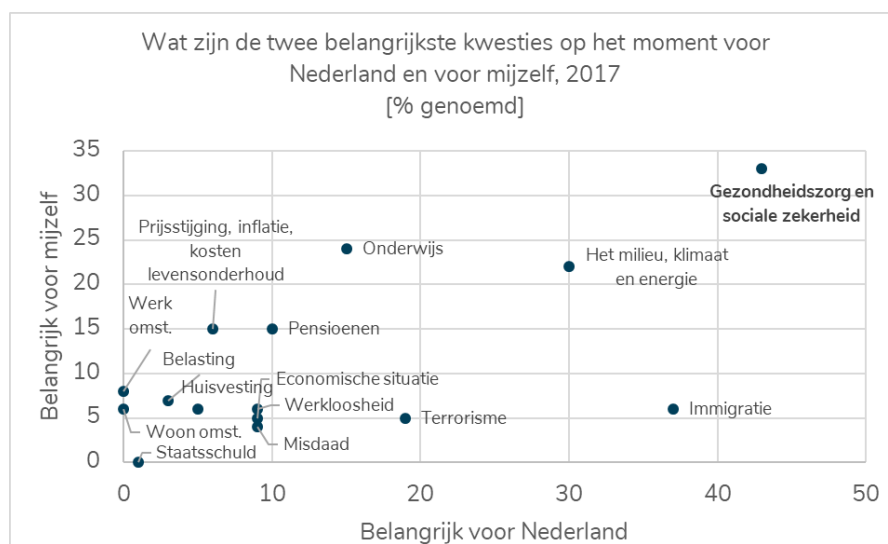
Het is aan de partijen om exacte invulling te geven aan de verschillende acties. Aan de hand van de adviezen van SiRM zal Zorgpartners Midden-Holland een actieprogramma opstellen om invulling te geven aan de acties waarvoor zij verantwoordelijk is.

I Aanleiding

Er is de afgelopen jaren veel veranderd in de ouderenzorg¹. De voorzieningen die vielen onder de AWBZ zijn overgeheveld naar de Wmo, Wlz en Zvw. De overheid zet er op in dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Er zijn echter nog steeds knelpunten in de ouderenzorgketen. Zorgpartners Midden-Holland heeft onderzoeksbureau SiRM gevraagd om de problematiek rondom de doorstroom van kwetsbare ouderen thuis naar het verpleeghuis in kaart te brengen en met oplossingsrichtingen te komen voor de gehele ouderenzorgketen. Het is namelijk aan alle partijen gezamenlijk om ervoor te zorgen dat de ouderenzorg van hoge kwaliteit, doelmatig en betaalbaar blijft voor alle (kwetsbare) ouderen in Nederland.

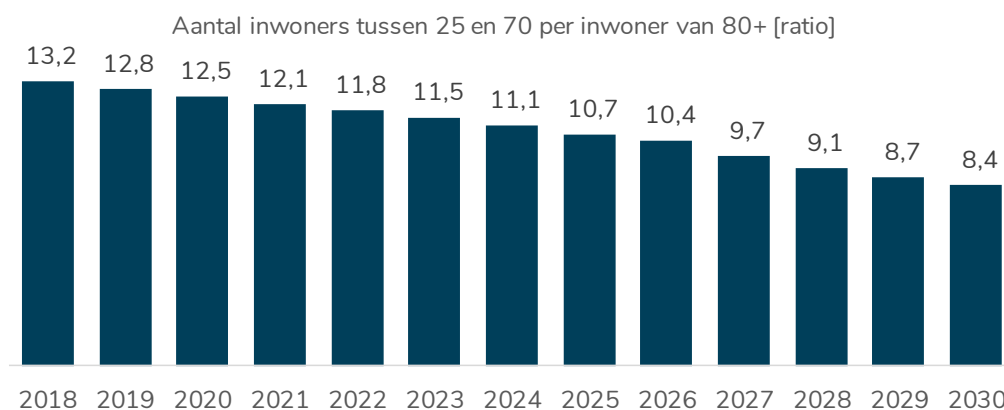
1.1 Ouderenzorg in perspectief

Nederlanders vinden zorg en sociale zekerheid zeer belangrijk. Dit wordt verreweg het vaakst genoemd als belangrijke kwestie, zowel voor Nederland als voor het individu (Figuur 1). Kennelijk maken mensen zich zorgen om de zorg. In de ouderenzorg speelt het probleem dat de verhouding tussen werkenden en ouderen de komende jaren sterk verandert. Er zullen steeds minder mensen zijn om de zorg te leveren (als zorgverlener) en te betalen (als premiebetaler). In 2030 zijn er anderhalf maal zoveel 80+ers terwijl het aantal mensen tussen 25 en 70 jaar vrijwel gelijk blijft. In 2018 is de verhouding tussen die leeftijdsgroepen 13:1, in 2030 al bijna 8:1 (Figuur 2). Ook geven wij, vergeleken met andere West-Europese landen, al relatief veel uit aan ouderenzorg (Figuur 3). Het is dus logisch dat de Nederlandse maatschappij de ouderenzorg probeert te veranderen.

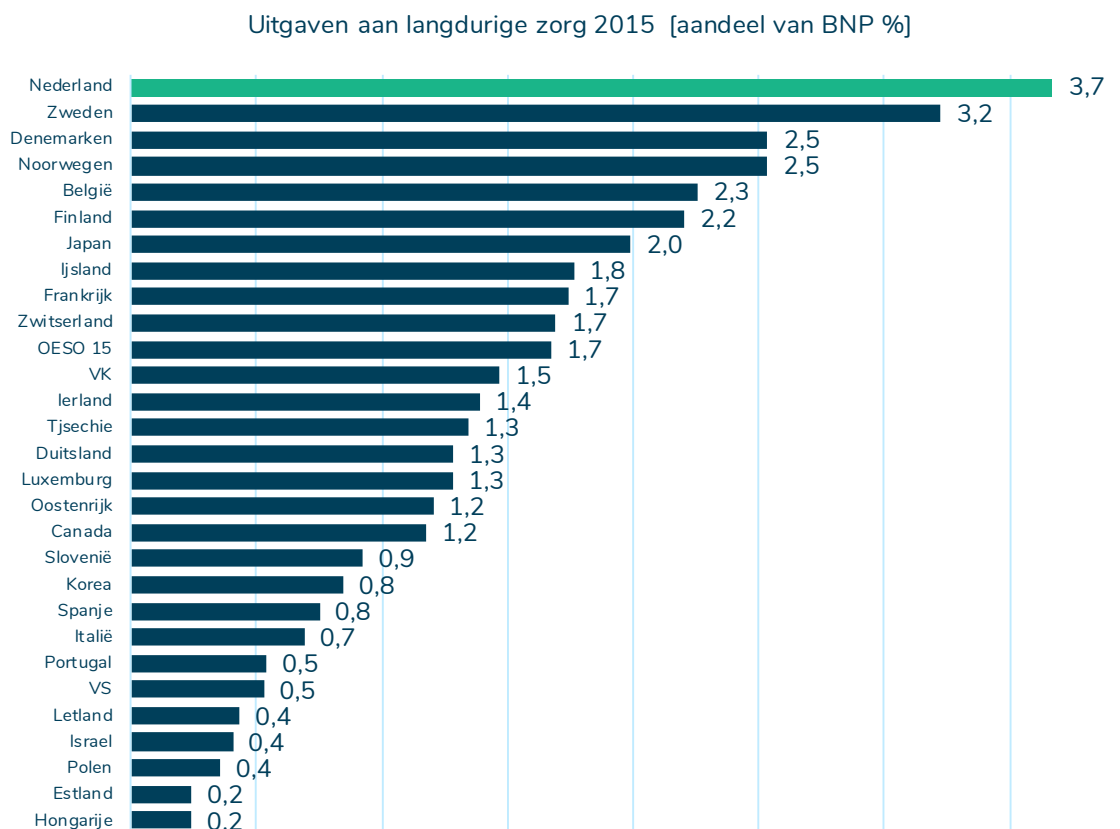


Figuur 1. Gezondheidszorg en sociale zekerheid vinden Nederlanders de belangrijkste onderwerpen. Bron: Eurobarometer #87, voorjaar 2017.

¹ We gaan er hieronder van uit dat de lezer bekend is met ouderenzorg. Zo niet, dan geeft Bijlage 3 een uitgebreide omschrijving van het veld van de ouderenzorg.



Figuur 2. De verhouding ouderen : werkenden neemt fors toe zodat er een tekort is aan premiebetalers en aan zorgverleners. Bron: CBS.



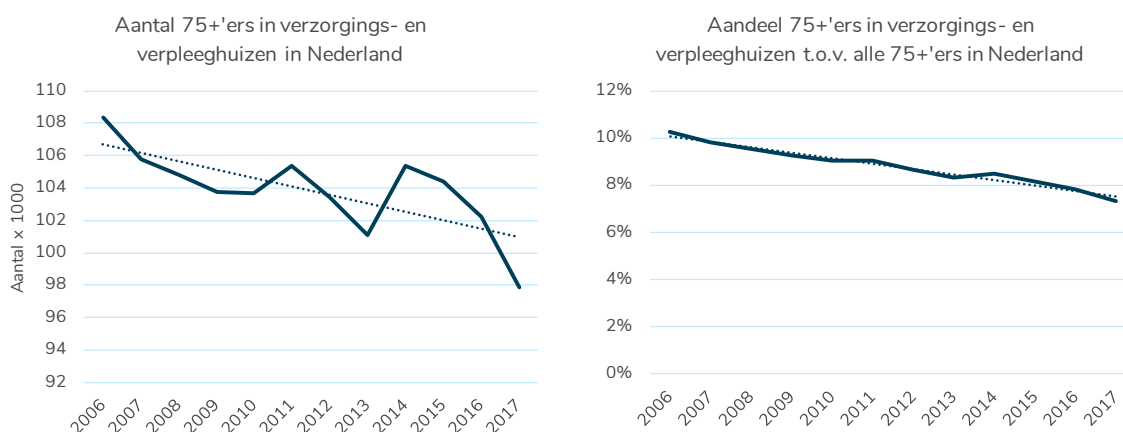
Figuur 3. Nederland geeft relatief veel uit aan langdurige zorg. Bron: OESO, Health at a glance 2017 (data 2015).

1.2 Inzet op langer thuis wonen door ouderen

In 2015 werd de ouderenzorg (voorheen volledig ondergebracht in de AWBZ) opgeknipt. De zorgverzekeraars zijn nu verantwoordelijk voor de wijkverpleging (Zvw), de gemeenten voor de huishoudelijke hulp (Wmo) en de zorgkantoren voor de langdurige zorg (Wlz). Deze splitsing is ingevoerd omdat mensen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen en steeds ouder worden. Daarnaast wordt er zo meer nadruk gelegd op de relatie tussen cliënt en professional, waarbij er

meer ruimte is voor maatwerk en professioneel handelen, en minder nadruk op regels en bureaucratie.

Het beleid heeft geleid tot veranderingen. Het aantal plaatsen in verzorgingshuizen is gedaald en het aantal 75+ers in een verzorgings- of verpleeghuis is fors afgenomen. Het aandeel ouderen dat in een verzorgings- of verpleeghuis woont is gedaald van ruim 10% in 2006 naar ongeveer 7,5% in 2017 (Figuur 4).



Figuur 4. Het aantal en het aandeel van ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis is de afgelopen jaren fors gedaald. Bron: CBS

Het nieuwe systeem lijkt echter nog niet soepel te werken. Volgens verpleegkundigen wachten ouderen nu soms te lang om naar het verpleeghuis te gaan. De zorg thuis sluit nog niet naadloos aan bij de zorg in het verpleeghuis. Dit is deels beeldvorming, deels gebaseerd op feiten. Zo zijn crisissituaties belangrijker geworden als instroom. Waar voorheen ongeveer 10% van de indicaties volgden voor opnames na een crisissituatie, is dat nu 20%.² Het is vaak lastig voor mensen om de goede keuzes te maken vanwege de complexiteit van de zorg en ook door financiële prikkels.

1.3 Methode en leeswijzer

Op basis van signalen van Zorgpartners Midden-Holland is SiRM het onderzoek gestart naar een eerste inventarisatie van de knelpunten in de ouderenzorgketen. De gevonden knelpunten in de ouderenzorg beschrijven we in hoofdstuk 2. We hebben:

- een inschatting gemaakt van de omvang van de problematiek aan de hand van literatuuronderzoek en interviews met 15 zorgverleners die te maken hebben met ouderen die (te) lang thuis blijven wonen (zie Bijlage 1 voor een overzicht van de gesproken zorgverleners).
- een inschatting gemaakt op basis van literatuuronderzoek van de financiële prikkels voor ouderen en voor Nederland om iemand zorg thuis te bieden (zonder of met Wlz-indicatie) of zorg met verblijf.
- een analyse gedaan op de gegevens van Zorgpartners Midden-Holland om de grootte van de (eventuele) zorgval in kaart te brengen. Zorgpartners Midden-Holland levert zowel thuiszorg

² Bronnen: CBS. Aantal personen in institutionele huishoudens naar leeftijd en geslacht & Jaarverslagen CIZ

vanuit de Zvw als thuiszorg vanuit de Wlz, waardoor de overgang in uren in kaart gebracht kan worden.

Voor de gevonden knelpunten in de ouderenzorg hebben we oplossingsmogelijkheden in kaart gebracht aan de hand van concrete acties te nemen door verschillende partijen. De uitwerking van de actieagenda vindt u in hoofdstuk 3. Aan de hand van de adviezen van SiRM zal Zorgpartners Midden-Holland een actieprogramma opstellen om invulling te geven aan de acties waarvoor zij verantwoordelijk is.

2 Knelpunten in de ouderenzorg

Tijdens de gesprekken hoorden we met hoeveel passie en toewijding professionals de zorg aan ouderen leveren. Zij zijn constant bezig met het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg, waardoor ouderen de meest passende zorg krijgen. Ondanks de toewijding zijn er echter ook knelpunten in de ouderenzorg. Bijvoorbeeld verkeerde prikkels, waardoor ouderen (te) lang wachten met het aanvragen van een Wlz-indicatie, of regelgeving waardoor professionals het gevoel hebben dat het systeem tegen hen in plaats van vóór hen werkt. We hebben deze knelpunten samengebracht onder de volgende vier thema's:



Voorlichting en communicatie



Capaciteit in de ouderenzorg



Samenwerking in de keten



Regelgeving en beleid



2.1 Voorlichting en communicatie

Als eerste zien we knelpunten in de voorlichting en communicatie in de ouderenzorg. Het gaat om de voorlichting van de zorgprofessionals aan de kwetsbare ouderen en hun familie, maar ook om de communicatie tussen (zorg)professionals onderling. We zien de volgende vijf knelpunten:

- Het systeem van de ouderenzorg is lastig te doorgronden voor ouderen en hun familie.
- Er is onvoldoende voorlichting over de mogelijkheden van respijtzorg, waardoor mantelzorgers hier minder dan nodig gebruik van maken en steeds vaker overbelast raken.
- Het verpleeghuis staat in een negatief daglicht, waardoor ouderen een opname (te) lang uitstellen.
- Er is onduidelijkheid over de hoogte van de zorglevering in de Wlz (zorgval).
- Het is niet bij alle ketenpartners duidelijk welke stappen ondernomen moeten worden bij een (crisis)opname in het verpleeghuis.

2.1.1 Het systeem van de ouderenzorg is lastig te doorgronden voor ouderen en hun familie

Het systeem van de ouderenzorg in Nederland is lastig te doorgronden voor ouderen en hun familie. De zorg valt onder drie verschillende wettelijke kaders (Zvw, Wmo en Wlz) en wordt door veel verschillende professionals geleverd (wijkverpleegkundige, huisarts, sociaal wijkteam, specialist ouderengeneeskunde, etc.). Ouderen zijn zich hierdoor niet altijd bewust van de mogelijkheden, maar ook niet van de verplichtingen van het systeem. We hebben voorbeelden gehoord dat ouderen boos werden op wijkverpleegkundigen, omdat ze 'opeens' een eigen Wlz-bijdrage moesten betalen. Ze waren niet op de hoogte dat ze deze eigen bijdrage voor de Wlz moesten betalen. Tegelijkertijd zijn ouderen zich ook niet volledig bewust van de risico's van te lang thuis

*Medewerker Zorgpartners
Midden-Holland: "Als wij als
zorgverleners al moeite hebben al
die wetten en regels te snappen,
hoe kunnen die mevrouw van 80
en haar familie dat dan?"*

blijven wonen. Als de zorgvraag te zwaar wordt, dan kan het niet meer verantwoord zijn om de zorg nog langer thuis te leveren. De minister stipt deze problematiek ook aan in de kamerbrief over oplossingen voor de zorgval.³

Het is dus van belang om de voorlichting over de langdurige zorg te verbeteren, zodat ouderen een betere keuze kunnen maken over de best passende zorg.

2.1.2 Er is onvoldoende voorlichting over de mogelijkheden van respijtzorg, waardoor mantelzorgers hier minder dan nodig gebruik van maken en steeds vaker overbelast raken

Wijkverpleegkundige: "Ik zie steeds vaker dat een mantelzorger overbelast raakt. Ze houden het zo lang mogelijk vol, maar op een gegeven moment gaat het gewoon niet meer."

Wijkverpleegkundige: "Die mensen die zorgen zijn zelf ook oud. Toch pakken ze steeds meer zorgtaken op. We moeten ze helpen, anders is het wachten totdat het thuis fout gaat."

Mantelzorgers weten niet altijd dat ze mantelzorgondersteuning, zoals respijtzorg, kunnen aanvragen. Het is van belang om mantelzorgers tijdig te ondersteunen met respijtzorg. Als de mantelzorger overbelast raakt, kan deze wegvallen. Dit kan leiden tot een crisissituatie bij de kwetsbare oudere, waardoor deze met spoed opgenomen moet worden in het verpleeghuis. Als mantelzorgers tijdig gebruik maken van de mogelijkheden die respijtzorg biedt, kunnen deze langer zorg leveren aan de kwetsbare ouderen. Hierdoor kunnen kwetsbare ouderen langer thuis blijven wonen voordat zij verhuizen naar het verpleeghuis.

Respijtzorg houdt in dat de mantelzorg voor een korte periode wordt overgenomen, zodat de mantelzorger even op adem kan komen. Hierdoor kan de mantelzorger het leveren van de zorg langer volhouden. Voorbeelden van respijtzorg zijn dagopvang, logeeropvang, aanwezigheidszorg, respijtzorg 'light' en professionele thuiszorg (Figuur 5). In de meeste gevallen is de gemeente verantwoordelijk voor respijtzorg, tenzij het gaat om respijtzorg voor iemand die zorg ontvangt uit de Wlz.

³ Kamerbrief Oplossingen voor de zorgval, Ministerie van VWS, 16 mei 2018.

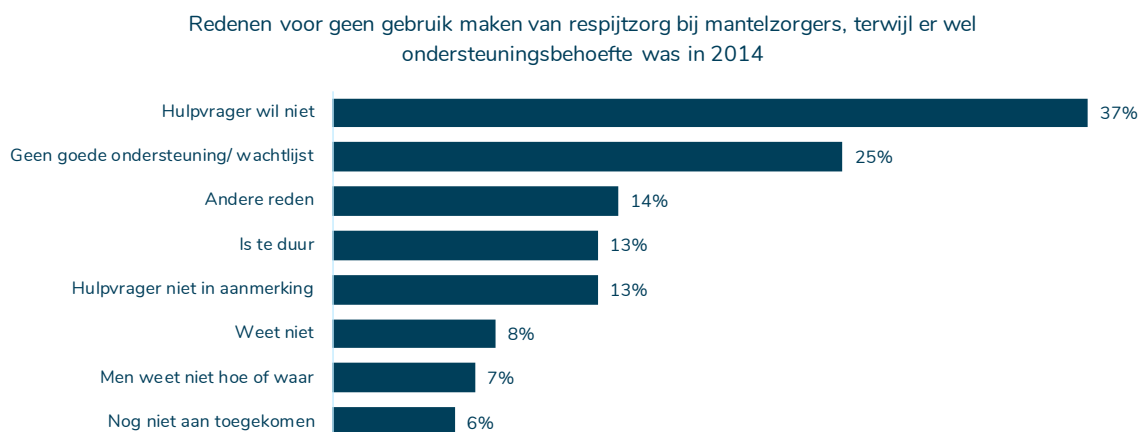
Soort respijtzorg	Omschrijving/ voorbeelden	Bekostigd uit wettelijk kader		
		Wmo	Zvw	Wlz
Dagopvang	Ontmoetingscentrum of zorgboerderij	✓		✓ (als oudere Wlz-indicatie heeft)
Logeeropvang	Logeerhuis (nachtopvang of kortdurend verblijf), zorghotel of gastgezin	✓		✓ (als oudere Wlz-indicatie heeft)
Aanwezigheidszorg	Vrijwilliger aan huis	✓	Eventueel via aanvullende verzekering	
Respijtzorg 'light'	Activiteiten samen	✓		
Professionele thuiszorg	Wijkverpleegkundige of huisarts neemt zorg over als mantelzorgert uitvalt		✓	

Figuur 5. Er zijn 5 verschillende soorten respijtzorg, de meeste bekostigd uit de Wmo.

In 2014 gaf een derde van de Nederlanders mantelzorg. Van deze mantelzorgers⁴:

- maakte 25% gebruik van respijtzorg,
- hielp 15% langer dan 3 maanden en meer dan 8 uur per week,
- hielp 10% iemand die niet langer dan 30 minuten alleen gelaten kon worden,
- hielp 7% iemand met een Wlz-indicatie, en
- ervaarde 10% een hoge belasting van het leveren van mantelzorg.

Mensen weten de weg naar respijtzorg moeilijk te vinden. Volgens Mezzo⁵ zijn de mogelijkheden onvoldoende bekend of gaan gepaard met lastige bureaucratische regels. Een aanzienlijke groep weet niet dat er respijtzorg is. In 2014 had tussen de 12 en 26% van de mantelzorgers een onvervulde behoefte aan respijtzorg.⁶ Vaak omdat de hulpvrager niet wil, omdat er geen goede ondersteuning is of de wachtlijst te lang is (Figuur 6).



Figuur 6. Vaak maken mantelzorgers geen gebruik van respijtzorg omdat de oudere niet wil of er geen goede ondersteuning is. Bron: Informele hulp: wie doet er wat? Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014

⁴ De categorieën bestaan naast elkaar. Eén mantelzorgert kan onder verschillende categorieën vallen. Bron: Bron: Informele hulp: wie doet er wat? Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014.

⁵ Mezzo, landelijke vereniging voor mantelzorgers, zie "Onderzoeksresultaten mogelijkheden tot respijt", december 2016.

⁶ Informele hulp: wie doet er wat? Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014.

Als de mantelzorg te zwaar belast wordt en wegvalt, dan is de zorglevering voor kwetsbare ouderen mogelijk niet geborgd bij onverwachte zorgmomenten, zoals 's nachts (Figuur 7). Geïnterviewden schatten in dat bij ongeveer de helft van de gevallen waarbij de mantelzorg wegvalt een opname noodzakelijk is.



			
		Zorglevering geborgd?	Zorglevering geborgd?
Situatie met mantelzorg	Wijkverpleegkundige	✓	✗
	Mantelzorg	✓	✓
Situatie als mantelzorg wegvalt	Wijkverpleegkundige	✓	✗
	<i>Mantelzorg is weggefallen</i>	✗	✗

Figuur 7. Als mantelzorg wegvalt komt een kwetsbare oudere mogelijk in de knel bij onverwachte zorgmomenten, zoals 's nachts.

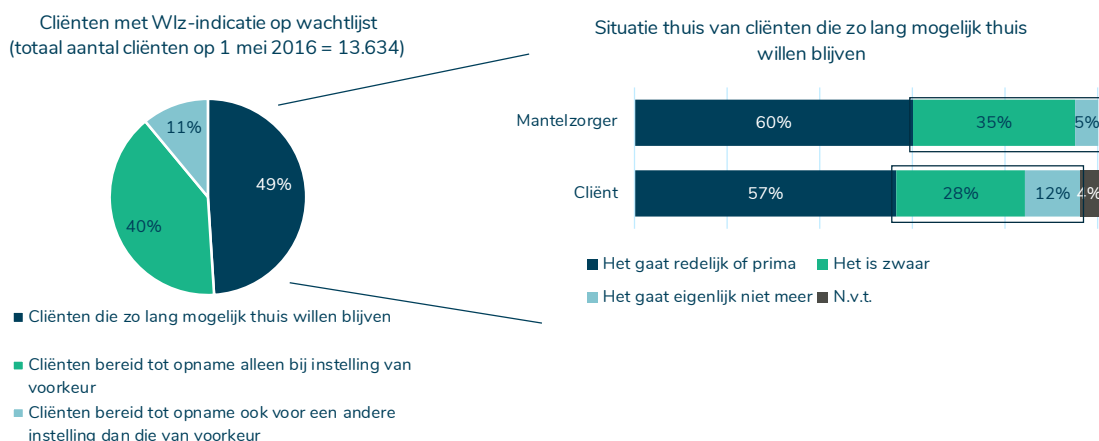
2.1.3 Het verpleeghuis staat in een negatief daglicht, waardoor ouderen een opname (te) lang uitstellen

Kwetsbare ouderen en de familie wachten soms (te) lang met het aanvragen van een Wlz-indicatie omdat ze nog niet de 'laatste' stap naar het verpleeghuis willen zetten. Ze zien niet altijd de toegevoegde waarde van een verpleeghuis in.

Alle geïnterviewde zorgverleners konden enkele voorbeelden noemen van ouderen waar het eigenlijk thuis niet meer ging, maar die nog niet naar een verpleeghuis wilden verhuizen. Van de ouderen die op de wachtlijst voor een verpleeghuis staan, wil de helft niet opgenomen worden in een verpleeghuis. Echter, 40% van deze ouderen geeft wel aan dat het thuis zwaar is of eigenlijk niet meer gaat (Figuur 8).⁷

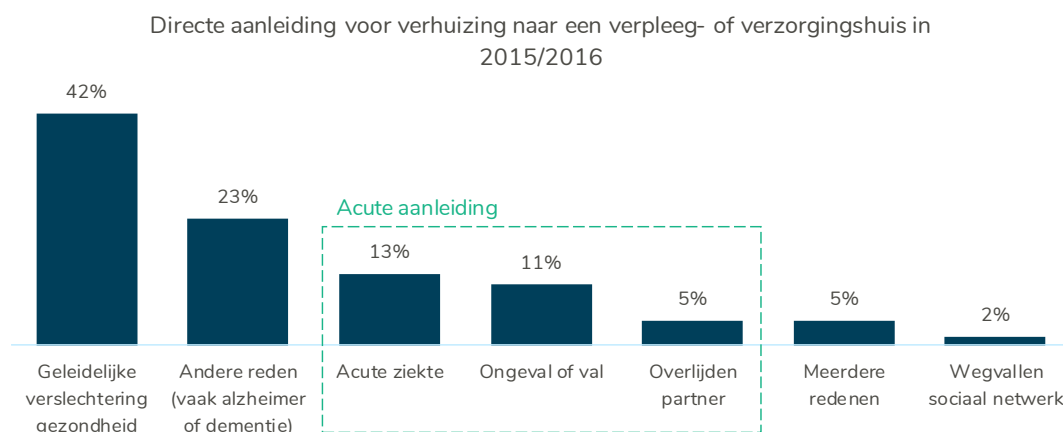
Huisarts: "Ik maak geregeld mee dat de familie niet wil dat hun vader of moeder naar het verpleeghuis gaat. Ze vinden dat ze zelf de zorg moeten leveren of zijn bang dat de burenschande spreken over het 'wegstoppen' van hun ouders."

⁷ Rapportage Wachtlijsten in de Wlz. Wensen en behoeften van wachtenden, HHM 2016



Figuur 8. Helft van ouderen met Wlz-indicatie wil niet opgenomen worden, terwijl het bij 40% van hen thuis zwaar is of niet meer gaat. Bron: Rapportage Wachtlijsten in de Wlz. Wensen en behoeften van wachtenden, HHM 2016

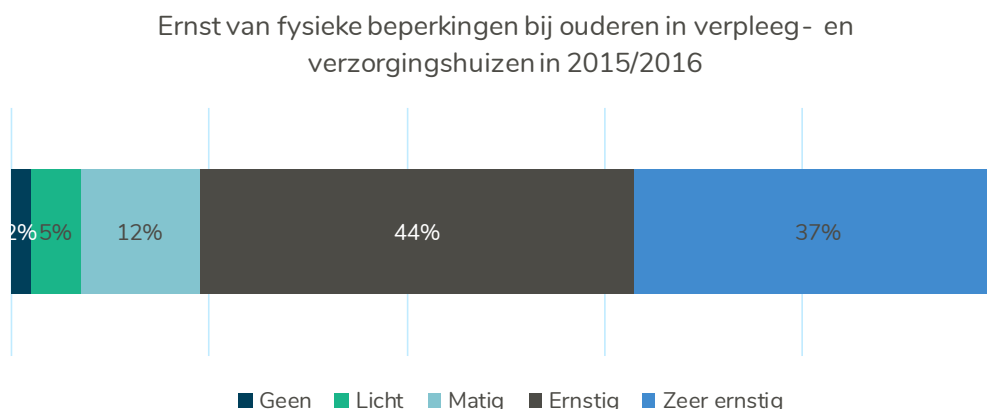
De meeste ouderen (65%) verhuizen naar een verpleeghuis omdat er een geleidelijke verslechtering van de gezondheid optreedt of omdat ze niet meer thuis kunnen blijven wonen door bijvoorbeeld alzheimer of dementie.⁸ Bij bijna 30% van de ouderen is een acute gebeurtenis aanleiding voor verhuizing naar een verpleeg- of verzorgingshuis (Figuur 9). De aanleiding is dan bijvoorbeeld een acute ziekte, een ongeval of val, of het overlijden van de partner.



Figuur 9. Bijna 30% van de ouderen heeft een acute aanleiding als reden voor verhuizing. Bron: SCP, Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, 2017.

De ouderen die wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis hebben vaak te maken met ernstige tot zeer ernstige fysieke beperkingen (Figuur 10).⁸ Ouderen verhuizen pas naar het verpleeghuis als het thuis echt niet meer gaat. Geïnterviewde zorgverleners herkennen dit beeld. Ze geven tevens aan dat de gezondheidstoestand van ouderen die verhuizen naar een verpleeghuis de laatste jaren is verslechterd.

⁸ SCP, Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, 2017



Figuur 10. In het verpleeg- of verzorgingshuis heeft ruim 80% van de oudere ernstige tot zeer ernstige beperkingen. Bron: SCP, Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, 2017.

Het is dus van belang dat kwetsbare ouderen en hun familie een verpleeghuis niet enkel als iets negatiefs zien en daardoor de verhuizing naar het verpleeghuis niet meer (te lang) uitstellen.

2.1.4 Er is onduidelijkheid over de hoogte van de zorglevering in de Wlz (zorgval)

Er is onduidelijkheid over de hoogte van de zorglevering in de Zvw, Wmo en Wlz bij Zvw-zorgaanbieders. Het komt voor dat zorgaanbieders ouderen afraden een Wlz-indicatie aan te vragen, omdat het aantal beschikbare uren zorg in de indicatie niet toereikend zou zijn. Het aantal uur dat bekostigd wordt uit de indicatie is dan lager dan het aantal uur dat de oudere voorheen aan zorg uit de Zvw en Wmo ontving. Zorgprofessionals geven aan dat het makkelijker is om het aantal uur zorg in de Zvw en Wmo aan te passen aan de behoeftes van de ouderen, omdat hier geen maximum aan het aantal uren is gesteld. In de Wlz is dit niet mogelijk, omdat het aantal uur zorg gekoppeld is aan de Wlz-indicatie. Deze problematiek stipt de minister ook aan de in brief over de zorgval:⁹

Wijkverpleegkundige: "Het is wat lastiger in de Wlz, maar we redden het wel met wat flexibiliteit. In de Zvw is het wel eenvoudiger om extra zorg te leveren."

Manager thuiszorgorganisatie: "Onze wijkverpleegkundigen leveren meer zorg dan geregistreerd, dat doen ze gewoon."

"Een teruggang in uren wordt veroorzaakt doordat de Wlz een doelmatigheidsgrens kent voor de zorg die thuis wordt geleverd. In de Wlz is een maximum gesteld aan het bedrag en daarmee aan het aantal uren professionele zorg dat thuis kan worden geleverd. Deze zogenaamde doelmatigheidsgrens is afgeleid van de prijs voor intramurale zorg die van toepassing is op het zorgprofiel van de cliënt (gebaseerd op een gemiddeld aantal uren). Voor het overgrote deel van de cliënten kan hiermee voldoende professionele zorg geboden worden, maar er zijn cliënten waarvoor deze grens knelt. Deze cliënten kunnen met een teruggang in uren geconfronteerd worden bij de overgang naar de Wlz. Onder de Zvw en de Wmo is geen sprake van een

⁹ Kamerbrief Route verkenning zorgval, Ministerie van VWS, 29 januari 2018.

(expliciete) doelmatigheidsgrens omdat er geen intramuraal alternatief voor zorg thuis is, waarbij de zorg verantwoord en doelmatig geleverd kan worden. “

Uit analyse van de cijfers van Zorgpartners Midden-Holland lijkt de zorgval bij hen beperkt. De oplossingen voor de zorgval die de minister voorstelt¹⁰ zijn dus minder van toepassing voor Zorgpartners Midden-Holland. Gemiddeld besteden 3 teams in de laatste maand voor de Wlz indicatie 12,5 uur per week voor huishouden (Wmo), maaltijden (Wmo) en wijkverpleging (Zvw). In de eerste maand Wlz is dat 10,6 uur per week. Dit neemt na enkele weken toe tot gemiddeld 11,1 uur per week (Figuur 11 en Figuur 12). Met een indicatie is alle zorg gebundeld. Zorgpartners Midden-Holland heeft een onderaannemer voor de huishoudelijke verzorging.¹¹ Wijkverpleging en maaltijden worden, in de Wlz, door hetzelfde team gedaan. We schatten in dat dit een efficiëntiewinst van ongeveer 70 minuten (1,2 uur) per week oplevert.¹² Hierdoor zal de terugval in het aantal uren effectieve zorg voor een oudere met een gemiddelde zorgvraag waarschijnlijk meevallen.

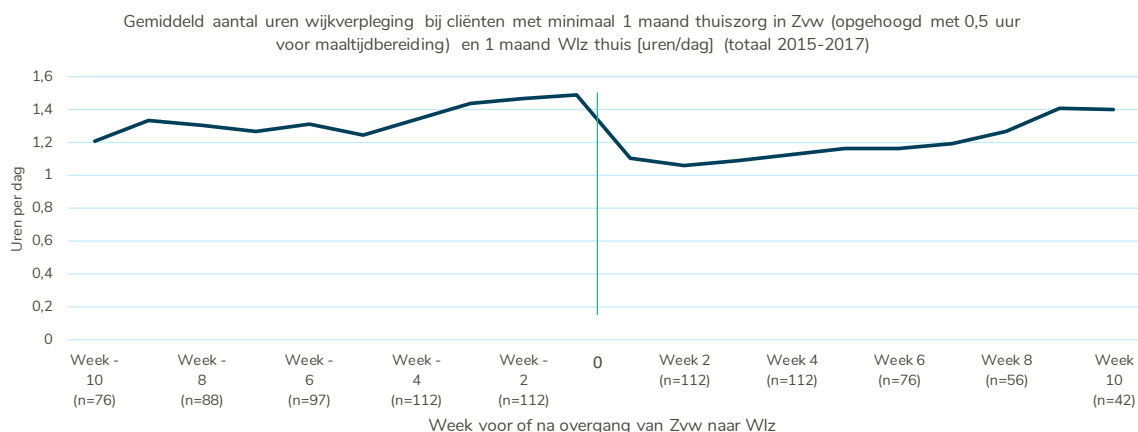


Figuur 11. Gemiddeld genomen zien we een lichte zorgval voor cliënten van Zorgpartners Midden-Holland die van Zvw/Wmo naar Wlz thuis gaan.

¹⁰ Kamerbrief Oplossingen voor de zorgval, Ministerie van VWS, 16 mei 2018. De voorgestelde oplossingen zijn een verruiming van de overbruggingszorg en van de regeling Extra kosten thuis.

¹¹ Zorgpartner Midden-Holland besteedt de schoonmaak in de Wlz uit. Deze kosten hiervoor vallen wel onder de Wlz.

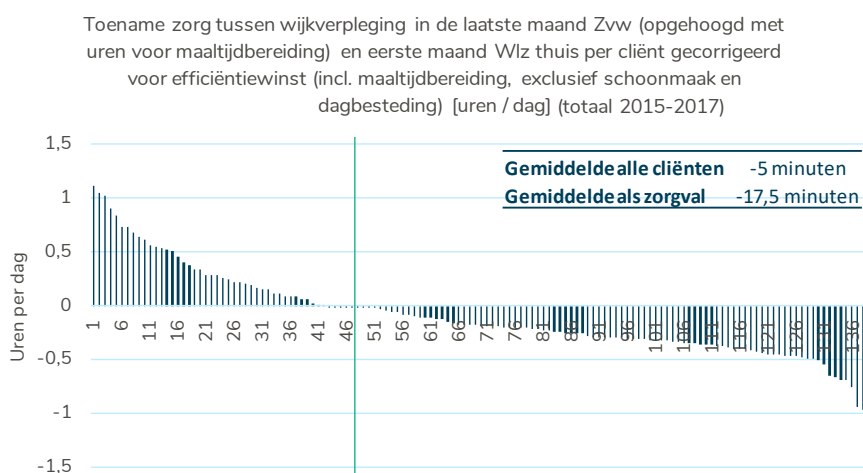
¹² We nemen aan dat er voor de indicatie twee keer per dag iemand langskomt voor maaltijdverzorging en drie keer per dag voor de zorgtaken. In de Wlz kan de maaltijdverzorging geleverd worden door de professional die ook de zorgtaken doet. Hierdoor vinden er per dag twee minder contactmomenten plaats. We schatten in dat er per contactmoment 5 minuten bespaard kan worden (minder tijd kwijt aan binnenkomst, groeten, afscheid nemen, etc.). Dit levert per week een tijds-winst van $5 \times 2 \times 7 = 70$ minuten op.



Figuur 12. Gemiddeld aantal uren wijkverpleging in de Wlz neemt na enkele weken weer toe

Twee derde van de cliënten van Zorgpartners Midden-Holland kende een lichte zorgval bij overgang van Zvw naar Wlz thuis, dit is inclusief 1,2 uur efficiëntiewinst per week. De uren in de Zvw zijn opgehoogd met 3,5 uur per week voor het verzorgen van warme maaltijden (deze uren worden in de Wlz namelijk ook door de wijkverpleegkundige geleverd; Figuur 13). Sommige cliënten krijgen dus ook meer uren. Zorgpartners Midden-Holland stemt de inzet af op de behoefte.

Wijkverpleegkundigen geven aan een krapte te voelen in het aantal uren thuiszorg in de Wlz. Ze geven aan dat ze creatieve oplossingen bedenken om de gewenste hoeveelheid zorg te kunnen leveren en niet altijd alle geleverde uren declareren. Het is van belang dat er meer onderzoek gedaan wordt naar het bestaan en de hoogte van de zorgval voordat er harde conclusies uit getrokken kunnen worden. Hiervoor is een betrouwbare administratie van de uren wijkverpleging nodig.



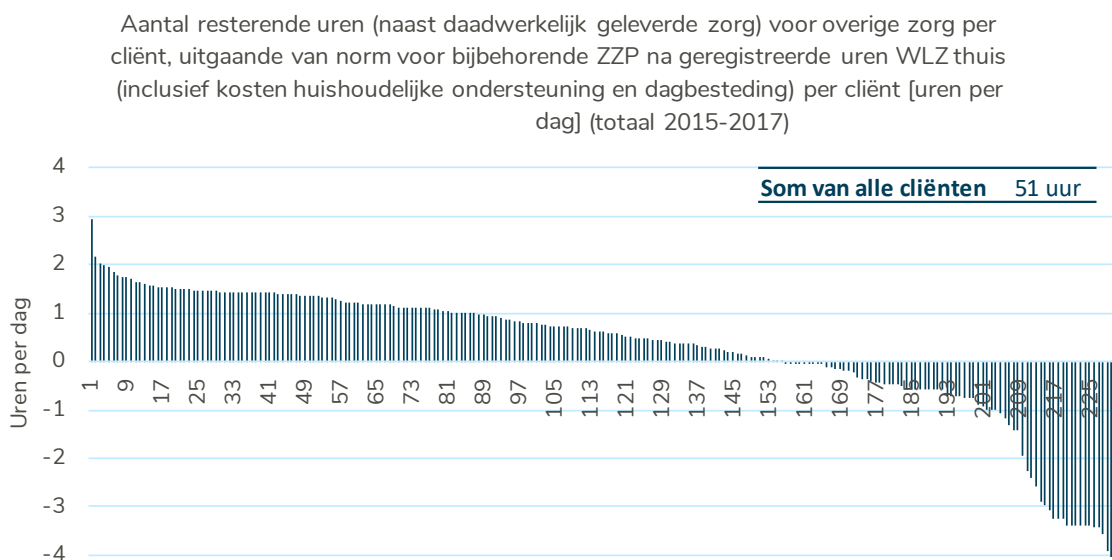
Figuur 13. Twee derde van de cliënten van Zorgpartners Midden-Holland kende een zorgval bij overgang van Zvw naar Wlz thuis¹³

¹³ Zorgval is berekend als verschil tussen aantal uren in laatste maand wijkverpleging in Zvw (opgehoogd met 3,5 uur warme maaltijdbereiding per week) en eerste maand Wlz thuis (gecorrigeerd met 1,1 uur per week efficiëntiewinst). Uren wijkverpleging in Zvw en Wlz thuis zijn beiden (enkel) uren zorg en uren maaltijdbereiding geleverd door wijkverpleegkundige of vergelijkbare zorgprofessional (geen dagbesteding of schoonmaak). Dit is exclusief 5 cliënten die slechts 1 dag Wlz thuis hebben ontvangen.

Van de cliënten met zorgval heeft het merendeel een terugval van minder dan een half uur per dag (gemiddelde zorgval bedraagt 17,5 minuten per dag), slechts 6% van de cliënten van Zorgpartners Midden-Holland heeft een zwaardere terugval in uren.

Twee derde van de cliënten met Wlz thuis krijgt minder zorg dan de beschikbare uren in hun ZP. Zij hebben die zorg minder nodig dan de een derde die meer zorg krijgt (Figuur 14). Hierbij is rekening gehouden met uren voor huishoudelijke ondersteuning¹⁴ en dagbesteding¹⁵. Gemiddeld is er per cliënt minder dan een kwartier ruimte over. Dit kan te maken hebben met een onderregistratie van de uren thuiszorg.

In het algemeen genomen zien we dus dat Zorgpartners Midden-Holland bijna alle beschikbare uren verdeelt over de cliënten, naar rato van hun behoefte aan zorg. De zorgval is klein, en deze wordt vaak na korte tijd gecorrigeerd. Het beeld dat mensen krijgen uit de anekdotes in het nieuws is vaak anders.



Figuur 14. Twee derde van de cliënten van Zorgpartners Midden-Holland met Wlz thuis heeft nog ruimte over in de beschikbare uren in hun ZP

2.1.5 Het is niet bij alle ketenpartners duidelijk welke stappen ondernomen moeten worden bij een (crisis)opname in het verpleeghuis

Het is niet bij alle zorgverleners bekend welke stappen ze moeten zetten wanneer een kwetsbare oudere in een crisissituatie terecht komt. Vaak is er al een protocol hiervoor opgesteld, maar zijn doorverwijzers (zoals praktijkondersteuners of huisartsen) hier niet goed van op de hoogte. Hierdoor kan het de doorverwijzers en het verpleeghuis soms veel tijd kosten om een (crisis)opname te realiseren voor een oudere. De doorverwijzers zijn bijvoorbeeld veel tijd kwijt met het opzoeken van de juiste contactpersonen of met het uitzoeken welke documenten nodig

¹⁴ Wmo richtlijn Indicatieadvisering voor Hulp bij het Huishouden, CIZ 2006.

¹⁵ We zijn uitgegaan van gemiddeld 6 dagdelen dagbesteding voor alle cliënten. Per specifieke cliënt kan het aantal dagdelen anders zijn.

zijn. Als doorverwijzers goed op de hoogte zijn, kan het proces tot opname mogelijk sneller verlopen. Dit kan al op korte termijn een positieve impact hebben voor de kwetsbare ouderen.

Praktijkondersteuner: "Collega's vragen mij altijd om een crisissituatie af te handelen. Ik weet wie ik moet bellen. We hebben wel een protocol, maar niet iedereen is goed op de hoogte wie ze moeten bellen en welke gegevens nodig zijn. Als ik het doe, is het veel sneller geregeld."

2.2 Capaciteit

We hebben ook knelpunten gesignaleerd in de capaciteit in de ouderenzorgketen. Het aantal ouderen in Nederland stijgt, maar de sector is hier mogelijk niet goed op voorbereid:

- Toegang tot sociale voorzieningen in de wijk is mogelijk niet voldoende door afbouw verzorgingshuizen.
- Ouderen staan lang op een wachtlijst voordat ze opgenomen kunnen worden in een verpleeghuis.
- Het gat tussen zorg en ondersteuning thuis en het verpleeghuis is toegenomen.

2.2.1 Toegang tot sociale voorzieningen in de wijk is mogelijk niet voldoende door afbouw verzorgingshuizen

Veel sociale voorzieningen (vaak in verzorgingshuizen) zijn afgebouwd. Toegang tot deze voorzieningen zorgt voor structuur, een goede maaltijd en gaat eenzaamheid tegen bij kwetsbare ouderen.

Wijkverpleegkundige: "Mijn grootste zorg is dat de verzorgingshuizen zijn afgebouwd. Vroeger konden ouderen voor activiteiten naar het verzorgingshuis, waar ook een signalerende functie was als het slechter ging."

Bijna alle geïnterviewden gaven aan dat ze het een negatieve ontwikkeling vinden dat het aantal verzorgingshuizen is afgebouwd. Deze huizen waren vaak de ontmoetingsplaats voor ouderen in de wijk, waar ze activiteiten ondernamen en hun maaltijd konden nuttigen. Met het sluiten van de huizen is er echter niet altijd geïnvesteerd in nieuwe sociale voorzieningen in de wijk, waardoor ouderen soms geen plek meer hebben om naar toe te gaan.

Door de invoering van de Wmo zijn gemeenten sinds 2015 verantwoordelijk voor de sociale voorzieningen in de wijk, zoals een buurtrestaurant of buurthuis voor ouderen. Echter, niet in alle gemeenten zijn sociale voorzieningen in de wijk voldoende geregeld. De afgelopen jaren is het

aantal verzorgingshuisbedden afgebouwd.¹⁶ Het ministerie schatte in 2014 in dat er 180 verzorgingshuizen zouden sluiten.¹⁷ Uit interviews blijkt dat de sociale voorzieningen in een buurt vaak plaatsvonden in deze verzorgingshuizen. Een deel van deze huizen zal omgebouwd zijn tot verpleeghuis, maar exacte cijfers zijn niet bekend.¹⁸

Huisarts: "Het sluiten van verzorgingshuizen is echt een gemis. Vroeger waren het te makkelijk om in een verzorgingshuis te komen, nu is het te moeilijk om in een verpleeghuis te komen."

Sociale voorzieningen geven een dagelijks ritme en structuur en zorgen ervoor dat kwetsbare ouderen een goede maaltijd ontvangen.¹⁹ Hierdoor kunnen ze langer gezond thuis blijven wonen:

- Kwetsbare ouderen krijgen door de sociale activiteiten weer een dagritme, ze hebben een reden om uit huis te gaan. Samen met andere ouderen kunnen ze recreatieve activiteiten ondernemen. Hierdoor zijn ze ook minder eenzaam.
- Op de dagopvang krijgen ouderen geregeld eten en drinken, wat hun zelfredzaamheid vergroot. Dit willen ze zelf nog wel eens overslaan thuis. Hier knappen ze van op. Kwetsbare ouderen die slechter eten en drinken, vallen vaker en zijn vaker in de war.

Eenzaamheid is een groot probleem onder ouderen en heeft ernstige lichamelijke en psychische gevolgen. Ongeveer 54% van de 75-plussers (700 duizend) in Nederland geeft aan zich in meer of mindere mate eenzaam te voelen.²⁰ In 2030 kan dit aantal toenemen tot ruim 1,1 miljoen ouderen.²¹

Huisarts: "Mijn advies aan gemeenten, doe wat aan de eenzaamheid bij kwetsbare ouderen."

Eenzaamheid kan leiden tot ernstige lichamelijke en psychische problematiek:^{20,22}

- Eenzaamheid is een belangrijke voorspeller voor vroegtijdig overlijden bij 65+'ers. De kans dat kwetsbare ouderen binnen 3 jaar overlijden is twee tot drie keer zo groot als bij leeftijdsgenoten met een intensiever sociaal netwerk.
- Eenzaamheid veroorzaakt inactiviteit, wat kan leiden tot ongezond gedrag:
 - weinig beweging,
 - afnemende eetlust,
 - ongezonder eten,
 - toenemend gebruik verslavende middelen.
- Eenzaamheid is een negatieve spiraal: iemand die zich eenzaam voelt trekt zich terug, wordt vervolgens nog eenzamer en trekt zich nog meer terug.

¹⁶ Beantwoording Kamervragen over de sluiting van verzorgingshuizen, 24 maart 2017 (documentnummer: 2017Z03144).

¹⁷ Sluitende verzorgingshuizen. Wie vangt de sociale functie op in de wijk? Langer thuis en Movisie, 2015.

¹⁸ Volgens Zorgkaart Nederland waren er in mei 2018 2.429 verzorgings- en verpleeghuizen, deze worden niet uitgesplitst: www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis

¹⁹ Zie ook: Sluitende verzorgingshuizen Wie vangt de sociale functie op in de wijk?, Langer Thuis en Movisie, 2015:

²⁰ Actieprogramma Eén tegen eenzaamheid, Ministerie van VWS, 20-3-2018

²¹ CBS bevolkingsprognose

²² www.mijngezondheidsgids.nl/eenzaamheid-ouderen-kwalijk-probleem/

Het is dus van belang te investeren in voldoende toegang tot sociale voorzieningen in de wijk, zodat ouderen langer (gezond) thuis kunnen blijven wonen. Een mooi voorbeeld is het Buurtpunt Zoutman in Gouda.²³ Dit wijkcentrum bevindt zich in de gemeenschappelijke ruimte op de begane grond van woonlocatie Karnemelksloot. Hier kunnen buurtbewoners terecht voor een kop koffie of thee, een maaltijd, een gezellig praatje of een activiteit. Op gezette tijden zijn er creatieve activiteiten, maaltijden en bewegingsactiviteiten, maar het is altijd mogelijk om anderen (ouderen) daar te ontmoeten.

2.2.2 Ouderen staan lang op een wachtlijst voordat ze opgenomen kunnen worden in een verpleeghuis

Het aantal ouderen op een wachtlijst is de afgelopen jaren toegenomen en neemt naar verwachting de komende jaren nog verder toe. Een realistische toekomstscan kan inzicht geven in het benodigd aantal verpleeghuisbedden per regio. Als er meer bedden (in een verpleeghuis of in andere woonvormen, zoals aanleunwoningen of zorghotels) beschikbaar zijn, kan dit zorgen voor minder lange wachtlijsten – mits hier goede financieringsafspraken tussen zorgkantoor en Wlz-aanbieders over gemaakt worden.

Geïnterviewde zorgconsultanten geven aan dat ze merken dat er steeds meer ouderen wachten op een plek in het verpleeghuis. Ouderen kunnen op 3 manieren op een wachtlijst staan:

- **Actief wachtend:** de oudere wil zo snel mogelijk verhuizen naar een verpleeghuis. Het zorgkantoor plaatst de oudere op de eerst beschikbare plek, ongeacht of dit het huis van voorkeur is. Eventueel kan de oudere daarna nog op een interne wachtlijst komen om alsnog te verhuizen naar het huis van voorkeur.
- **Wens wachtend:** de oudere wil enkel verhuizen naar het huis van voorkeur, niet naar een andere locatie van dezelfde of een andere aanbieder.
- **Slappend wachtend:** de oudere wil thuis blijven wonen en nog niet verhuizen naar een verpleeghuis.

Huisarts: "Ik zie steeds vaker dat ouderen het zo lang mogelijk proberen vol te houden thuis. Er is daarna namelijk ook niets anders beschikbaar dan de stap naar het verzorgings- of verpleeghuis."

De toename van het aantal ouderen op een wachtlijst komt onder andere door het regeringsbeleid van de afgelopen jaren. De regering stimuleert dat ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen (m.b.v. thuiszorg en/of mantelzorg). Dit heeft voor een korte periode ervoor gezorgd dat er minder ouderen naar het verpleeghuis gingen. Echter, nu komen ouderen (met een slechtere toestand) alsnog naar het verpleeghuis toe.

Een zorgkantoor dient ervoor te zorgen dat een cliënt binnen redelijke termijn en binnen redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen, dan wel bij hem thuis, zorg ontvangt waarop de cliënt

²³ <https://www.gemiva-svg.nl/Locaties/Overzicht-locaties/Den-Haag-e-o/Karnemelksloot/Buurtpunt-Zoutman>

is aangewezen. Meerdere onderzoeken tonen aan dat cliënten vaak langer dan zes weken (de wettelijke norm) op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis:

- Onderzoek NZa bij alle zorgkantoren (2017)²⁴: uit de aantallen die zijn aangeleverd blijkt dat er bij bijna elk zorgkantoor actief wachtenden zijn die de wettelijke norm overschrijden.
- Rondvraag Consumentenbond bij 101 verpleeghuizen (2017)²⁵: bij 19% van de verpleeghuizen kan een oudere binnen zes weken terecht. Bij 47% is de wachtlijst langer dan zes maanden. De overige verpleeghuizen kunnen geen goede inschatting geven.
- Rondvraag FTM bij 83 verpleeghuizen (2015)²⁶: de gemiddelde wachttijd voor een verpleeghuis is 5,5 maand. Bij 36% van de instellingen is de wachtlijst zelfs langer dan zes maanden.

2.2.3 Het gat tussen zorg en ondersteuning thuis en het verpleeghuis is toegenomen

Er is een laagdrempelige zorgbehoefte bij kwetsbare ouderen, die nog niet naar het verpleeghuis willen. Hiervoor is een investering in woningen in de nabijheid van verpleeghuizen nodig om (24/7) laagdrempelige zorg thuis te kunnen leveren. Zorgaanbieders geven aan dat het gat tussen zorg en ondersteuning uit de Zvw en Wmo en zorg vanuit de Wlz nu te groot is geworden. Veel ouderen kunnen langer thuis blijven wonen als er zorg voor ongeplande zorgmomenten beschikbaar is, dus ook gedurende de nacht. In de wijk is dit lastig te regelen, maar in kleinschalige wooninitiatieven, bijvoorbeeld nabij een verpleeghuis of steunpunt voor thuiszorg, kan dit wel.

Wijkverpleegkundige: "Veel ouderen willen graag lang thuis blijven wonen. Dat gaat overdag lang goed, maar ze lopen vast met ongeplande zorg, zoals nachtzorg."

Casemanager dementie: "Het stelt mensen gerust als ze een beroep kunnen doen op iemand indien nodig. Ook al gebeurt dat bijna nooit."



2.3 Samenwerking in de keten

We zien ook knelpunten in de samenwerking in de keten, bijvoorbeeld in de samenwerking met de gemeenten en tussen zorgprofessionals:

- Afstemming met gemeenten verloopt soms moeizaam.
- De samenwerking in de keten is nog niet optimaal georganiseerd.
- Het CIZ hanteert een (te) lange periode voor het afgeven van een indicatiebesluit.

²⁴ Rapport Wachtenden in de langdurige zorg, NZa maart 2017

²⁵ Onderzoek Consumentenbond 2017; www.consumentenbond.nl/binaries/content/assets/cbhippowebsite/gidsen/consumentengids/2017/nummer-9---september/201709p12-wachtlijsten-verpleeghuizen-p.pdf

²⁶ Follow The Money (FTM) 2015

2.3.1 Afstemming met gemeenten verloopt soms moeizaam

Zorgverleners geven aan dat de communicatie met gemeenten soms moeizaak verloopt. Ze hebben het gevoel dat als ze iets willen regelen voor een cliënt (bijvoorbeeld extra huishoudelijke hulp of dagbesteding) ze tegen een muur aanlopen. Gemeenten denken vaak niet mee over oplossingen. Uit onderzoek van NIVEL blijkt ook dat wijkverpleegkundigen de afstemming met professionals uit de gemeente als erg wisselend ervaren.²⁷ In het onderzoek geven wijkverpleegkundigen aan dat ze soms ervaren dat gemeenten cliënten afschuiven naar de wijkverpleging (50-65% geeft dit aan) of dat de overdracht van cliënten slecht verloopt (40% geeft dit aan). Ze doen bijvoorbeeld de was of boodschappen voor hun cliënten, omdat de huishoudelijke hulp vanuit de gemeente – die hier eigenlijk voor verantwoordelijk is – ontoereikend is. 20% van de wijkverpleegkundigen vindt dat de afstemming met de gemeente uitstekend of goed verloopt, maar ook 20% vindt dat de afstemming matig of slecht verloopt. Het verstevigen van de verbinding tussen het medisch en sociaal domein is ook een van de aandachtspunten van het Onderhandelaarsakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022.²⁸

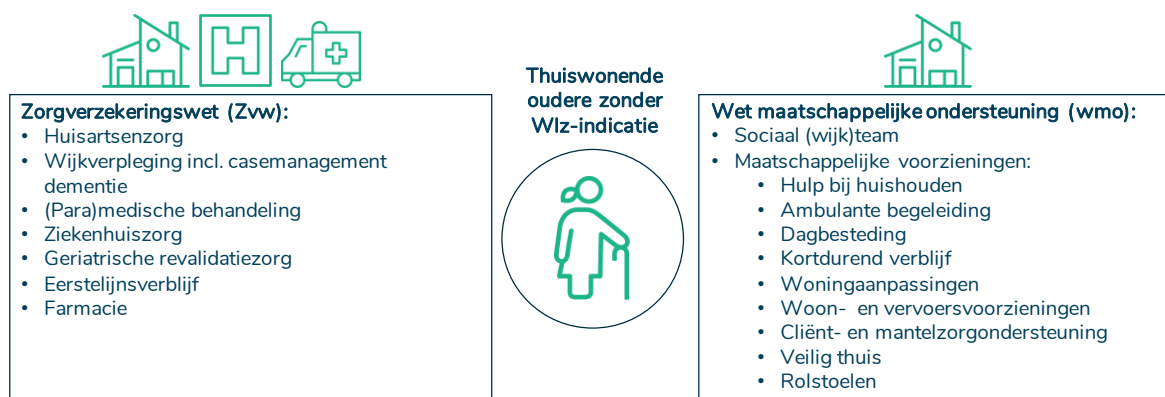
Huisarts: “De communicatie met de gemeente gaat moeizaam. De slechte communicatie is geen onwil, maar voornamelijk onkunde.”

Wijkverpleegkundige: “Ik heb soms het gevoel tussen de gemeente en de Wlz in te staan. Als je dagbesteding aanvraagt, dan adviseert de gemeente soms snel om een Wlz-indicatie aan te vragen, zelfs als er nog geeneens wijkverpleging ingezet is.”

Uit de interviews blijkt dat er nog te weinig communicatie is tussen het sociale domein en zorgprofessionals over kwetsbare ouderen in de wijk. Thuiswonende ouderen hebben vaak te maken met verschillende mensen van gemeenten én Zvw-zorgprofessionals (Figuur 15). Het is van belang dat ouderen hier geen hinder van ondervinden en een eenduidig verhaal horen. Ook het contact tussen wijkverpleegkundigen en gemeenten kan verbeteren.

²⁷ Evaluatie van de wijkverpleging, NIVEL, september 2017

²⁸ Onderhandelaarsakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022, 22 mei 2018



Figuur 15. Thuiswonende ouderen zonder Wlz-indicatie hebben te maken met zorg en begeleiding bij wonen uit de Zvw en Wmo

Thuiswonende ouderen hebben te maken met veel verschillende professionals. Idealiter werken deze professionals goed samen en ondervinden kwetsbare ouderen geen hinder van de verschillende soorten professionals en wetten (Figuur 16).



Figuur 16. Thuiswonende ouderen ondervinden idealiter geen hinder van de verschillende soorten professionals

2.3.2 De samenwerking in de keten is mogelijk niet optimaal georganiseerd

Geïnterviewden geven aan dat de samenwerking in de ouderenzorgketen nog kan verbeteren. Investering op de juiste plekken in de ouderenzorgketen kan zorgen voor minder bottlenecks op andere plekken in de keten. Daarnaast kan er geïnvesteerd worden in de samenwerking met de mantelzorgers.

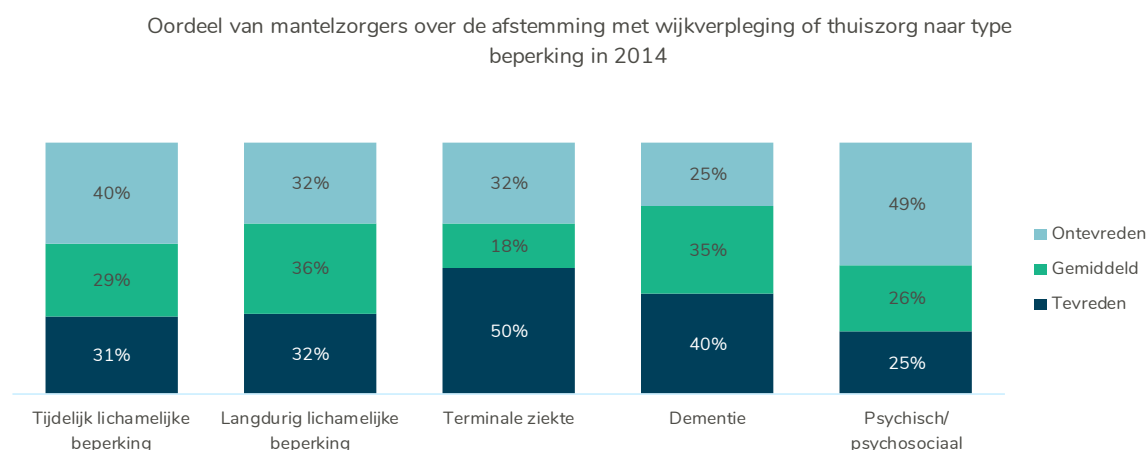
Een voorbeeld van zo'n knelpunt is het aantal ouderen met een opname na een SEH bezoek. Volgens recent onderzoek van Actiz zouden we in Nederland jaarlijks²⁹ €300 - €700 miljoen kunnen besparen in de ouderenzorg.³⁰ Er worden jaarlijks ruim 320 duizend ouderen onnodig opgenomen na een SEH-bezoek. Dit komt neer op €1,4 miljard aan vermijdbare ziekenhuiskosten, overbelaste SEH's én minder capaciteit bij ziekenhuizen om andere zorg toegankelijk te houden. Als we, volgens Actiz, ongeveer €700 miljoen investeren in de eerstelijns (wijkverpleging,

²⁹ Na een ingroeipad van 4 jaar

³⁰ Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen, Fluent in opdracht van Actiz, 18 januari 2018

eerstelijnsverblijf, specialisten ouderengeneeskunde) om de ouderen in de thuissituatie tijdig te ondersteunen, kan dit onnodige hospitalisatie van ouderen verminderen. Bijna 40% van de ouderen hoort wel thuis op de SEH. Zij hebben ook baat bij procesoptimalisering binnen het ziekenhuis, zoals betere afstemming tussen de klinisch geriater en specialist ouderengeneeskunde.

Ook mantelzorgers zijn een belangrijk deel van de keten, maar de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en mantelzorgers is nog niet optimaal. In 2014 was ongeveer 25-40% van de mantelzorgers ontevreden over de afstemming met de wijkverpleegkundige of thuiszorg (Figuur 17).³¹



Figuur 17. Ongeveer 25-40% van de mantelzorgers is ontevreden over de afstemming met de professionals in de wijk. Bron: Informele hulp: wie doet er wat? Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014.

In de evaluatie van de wijkverpleging uit 2017 geven mantelzorgers aan dat ze veelal vinden dat de wijkverpleging voor hen goed bereikbaar is en dat de hulp van de wijkverpleging goed aansluit op de hulp die ze zelf geven (4 op de 5 mantelzorgers geeft dit aan). Echte afstemming van de zorg tussen mantelzorgers en wijkverpleging vindt echter slechts in de helft van de gevallen plaats en bijna een kwart van de mantelzorgers geeft aan dat dit helemaal niet gebeurt. Twee derde van de mantelzorgers geeft wel aan dat de wijkverpleging goed met hen samenwerkt en dat de wijkverpleegkundige met hen overlegt als zaken niet goed lopen.³²

Verpleegkundigen kunnen bij het indiceren ondersteund worden door het normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. In het normenkader wordt onder

Wijkverpleegkundige: "Echt taken van de wijkverpleegkundige kunnen mantelzorgers niet overnemen, maar ik zoek als wijkverpleegkundige wel de samenwerking met de mantelzorgers. Dat kan bijvoorbeeld resulteren in boodschappen regelen, financiën regelen, een dagje uit regelen of gewoon hulp bij omkleden als ze toch in de buurt zijn."

³¹ Dit was voor de invoering van de Wmo in 2015. Zie ook: Informele hulp: wie doet er wat? Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014.

³² Evaluatie van de wijkverpleging Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals, NIVEL, september 2017.

andere aandacht besteed aan de samenwerking met de mantelzorger. Het indiceren en organiseren van zorg is gericht op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem. Hiervoor is kennis van, en overleg en afstemming met de cliënt en het cliëntsysteem noodzakelijk. Wijkverpleegkundigen geven aan dat bij het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid de volgende vragen centraal staan:³³

- 1) Wat wilt u, wat zijn uw persoonlijke doelen?
- 2) Welke problemen heeft u daarbij?
- 3) Hoe komt dat en wat kunt u zelf doen?
- 4) Wat kan de mantelzorg/familie/sociale steunsysteem doen?**
- 5) Wat kan de (wijk)verpleegkundige doen?

Uit onderzoek uit 2015 blijkt dat vooral hbo-opgeleide verpleegkundigen op de hoogte waren van de inhoud van dit normenkader en hiermee te werken.³⁴

Geïnterviewden geven daarnaast aan dat het vaak voorkomt dat de reden van de zorgvraag juist de overbelasting van de mantelzorgers betreft, waardoor ze de mantelzorgers niet kunnen activeren.

Wijkverpleegkundige: "Wat mij betreft hangt het af wat voor een mantelzorger ik voor mij heb. Het kan namelijk zijn dat ik te maken heb met een mantelzorger die fysiek de hulpvrager niet kan ondersteunen en eigenlijk de weg binnen de gezondheidszorg ook niet goed kent. Dat betekent dat ik diegene niet kan activeren ter ondersteuning van de zorg. Soms heb ik te maken met kinderen van ouderen, die probeer ik wel te activeren. Bijvoorbeeld om zaken binnen de gezondheidszorg of als contactpersoon bij de gemeente te regelen. Of wanneer zij hun vader/moeder thuis komen brengen ook even de steunkousen uit kunnen trekken of kunnen helpen met omkleden."

Er zijn trainingen rondom mantelzorgers, hoe met hen samen te werken en hoe je ze kan activeren. Geïnterviewden geven aan dat dit echter vaak een klein onderdeel is binnen een groter onderwerp, zoals de rol van de mantelzorger binnen terminale zorg. Deze trainingen zijn geen vast onderdeel binnen de opleiding van de verpleegkundige.

Wijkverpleegkundige: "Enkele keren komt het voor dat de mantelzorger meer tijd vraagt dan dat het oplevert. Het kan zijn dat de mantelzorger iets anders wilt dan de cliënt zelf (vaak bij een echtpaar). Hierdoor vertragen processen, moet je er vaker tijd en aandacht aan besteden en kan je niet efficiënt je doel bereiken. Ik heb 1 zo'n casus (op de 100 cliënten die ik in mijn wijk heb)."

³³ Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, V&VN, 2014.

³⁴ 71% van hen gaf aan (zeer) goed op de hoogte te zijn versus 43% van de mbo-opgeleide verpleegkundigen. Zie ook: Evaluatie van de wijkverpleging Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals, NIVEL, september 2017.

2.3.3 Het CIZ hanteert een (te) lange periode voor het afgeven van een indicatiebesluit

Een indicatie-aanvraag bij het CIZ duurt twee tot zes weken. Deze periode is lang voor ouderen die snel opgenomen moeten worden, waardoor er risico is op het ontstaan van een crisissituatie.

Case manager: "Als het CIZ sneller een indicatie zou stellen (nu ± zes weken), dan zou het minder vaak nodig zijn om een spoedopname aan te vragen."

Het CIZ is verantwoordelijk voor de indicatiestelling van de oudere. Hiervoor staat maximaal zes weken doorlooptijd (Figuur 18). Geïnterviewden geven aan dat het CIZ bijna altijd deze volledige zes weken gebruikt voor de indicatiestelling. Tijdens deze periode kan de toestand van een oudere dusdanig verslechteren dat de oudere in een crisissituatie belandt. De doorlooptijd van het CIZ zou volgens hen korter moeten zijn.

Dit gebeurt bijvoorbeeld al bij ouderen die in het ziekenhuis liggen en niet meer in staat zijn om naar huis terug te keren. De transferverpleegkundige vraagt – met toestemming van de patiënt – een Wlz-indicatie aan. Binnen twee werkdagen krijgt de oudere dan een indicatiebesluit en wordt zo snel mogelijk geplaatst in een beschikbaar huis (al dan niet het huis van voorkeur). De inschatting van de transferverpleegkundige is in de meeste gevallen correct. Het komt niet vaak voor dat het CIZ geen indicatie afgeeft wanneer deze wordt aangevraagd.³⁵



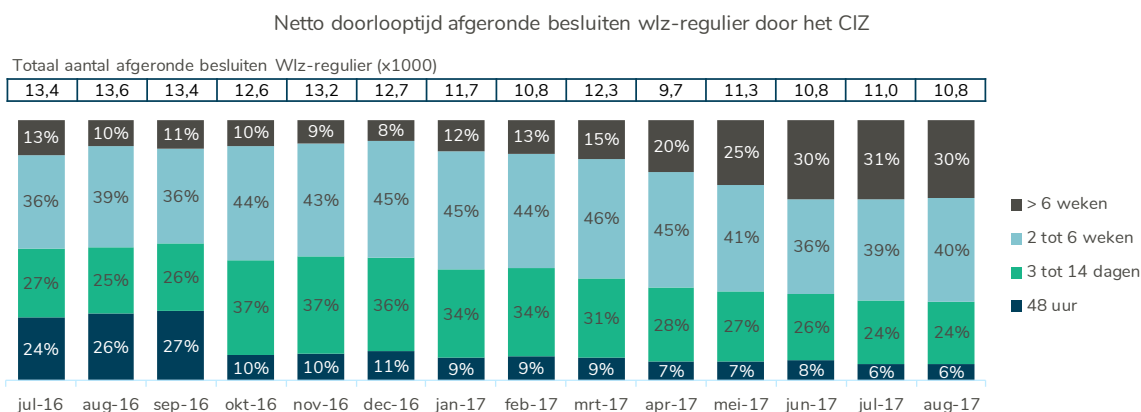
Figuur 18. Het CIZ hanteert in de huidige situatie een beslistijd van twee tot zes weken³⁶

Bij 30% van de reguliere Wlz-aanvragen is de netto doorlooptijd in augustus 2017 meer dan zes weken (Figuur 19).³⁷ Deze periode is lang voor een oudere die al tot op het laatste moment heeft gewacht met het aanvragen van een Wlz-indicatie.

³⁵ Volgens de geïnterviewde zorgverleners

³⁶ www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/o/overbruggingszorg-en-andere-transitieperioden-wlz

³⁷ Netto doorlooptijd is het aantal netto kalenderdagen tussen de aanvraagdatum en de datum waarop de aanvraag wordt afgerond. Bij de berekening van de netto doorlooptijd tellen dagen waarop gewacht wordt op (informatie van) derden en opschortende dagen niet mee. Bron: Jaarverslagen CIZ 2015 – 2017



Figuur 19. Bij 30% van de reguliere Wlz-aanvragen is de netto doorlooptijd in augustus 2017 meer dan zes weken



2.4 Regelgeving en beleid

Een laatste categorie knelpunten zit in de regelgeving en het gevoerde beleid:

- Door armoedeval zien ouderen mogelijk af van noodzakelijke zorg.
- Ouderen zonder Wlz-indicatie moeten soms buiten de regio opgenomen worden bij een crisissituatie.

2.4.1 Door armoedeval zien ouderen mogelijk af van noodzakelijke zorg

Zorgverleners geven aan dat ouderen soms geen indicatie aanvragen, terwijl dit wel nodig is, omdat ze de eigen Wlz-bijdrage niet willen betalen.³⁸ Ouderen ervaren het als een negatieve prikkel dat ze voor dezelfde (of zelfs minder uur) zorg moeten bijbetalen alleen omdat ze in een ander wettelijk kader terecht zijn gekomen. Dit kan tot zorgmijding leiden.

Een zorgprofessional vertelde bijvoorbeeld over een case waarbij een man zo boos was dat hij extra moest bijbetalen voor zijn zorg (na het ontvangen van een Wlz-indicatie), dat hij het aantal uren zorg die hij per maand ontving drastisch verlaagde. Doordat hij maar maximaal 20 uur per maand zorg ontving, betaalde hij slechts € 23,- per maand eigen

bijdrage. Maar iemand met een VV05-indicatie hoort normaal tussen de 66 en 80 uur per maand hulp en zorg bij het wonen te krijgen. De man ontving dus niet meer de hoeveelheid zorg die hij eigenlijk nodig had (hij had ook geen extra mantelzorg ingeschakeld).

Medewerker Zorgpartners Midden-Holland: "Mensen vinden het oneerlijk dat ze moeten bijbetalen in de Wlz. Zeker als ze dezelfde zorg krijgen."

Wijkverpleegkundige: "Die meneer kan het wel betalen, maar wil dat niet."

Hieronder werken we een voorbeeld uit ter illustratie van deze armoedeval. We geven eerst een korte omschrijving van de situatie. Daarna berekenen we de kosten voor de oudere en voor

³⁸ Voor zorg vanuit de Zvw geldt geen eigen bijdrage. Voor ondersteuning geleverd uit de Wmo geldt wel een eigen bijdrage.

Nederland in de verschillende scenario's (zie Bijlage 4 voor een onderbouwing van de financiële prikkels).

Omschrijving case

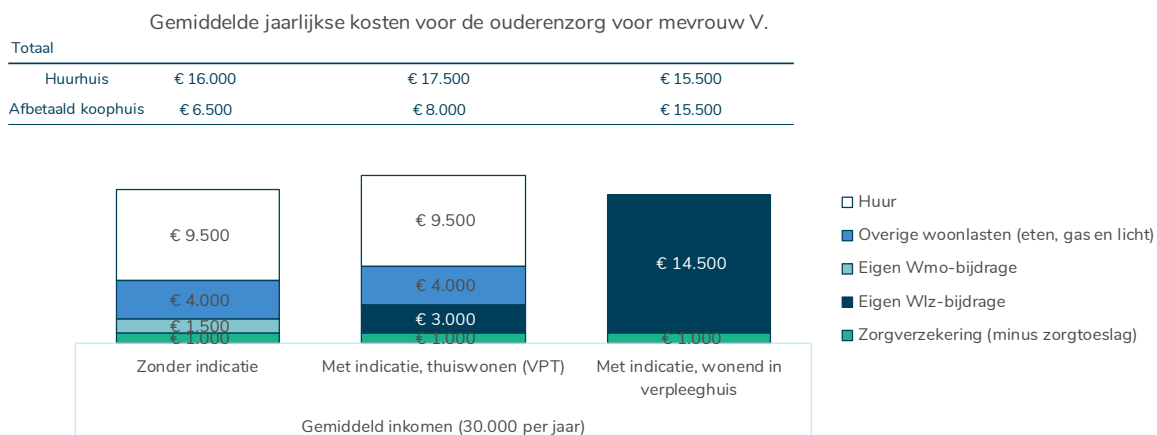
Mevrouw V. is een alleenstaande vrouw van 85 jaar. Ze maakt gebruik van de thuiszorg voor hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, gaat zes dagdelen per week naar de dagbesteding en ontvangt huishoudelijke hulp (scenario 1).³⁹ Mevrouw V. valt echter vaak en breekt op een dag haar pols. Ze wordt voor haar gebroken pols kortdurend opgenomen. Daar wordt geconcludeerd dat ze meer zorg en toezicht nodig heeft en wordt voor haar een Wlz-indicatie VV05 aangevraagd. Mevrouw V. kiest ervoor om thuis te blijven wonen. Doordat ze een Wlz-indicatie heeft, ontvangt ze nu de thuiszorg, dagbesteding en huishoudelijke hulp vanuit de Wlz. Ze moet een eigen bijdrage betalen voor de thuiszorg aan het CAK (scenario 2). Na verloop van tijd is de situatie thuis niet meer houdbaar en wordt mevrouw opgenomen in het verpleeghuis (scenario 3).

Met een Wlz-indicatie is mevrouw V jaarlijks meer kwijt aan dezelfde zorg dan zonder een indicatie. Als mevrouw V. eenmaal Wlz-zorg nodig heeft, dan is er juist een financiële prikkel om te verhuizen naar het verpleeghuis. Het verschil tussen geen indicatie, Volledig Pakket Thuis (VPT) en zorg met verblijf is sterk afhankelijk van de hoogte van de huur. We gaan er nu van uit dat mevrouw V. een woning huurt. Er zijn echter ook ouderen die een huis gekocht en afbetaald hebben.⁴⁰ Het verschil tussen geen indicatie en Wlz thuis (VPT) is voor hen gelijk als voor mensen met een huurhuis. Echter, bij opname moet de oudere met eigen huis een bijdrage betalen die deels is ter dekking van de woonlasten (Figuur 20).⁴¹ Zie Bijlage 4 voor een overzicht van de gemiddelde jaarlijkse kosten voor ouderen met een laag inkomen, een hoog inkomen en met een thuiswonende partner.

³⁹ Vanaf 2020 zal er voor de voorzieningen op grond van de Wmo 2015 een vast tarief per bijdrageperiode gelden (€ 17,50 per vier weken). De exacte vormgeving van het toekomstige abonnementsstarief wordt in samenspraak met gemeenten verder uitgewerkt. Zie ook de Kamerbrief 'Ontwerpbesluit, houdende wijziging van het Besluit langdurige zorg en het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 in verband met enkele maatregelen uit het regeerakkoord, Ministerie van VWS, 1 juni 2018.

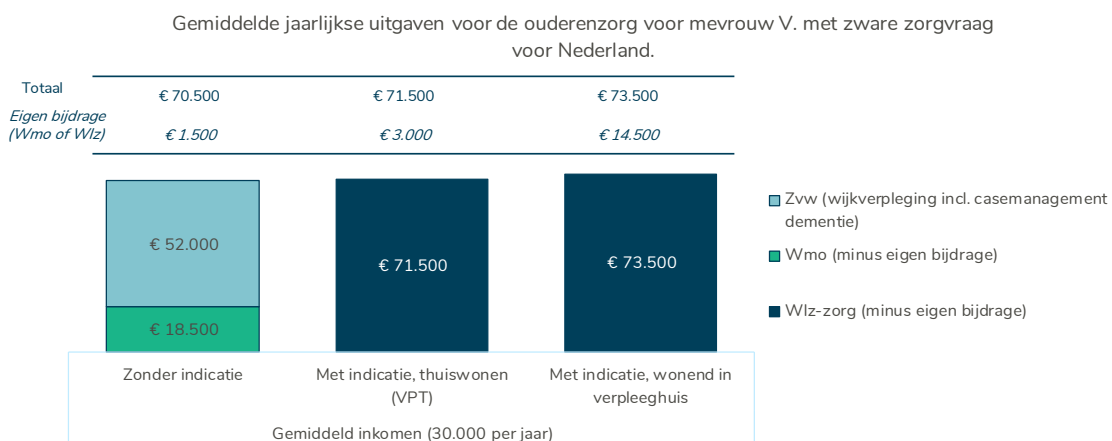
⁴⁰ Als deze ouderen hun huis verkopen als ze naar een verpleeghuis verhuizen, dan zal de opbrengst van het afbetaalde huis meewegen in de hoogte van de eigen bijdrage. Per 1 januari 2019 wordt de vermogensinkomensbijtelling (VIB) voor de eigen bijdragen in de Wlz en Wmo 2015 verlaagd (van 8% naar 4% van het vermogen).

⁴¹ Als een oudere een indicatie krijgt, dan betaalt hij/zij het eerste half jaar altijd een lage eigen bijdrage (ongeacht of de oudere in een verpleeghuis woont). We vergelijken hier met de periode daarna.



Figuur 20. Gemiddelde jaarlijkse uitgaven voor een oudere met gemiddeld inkomen.

Voor Nederland is er een prikkel om de geplande ouderenzorg voor een oudere met een zware zorgvraag thuis te leveren (vanuit de Zvw en Wmo of Wlz thuis; Figuur 21). Maar het verschil is niet heel groot. De uitgaven van intramurale zorg worden gedempt door de eigen bijdrage. Hierbij kijken we naar de uitgaven voor langdurige zorg, dus zonder (acute) medisch specialistische zorg.

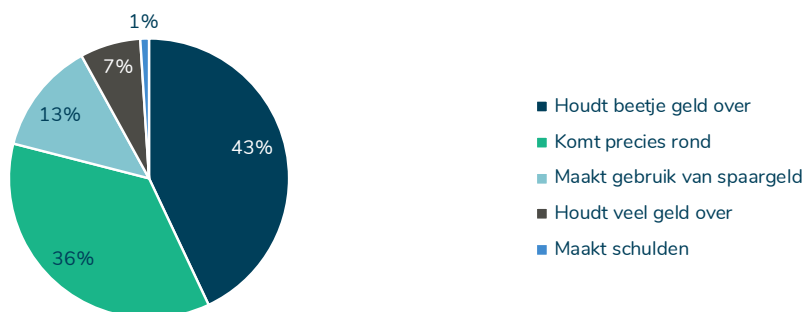


Figuur 21. Gemiddelde jaarlijkse uitgaven aan de geplande ouderenzorg voor mevrouw V. met een zware zorgvraag voor Nederland. Dit is exclusief eventuele ongeplande zorg, huisartsenzorg en medisch specialistische zorg. De uitgaven zijn op basis van maximum NZa tarieven.

Het is onduidelijk hoe groot het probleem van de 'armoedeval' is. Bijna 85% van de bewoners van een verpleeg- en verzorgingshuis komt namelijk rond na betaling van de eigen bijdrage (Figuur 22).⁴² De geïnterviewden geven wel allemaal aan dat bijbetalingen een belangrijke rol spelen bij de beslissing die mensen nemen.

⁴² SCP, Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, 2017

Financiële situatie van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen in 2015/2016



Figuur 22. Bijna 85% van de bewoners van een verpleeg- en verzorgingshuis komt rond na betaling van de eigen bijdrage. Bron: SCP, Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, 2017.

2.4.2 Ouderen zonder Wlz-indicatie moeten soms buiten de regio opgenomen worden bij een crisissituatie

In de wet is geregeld dat een oudere zonder Wlz-indicatie in een crisissituatie enkel opgenomen kan worden op een crisisbed, zelfs al zijn er dichterbij reguliere bedden vrij.

De algemene definitie van een crisisopname is een situatie waar onmiddellijke verlening van zorg noodzakelijk is volgens inschatting van de huisarts⁴³. Hieronder wordt verstaan:

- a) Een plotselinge wijziging in de gezondheidssituatie van een cliënt in de thuissituatie of van de informele hulp (wegvallen mantelzorg);
- b) die leidt tot een substantieel andere inhoud en omvang van de benodigde zorg (waarbij de verzwaarde zorgbehoefte naar verwachting blijvend is);
- c) waarbij het noodzakelijk is om opname binnen 24 uur (voor VV) in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's of ander gevaar voor de cliënt en/of zijn gezin en/of woonomgeving te voorkomen.

a), b) en c) cumulatief vormen de grondslag voor het gebruik van een crisisbed in de Wlz.

De uitgangspunten voor de VV crisiszorg zijn:

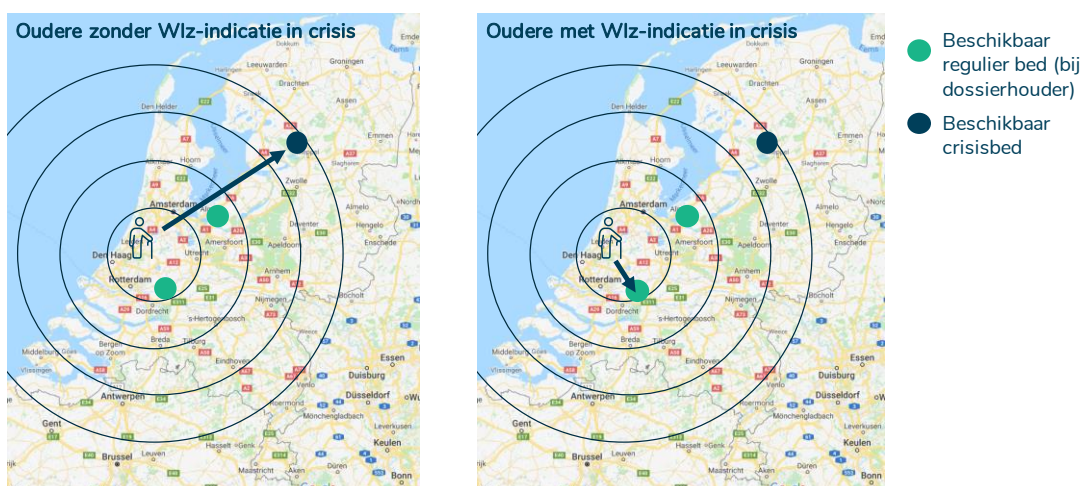
- Crisisopname heeft betrekking op de zorgvraag waarvoor plaatsing binnen een intramurale instelling met behandeling nodig wordt geacht.
- Crisisopname kan alleen plaatsvinden bij instellingen waarmee het zorgkantoor productieafspraken heeft gemaakt voor crisiszorg.
- Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende plaatsen die voldoen aan de kwaliteitsnormen en zorgt dat informatie over waar crisisplaatsen zijn ingekocht beschikbaar is.
- De crisiszorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het realiseren van passende zorg, zijn gemandateerd voor het beoordelen en plaatsen, en garanderen 24/7 bereikbaarheid voor intake in opname.

⁴³ Bijlage 6. Crisiszorg in de Wlz, ten behoeve van de zorginkoop langdurige zorg 2017, Zorgverzekeraars Nederland.

In de huidige situatie kan een oudere die nog geen Wlz-indicatie heeft in een crisissituatie, enkel opgenomen worden op een crisisbed. De huisarts vraagt een crisisplek aan bij de crisiszorgaanbieder in de regio. Deze aanbieder is verantwoordelijk voor het vinden van een crisisbed. Mocht de aanbieder zelf geen crisisbed meer beschikbaar hebben, dan zoekt de aanbieder naar het dichtstbijzijnde crisisbed. Dit kan een plek buiten de regio zijn, zelfs al zijn er reguliere bedden in de regio beschikbaar. Pas zodra de crisis bezworen is (na maximaal twee weken), wordt er gezocht naar een passende plaatsing voor de oudere zonder Wlz-indicatie.

Huisarts: "Vroeger ging het makkelijker om een spoed- of crisisbed aan te vragen en te vinden. Nu ben ik er soms een halve dag mee bezig. Tijd die ik ook aan andere patiënten had kunnen besteden."

Als een oudere me met een Wlz-indicatie in een crisissituatie terechtkomt, dan neemt de crisiszorgaanbieder eerst contact op met de dossierhouder. Als de dossierhouder een regulier bed beschikbaar heeft, dan wordt de oudere daar opgenomen. Enkel wanneer de dossierhouder geen plek beschikbaar heeft, gaat de crisiszorgaanbieder op zoek naar een beschikbare crisisplek (Figuur 23).



Figuur 23. Een oudere zonder indicatie in een crisissituatie kan enkel opgenomen worden op een crisisbed, zelfs al zijn er dichterbij reguliere bedden vrij en de situatie van de oudere dit toelaat

3 Actieagenda kwetsbare ouderen

Om de ouderenzorg in Nederland van hoge kwaliteit, betaalbaar en doelmatig te houden voor alle kwetsbare ouderen, zullen verschillende partijen in Nederland actie moeten ondernemen. In dit hoofdstuk werken we noodzakelijke acties uit per partij. Acties te nemen door:

- ouderen en familie
- professionals in de wijk
- gemeenten
- aanbieders van verpleeghuiszorg, waaronder Zorgpartners Midden-Holland
- zorgkantoren
- de overheid
- overige partijen

De symbolen voor elke actie geven aan voor welk knelpunt de actie een oplossing is.

3.1 Acties te nemen door ouderen en hun familie

Ouderen kunnen in Nederland zorg thuis of in een instelling krijgen. In beide gevallen kan een mantelzorger een deel van de zorg overnemen. Ouderen en hun familie zijn echter niet altijd goed op de hoogte van wat de ouderenzorg precies inhoudt in Nederland. Het is van belang om te investeren in kennis over de ouderenzorg bij ouderen en hun familie.



Maak tijdig gebruik van de verschillende opties die de gemeente biedt

Mantelzorgers raken steeds vaker overbelast. Als mantelzorgers tijdig gebruik maken van de verschillende opties van respijtzorg die de gemeente biedt, kunnen zij het leveren van de informele zorg mogelijk langer volhouden. Het is van belang om tijdig met de respijtzorg te beginnen, zodat de oudere en de mantelzorgers langzaam kunnen wennen aan het krijgen van extra ondersteuning en het in een later stadium (wanneer het echt nodig is) niet meer een grote overgang is (bijvoorbeeld bij een logeeropname in het verpleeghuis).



Ga kijken in het verpleeghuis

Veel ouderen en hun familie zien verhuizen naar het verpleeghuis als een negatieve stap. Het is van belang dat ouderen en hun familie de toegevoegde waarde van het verpleeghuis (h)erkennen, zodat ze niet (te) lang wachten met het aanvragen van een Wlz-indicatie. Het is aan verpleeghuizen om te investeren in de beeldvorming van verpleeghuiszorg, maar ouderen en hun familie zullen hier ook open voor moeten staan.

3.2 Acties te nemen door de professionals in de wijk (huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal wijkteam)

De ouderenzorg wordt (meestal) in eerste instantie thuis geleverd door professionals in de wijk, zoals de huisarts, de wijkverpleegkundige en het sociaal wijkteam. Deze professionals leveren gezamenlijk de zorg aan de ouderen, maar vanuit verschillende wettelijke kaders (Zvw, Wmo en Wlz). Hiervoor is het van belang dat de partijen goed communiceren met elkaar, zodat de oudere geen hinder ondervindt van de verschillende professionals en wettelijke kaders.



Geef ouderen en hun familie eenduidige voorlichting over het (het systeem van) ouderenzorg. Stem als zorgverleners de boodschap op elkaar af

Het systeem van de ouderenzorg is lastig te doorgronden voor ouderen en hun familie. Ouderen en hun familie zijn daardoor niet altijd goed op de hoogte van de mogelijkheden, maar ook niet van de verplichtingen van het systeem. Wat zijn de mogelijkheden, bijvoorbeeld bij het aanvragen van respijtzorg? Maar wat zijn daarnaast ook de risico's van te lang thuis blijven wonen? Door voorlichting te geven aan de ouderen en hun familie weten zij waar ze aan toe zijn.

We raden aan dat zorgverleners gezamenlijk informatiemateriaal maken. Zodoende krijgen ouderen niet van iedereen een ander verhaal te horen krijgen. Stem dus onderling de communicatie af.



Breng de mogelijkheid voor het aanvragen van respijtzorg onder de aandacht bij mantelzorgers

Mantelzorgers zijn niet altijd op de hoogte van de mogelijkheden van de verschillende opties van respijtzorg die de gemeente en/of het verpleeghuis bieden. Om mantelzorgers hiervan bewust te maken, is goed samenspel tussen de formele (huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal wijkteam) en informele zorg (mantelzorger) nodig. Als mantelzorgers tijdig gebruik maken van de mogelijkheden die respijtzorg biedt, kan deze langer zorg leveren aan de kwetsbare ouderen. Hierdoor kan de kwetsbare oudere langer thuis blijven wonen voordat hij of zij verhuist naar het verpleeghuis.

Respijtzorg moet een belangrijk thema zijn in de gezamenlijke communicatie. Het moet duidelijk zijn voor mantelzorgers hoe ze respijtzorg kunnen aanvragen en bij wie ze daarvoor terecht kunnen.



Maak afspraken met elkaar over welke professional welke handelingen voor ouderen thuis oppakt

De scheidslijn tussen de Wmo en Zvw is niet altijd scherp. Als voorbeeld noemen wijkverpleegkundigen vaak de ondersteuning bij voeding. Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de Wmo als de cliënt hulp nodig heeft bij het eten, maar uit de Zvw als de oudere niet zelfstandig kan

eten of er een hoog risico is op verstikking. Voor de oudere is dit onderscheid niet te maken, dat is de taak van de zorgverleners.⁴⁴

Zorg voor vaste aanspreekpunten van gemeenten en zorgverleners zodat die elkaar leren kennen. Dat is de basis om op elkaars oordeel aangaande de hoogte van de indicatie te leren vertrouwen. Met dat vertrouwen wordt veel papierwerk overbodig.

Versterk de samenwerking en afstemming met mantelzorgers

Mantelzorgers zijn belangrijke partners in de ouderenzorgketen. Ze pakken veel zorgtaken op, en zullen dit in de toekomst steeds meer gaan doen. Mantelzorgers worden echter nog niet als volledige ketenpartners gezien in de ouderenzorg. Professionals in de wijk kunnen meer investeren om de samenwerking en afstemming met mantelzorgers te optimaliseren. Dit kan bijvoorbeeld door een structureel beleid te voeren op het actief betrekken van mantelzorgers bij de zorg voor ouderen.

Voer periodiek, bijvoorbeeld elke zes weken, een rondetafelgesprek over kwetsbare ouderen in de wijk, zodat eventuele veranderingen snel opgemerkt worden

Nog niet in elke wijk vindt een multidisciplinair overleg over de kwetsbare ouderen in de wijk plaats. Naast huisartsen en wijkverpleegkundigen is het van belang dat ook gemeenten en welzijnsinstellingen aansluiten bij deze gesprekken. Zij zijn verantwoordelijk voor een deel van de zorg voor ouderen en krijgen zodoende zicht op ouderen die ze kunnen helpen. Huisartsen en wijkverpleegkundigen kunnen 'doorverwijzen' naar het sociaal domein en welzijnswerk.

Wees kritisch bij het aanvragen van een Wlz-indicatie

Voor een snelle doorloop is het van belang dat het CIZ kan vertrouwen op de eerste inschatting van zorgverleners of opname in een verpleeghuis echt nodig is. Zorgprofessionals maken de eerste inschatting of opname in een verpleeghuis echt nodig is voor de oudere.

3.3 Acties te nemen door gemeenten

Door de invoering van de Wmo zijn gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk voor een deel van de ouderenzorg. Gemeenten zijn onder andere verantwoordelijk voor de sociale voorzieningen in de wijk, hulp bij het huishouden, dagbesteding en mantelzorgondersteuning (zoals respijtzorg). Gemeenten zijn echter nog niet altijd volledig op deze relatief nieuwe taken ingespeeld. Ze kunnen meer investeren om het deel van de ouderenzorg dat onder hun verantwoordelijkheid valt goed te organiseren.

⁴⁴ Zie ook 'Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg' Juni 2017, Zilveren Kruis



Stel extra budget beschikbaar voor respijtzorg en zorg dat mantelzorgers op de hoogte zijn van de mogelijkheden

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning en waardering van mantelzorgers die ondersteuning bieden aan zorgbehoevende zonder Wlz-indicatie. Idealiter zorgen gemeenten ervoor dat de mogelijkheden van respijtzorg bekend zijn bij mantelzorgers, zodat zij hier ook (eerder) gebruik van maken. Uit de interviews blijkt dat er in sommige gemeenten echter een onder-uitputting van het Wmo budget is. Er is dus ruimte om mantelzorgers te ondersteunen door (extra) in te zetten op respijtzorg. Voor 2017 is €142,9 miljoen begroot voor mantelzorgondersteuning (3% van het totale Wmo-budget).⁴⁵ Dit bedrag is slechts een richtlijn. Gemeenten bepalen zelf hoe zij mantelzorgondersteuning vormgeven en hoeveel geld ze hiervoor beschikbaar stellen. Centraal uitgangspunt voor de besteding van de middelen is dat relevante partijen, zoals zorg- en welzijnsinstellingen en gemeenten, een goede samenwerking met en een adequate ondersteuning van de informele zorgverleners tot stand brengen, waardoor de individuele mantelzorger beter ondersteund kan worden.⁴⁶



Vergroot de aanwezigheid en toegang tot sociale voorzieningen in de wijk

De sociale voorzieningen in de wijk, zoals een buurthuis, vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Zorgprofessionals geven aan dat deze sociale voorzieningen in veel gemeenten de afgelopen jaren wegbezuinigd zijn. Gemeenten kunnen de kosten voor deze voorzieningen deels opvangen door een vergoeding te vragen voor toegang tot de sociale voorziening of het verzorgen van een maaltijd. Daarnaast moet duidelijk (en makkelijk te vinden) zijn waar deze sociale voorzieningen in de wijk zijn.



Neem de wooninitiatieven van de verpleeghuizen op in het woonbeleid voor de komende jaren en stem eventueel af met woningcorporaties

Verpleeghuizen, investeerders en woningcorporaties kunnen de komende jaren investeren in woningen in de nabijheid van verpleeghuizen, zodat er (24/7) laagdrempelige zorg thuis geleverd kan worden. Het is aan gemeenten om dit de komende jaren mogelijk te maken in het woonbeleid.

3.4 Acties te nemen door het verpleeghuis

Verpleeghuizen, zoals die van Zorgpartners Midden-Holland, zijn verantwoordelijk voor leveren van de Wlz zorg aan ouderen. Ze leveren deze zorg bij de ouderen thuis of in een verpleeghuis. Verpleeghuizen geven aan dat ouderen in steeds slechtere staat het verpleeghuis binnenkomen, bijvoorbeeld steeds vaker met een crisisopname. Verpleeghuizen kunnen verschillende acties

⁴⁵ <https://gemeenten.movisie.nl/doel/mantelzorg-versterken/beleid/financien>

⁴⁶ Bij de hervorming van de langdurige zorg zijn vier doelen geformuleerd waar deze middelen aan besteed dienen te worden: 1. Het op een innovatieve manier werk maken van de samenwerking tussen zorgprofessionals en mantelzorgers (o.a. met inzet van zorgaanbieders). 2. Het realiseren van een impuls aan mantelzorgondersteuning rond tijdelijke opnames door inspanningen van zorginstellingen (waaronder ziekenhuizen en revalidatiecentra). 3. Een hoger niveau van mantelzorgondersteuning door gemeenten zodat een integrale maatwerkbenadering vanaf 2015 mogelijk wordt. 4. Het realiseren van innovatieve projecten die de combinatie werk en mantelzorg op de werkvloer bevorderen. Zie ook kamerbrief Middelen wijkteams en informele zorg, Ministerie van VWS, 26 juni 2014.

ondernemen om ervoor te zorgen dat ouderen langer gezond thuis blijven wonen en op het juiste moment naar het verpleeghuis verhuizen.

Schep een positiever beeld van het verpleeghuis

Ouderen zien vaak op tegen verhuizen naar een verpleeghuis. Het verpleeghuis heeft juist veel goede dingen te bieden. Veel ouderen, en hun familie, zijn na verloop van tijd zeer tevreden over hun besluit te verhuizen naar een verpleeghuis. Het verpleeghuis kan deze positieve verhalen van bewoners en hun familie verspreiden. Bijvoorbeeld in wijkkranten of met een video over een cliënt in een van de verpleeghuizen van Zorgpartners Midden-Holland. Daarnaast kan het verpleeghuis duidelijk(er) maken dat meer dan de helft van de ouderen langer dan 1,5 jaar in een verpleeghuis woont. Het is voor veel ouderen dus echt een plek om te wonen.⁴⁷

Verduidelijk het stappenplan voor (crisis)opnames en breng dit onder de aandacht bij doorverwijzers

Het is niet bij alle ketenpartners duidelijk welke stappen ondernomen moeten worden bij een (crisis)opname in het verpleeghuis. Huisartsen maken het ook niet heel vaak mee. Verduidelijk het stappenplan, zodat het voor alle doorverwijzers duidelijk is hoe het proces van crisisopname verloopt, welke verantwoordelijkheden bij welke professional liggen en welke informatie nodig is. Het verpleeghuis kan dit stappenplan makkelijk toegankelijk maken via internet en onder de aandacht brengen door informatieavonden te organiseren voor huisartsen. Dit stappenplan kan het proces van crisisopname versoepelen, wat de verschillende professionals tijd scheelt (tijd die ze dan weer in de patiëntenzorg kunnen steken).

Het kan voorkomen dat alle spoedvoorzieningen in een regio bezet zijn. Het kost de huisarts dan veel tijd om een alternatief voor de oudere in een crisissituatie te organiseren. Het stappenplan gaat idealiter ook in op de benodigde stappen van deze alternatieve opties:⁴⁸

- Plaatsing buiten de regio
- Met spoed regelen van maximale thuiszorg
- Opname in een algemeen ziekenhuis of PAAZ/PUK/MPU

Geef voorlichting aan andere zorgprofessionals over (de hoogte van) de zorglevering in de Wlz

Zorgprofessionals raden kwetsbare ouderen soms af een Wlz-indicatie aan te vragen om zorginhoudelijke redenen. Men denkt dat er een afname in het aantal uren zorg is wanneer een oudere vanuit de Zvw naar de Wlz gaat (zogenoemde 'zorgval'). Analyse van de gegevens van Zorgpartners Midden-Holland toont aan er sprake is van een lichte zorgval, maar dat bij slechts 6% van de cliënten er een terugval van meer dan een half uur per dag is. In vrijwel alle gevallen wordt de benodigde zorg geleverd. Maak dit duidelijk aan de andere zorgprofessionals.

⁴⁷ ZorgCijfers Monitor, Zorginstituut Nederland, 2018.

⁴⁸ Zie ook: Handreiking Spoed-/crisisopnames in het verpleeghuis, Verenso 2013.



Verklein de kloof tussen zorg thuis en zorg in een verpleeghuis door laagdrempelige zorg thuis in de nabijheid van het verpleeghuis te bieden

Ouderen hebben behoefte aan laagdrempelige zorg dichtbij het verpleeghuis, zoals aanleunwoningen of andere manieren van kleinschalig wonen. Verpleeghuizen zullen de komende jaren meer kunnen investeren in zulke (nieuwe) woningen.



Pas het aantal verpleeghuisbedden aan op basis van een realistische toekomstscan

Ouderen staan lang op een wachtlijst voordat ze opgenomen kunnen worden in een verpleeghuis. Zorg dat er (ook) in de toekomst voldoende plekken beschikbaar zijn voor ouderen in het verpleeghuis. Hiervoor kan het verpleeghuis onderzoeken of er voldoende verpleeghuisbedden zijn in de regio en (indien nodig) investeren in nieuwe locaties of in het uitbreiden van bestaande locaties. Stem af met het zorgkantoor dat de capaciteit ook daadwerkelijk gebruikt wordt.

3.5 Acties te nemen door het zorgkantoor

Een zorgkantoor dient ervoor te zorgen dat een cliënt binnen redelijke termijn en binnen redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen, dan wel bij hem thuis, zorg ontvangt waarop de cliënt is aangewezen. Het zorgkantoor maakt hierover afspraken met verpleeghuizen. Als verpleeghuizen actie willen ondernemen om de ouderenzorg kwalitatief hoogstaand en toegankelijk te houden, dan zullen ze hierover afspraken maken met het regionale zorgkantoor.



Maak aanvullende afspraken over de zorglevering bij cliënten waar sprake is van een grote zorgval

Er is onduidelijkheid over de hoogte van de zorglevering in de Wlz. Een eerste analyse van de gegevens van Zorgpartners Midden-Holland toont aan dat er bij hen sprake is van een lichte zorgval. Bij 6% van de cliënten is er een terugval van meer dan een half uur per dag. Voor deze cliënten kunnen zorgkantoor en verpleeghuis aanvullende afspraken maken, zodat de cliënt wel de benodigde zorg ontvangt.



Maak met verpleeghuizen langere termijn afspraken over de bekostiging en vulling van nieuwe bedden

Om de wachttijden voor opname te verminderen, zal het verpleeghuis onderzoeken of er voor de toekomst voldoende verpleeghuisbedden zijn in de regio. Indien nodig investeert het verpleeghuis in nieuwe locaties of in het uitbreiden van bestaande locaties. Zonder lange termijn afspraken met het zorgkantoor loopt een organisatie grote risico's over haar investeringen, waardoor ze deze mogelijk uitstelt of niet maakt.

3.6 Acties te nemen door de overheid

Het is van belang dat de overheid de wetgeving geen barrière laat zijn voor ouderen om de benodigde (Wlz-)zorg aan te vragen en hier actie op onderneemt.



Zorg dat ouderen geen financiële drempel ervaren bij het aanvragen van een Wlz-indicatie

Aanbieders geven aan dat ouderen soms te lang wachten met het aanvragen van een indicatie, ze wachten tot het eigenlijk niet meer gaat thuis. Vrijwel alle geïnterviewden wijzen op de zogenoemde 'armoedeval'. Als de oudere een Wlz-indicatie krijgt, dat moet de oudere een eigen bijdrage betalen. Veel ouderen willen dat zo lang mogelijk uitstellen. Deze prikkel is het sterkst in de periode dat de oudere nog thuis woont met een Wlz-indicatie en op de wachtlijst staat voor het verpleeghuis. De oudere moet dan voor dezelfde hoeveelheid zorg die voorheen zonder eigen bijdrage door de Zvw werd gedekt, onder de Wlz wel bijbetalen. Als de overgang naar de Wlz (en bijbehorende eigen bijdrage) samenvalt met de daadwerkelijke opname in een instelling en niet met het plaatsen op de wachtlijst, dan verdwijnt deze negatieve prikkel, althans als het iemand is met een huurhuis. Iemand met een afbetaald koophuis krijgt ineens veel meer kosten. In de kamerbrief over de verkenning van de zorgval wordt deze actie ook als mogelijke oplossing benoemd:⁴⁹

“Het kan ook gaan om oplossingen, waarbij de toegang tot de Wlz anders georganiseerd wordt. Bijvoorbeeld door de overgang naar de Wlz te laten samenvallen met de daadwerkelijke opname in een Wlz instelling en niet met het plaatsen op de wachtlijst van een Wlz instelling. Moeilijk uitlegbare verschillen in eigen bijdragen en uren zorg zijn dan niet langer aan de orde.”

Hiervoor is het nodig om een deel van het budget van de Wlz naar de Zvw en Wmo te alloceren. De overbruggingszorg wordt dan uit die budgetten gefinancierd. Het budget moet overgeheveld worden tussen de wettelijke kaders. Daarnaast is het van belang om de impact op de hoogte van de eigen Wlz-bijdrage te berekenen, omdat de eigen bijdrage in de VPT en (Modulair Pakket Thuis (MPT) voor (actief) wachtenden op de wachtlijst vervalt. Ouderen moeten niet door een verhoogde eigen bijdrage afzien van noodzakelijke zorg.

Een andere oplossing is om een eigen bijdrage voor de wijkverpleging in de Zvw te vragen, zoals ook het geval is met Wmo-zorg. Hierdoor wennen ouderen aan het idee dat ze voor ouderenzorg een eigen bijdrage moeten betalen en is het verschil tussen Zvw en Wlz kleiner.

De minister breidt als tijdelijke oplossing de overbruggingszorg vanaf 1 juli 2018 op twee punten uit.⁵⁰ Ten eerste wordt de overbruggingszorgperiode uitgebreid van zes naar dertien weken. Daarnaast mogen alle ouderen met een Wlz-indicatie gebruik maken van deze regelingen. In de huidige situatie kunnen alleen ouderen die urgent opgenomen moeten worden en geen voorkeur voor een instelling hebben (actief wachtenden) gebruik maken van extra overbruggingszorg.



Maak het in bepaalde situaties mogelijk voor ouderen zonder Wlz-indicatie om bij een crisissituatie opgenomen te worden op een regulier bed

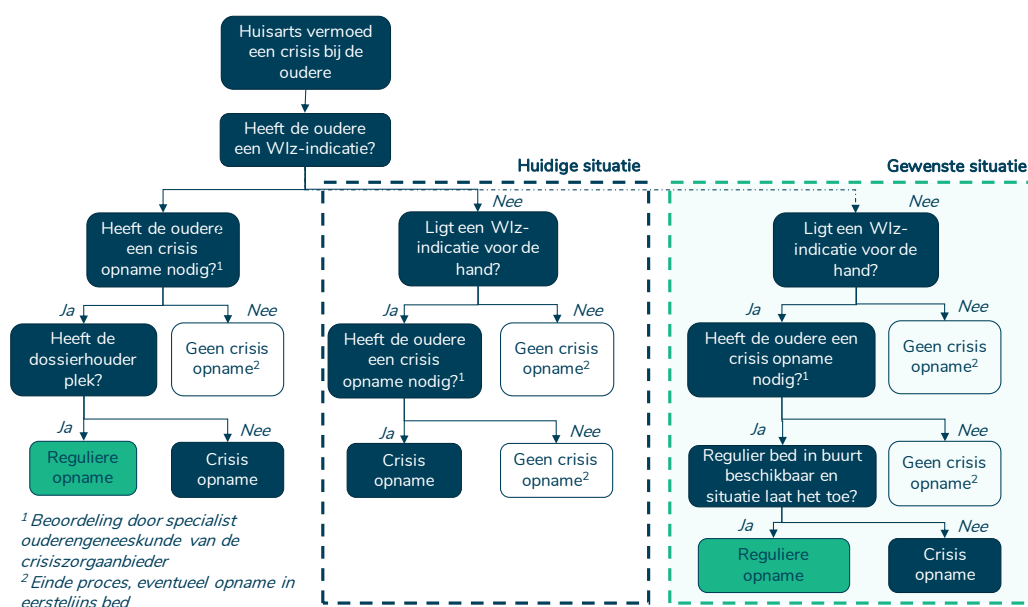
Geïnterviewden geven aan dat een deel van de ouderen in crisissituatie in principe ook op een regulier bed opgevangen kan worden, bijvoorbeeld bij ouderen waarbij sprake is van een

⁴⁹ Kamerbrief Route verkenning zorgval, Ministerie van VWS, 29 januari 2018.

⁵⁰ Kamerbrief Oplossingen voor de zorgval, Ministerie van VWS, 16 mei 2018.

crisissituatie door een somatische zorgvraag. We stellen voor om het voor een deel van deze groep ouderen ook mogelijk te maken om opgenomen te worden op een regulier bed bij een crisissituatie (Figuur 24).

Het is echter lang niet bij alle ouderen in een crisissituatie zonder Wlz-indicatie mogelijk om op een regulier bed opgenomen te worden in een crisissituatie, vooral niet als de crisissituatie ontstaat op basis van het gedrag. De patiënt vertoont dan bijvoorbeeld zwaar verward of agressief gedrag vanwege dementie. Zij willen vaak niet vrijwillig naar een verpleeghuis en worden met verzet (door middel van een IBS of RM) opgenomen. Ze hebben 24/7 toezicht en tijd nodig om tot rust te komen voordat ze naar een reguliere plek kunnen verhuizen. Voor deze ouderen blijft de regelgeving voor een crisisopname gelijk.



Figuur 24. Huidige en gewenste situatie bij een mogelijke crisisopname

Een groot nadeel van het aanpassen van deze regelgeving is dat het reguliere systeem mogelijk verstoord wordt. Ouderen die via een wachtlijst naar een verpleeghuis willen verhuizen moeten geen extra wachttijd of hinder ondervinden door deze actie. Om dit te garanderen moet er rekening gehouden worden met drie belangrijke randvoorwaarden:

- Ouderen die actief wachtend op een wachtlijst staan voor een verpleeghuis moeten niet de dupe worden van ouderen in een crisissituatie die voorgaan. Er moet voldoende capaciteit beschikbaar zijn in de verpleeghuizen, zodat actief wachtende ouderen niet te maken krijgen met (nog langere) wachtlijsten.
- Toekomstig geplande opnames op reguliere bedden moeten niet verstoord worden. Vaak worden opnames voor maandag al op vrijdag gepland. In het weekend zijn deze bedden echter officieel nog 'leeg'.
- Het woonmilieu van ouderen die al in een verpleeghuis verblijven moet niet teveel verstoord worden. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een minder populaire locatie meer reguliere plekken vrij heeft. Het is dan niet de bedoeling dat deze vrije plekken telkens ingezet worden voor

ouderen met een crisis. Als er te vaak een oudere met een crisis wordt geplaatst, dan heeft dit een negatief effect op de woonbeleving van de al opgenomen ouderen.

Het mogelijk maken om een oudere zonder een Wlz-indicatie op een regulier bed op te nemen (wanneer de situatie dat toelaat) heeft de volgende voordelen:

- Een opname in huis in de buurt kan het onnodig verplaatsen van een cliënt en opname in een niet-voorkeursinstelling voorkomen.
- Ouderen kunnen vaak dichtbij hun familie blijven. In de huidige situatie kan er enkel naar beschikbare crisisbedden gekeken worden. Mochten die dichtbij vol zitten, dan zoekt men buiten de regio.

Nadat de regelgeving is aangepast, kunnen ook zorgaanbieders en zorgkantoren hun contracten en werkwijze hierop aanpassen.

3.7 Acties te nemen door overige partijen

Werkgevers: Toon begrip en maak het leveren van mantelzorg bespreekbaar op het werk

Maak afspraken dat mantelzorgers gebruik maken van hun wettelijk recht op verlof, zodat ze bijvoorbeeld bij onverwachte zorgmomenten niet altijd vakantiedagen op hoeven te nemen. Werkende mantelzorger kunnen gebruikmaken van verschillende verlofregelingen: het calamiteitenverlof, kortdurend zorgverlof of langdurend zorgverlof. Elke werknemer heeft hier recht op, al kunnen er in de CAO afwijkende afspraken of voorwaarden zijn.

CIZ: Breng duur van indicatie-aanvraag terug

Een indicatie-aanvraag bij het CIZ duurt twee tot zes weken. Deze periode is lang voor ouderen die snel opgenomen moeten worden, waardoor er risico is op het ontstaan van een crisissituatie. Vertrouw op de inschatting van de zorgprofessionals, werk vanuit een basis van vertrouwen. Evalueer achteraf of een zorgverlener de juiste inschatting had gemaakt en koppel dit terug.

4 Bijlagen

Bijlage 1. Geïnterviewde zorgverleners

We hebben gesproken met de volgende zorgverleners:

- Bart Smit – Directeur huisartsencoöperatie
- Debby Bette – Wijkverpleegkundige
- Eline Anker – Wijkverpleegkundige
- Gerard van Zweden – Manager thuiszorg Zorgpartners Midden-Holland
- Hans van Krimpen – Huisarts in Ouderkerk aan de IJssel
- Heidy Germeraad – Zorgadministrateur KlantServiceCentrum Zorgpartners Midden-Holland
- Ikram Azzay – Medewerker Prinsenhof Zorgpartners Midden-Holland
- Ingrid Vergeer – Praktijkondersteuner
- Irien Groenendijk - Wijkverpleegkundige
- Jannie Maaijen – Huisarts in Waddinxveen
- Judith Vervoort-Hogervorst – Praktijkondersteuner
- Petra Dekker – Directeur Prinsenhof Zorgpartners Midden-Holland
- Petra Vane – Casemanager dementie
- Toos Verheij – Transferverpleegkundige
- Trudy Deelman – Klantconsulent Zorgpartners Midden-Holland

Bijlage 2. Projectgroep Zorgpartners Midden-Holland

We zijn vijf keer bij elkaar gekomen met een projectgroep van Zorgpartners Midden-Holland om de resultaten te bespreken en de bevindingen te toetsen. In de projectgroep namen de volgende personen deel:

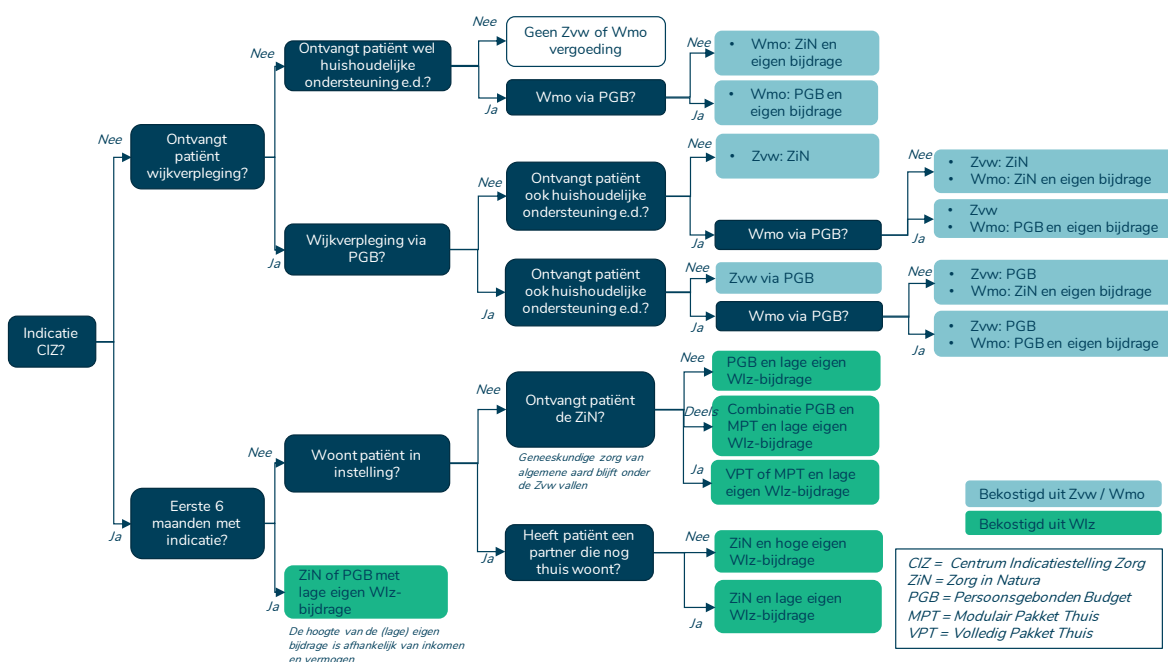
- Margot van der Starre – voorzitter Raad van Bestuur
- Peter Noordam - Manager bedrijfsvoering
- Peter van der Wel - Bestuursadviseur
- Heidy Germeraad - Zorgadministrateur KlantServiceCentrum
- Trudy Deelman - Klantconsulent
- Bernadette Kolmer - Coach KlantServiceCentrum & Financiële afdeling

Bijlage 3. Omschrijving veld ouderenzorg

In deze bijlage gaan we kort in op het veld van de ouderenzorg. Eerst bespreken we de bekostiging – uit welke wet wordt de zorg bekostigd? – en de financiering – op welke manier komt het geld bij de zorgaanbieders terecht? Daarna gaan we in op de verschillende spelers in de ouderenzorg.

Financiering en bekostiging van de ouderenzorg

De zorg⁵¹ voor ouderen wordt uit 3 wetten bekostigd, afhankelijk van de aanwezigheid van een Wlz-indicatie. Voordat de oudere een Wlz-indicatie heeft, ontvangt deze de zorg uit de Zvw en de Wmo. Met een Wlz-indicatie ontvangt de oudere de zorg uit de Wlz. De manier van financieren is afhankelijk van de woonsituatie en de keuze voor een zorgvorm. Per combinatie van bekostiging en financiering verschilt de eigen bijdrage die de oudere moet betalen. In onderstaande paragrafen werken we de verschillende opties verder uit. Figuur 25 is een overzicht van alle mogelijke opties.



Figuur 25. Mogelijke opties van financiering en bekostiging in de ouderenzorg

De manier van financieren is afhankelijk van de woonsituatie en de keuze voor een zorgvorm. Een oudere kan kiezen om een aangewezen partij (zorgverzekeraars, gemeente of het zorgkantoor) de zorg voor hem of haar in te kopen (zorg in natura; ZIN). De oudere kan ook zelf de zorg inkopen via een persoonsgebonden budget (PGB – geldstroom loopt via de Sociale Verzekeringsbank). Hieronder leggen we uit wat de verschillende soorten overeenkomsten inhouden (zie ook Tabel 1).

⁵¹ Als we het over zorg hebben, spreken we specifiek over ouderenzorg. Als een oudere met een Wlz-indicatie zorg in het ziekenhuis ontvangt – met een medisch specialist als hoofdbehandelaar – dan valt de zorg onder de Zvw en niet de Wlz.

Leveringsvorm	Soort pakket	Woon-situatie	Aantal zorgaanbieders	Afspraken beschreven in	Betaling zorgaanbieders	Vergoeding woning	Vergoeding maaltijden en dagbesteding	Eigen bijdrage Wlz
Persoons-gebonden Budget (PGB)*	PGB	Thuis	Eén of meerdere Wlz-aanbieders	Zorgverlenings-overeenkomst	Via SVB	Niet in pakket	Niet in pakket	Laag
Combinatie	Modulair Pakket Thuis en PGB	Thuis	Eén of meerdere Wlz-aanbieders	Zorgplan en zorgverlenings-overeenkomst	Via zorgkantoor en SVB	Niet in pakket	Niet in pakket	Laag
Zorg in Natura	Modulair Pakket Thuis	Thuis	Eén of meerdere Wlz-aanbieders	Zorgplan	Via zorgkantoor	Niet in pakket	Niet in pakket	Laag
	Volledig Pakket Thuis	Thuis	Eén Wlz-aanbieder levert alle zorg	Zorgplan	Via zorgkantoor	Niet in pakket	Vergoed	Laag
	Zorg met verblijf	Instelling	Instelling levert alle zorg	Zorgplan	Via zorgkantoor	Vergoed	Vergoed	Laag of Hoog

* Een PGB kan ook gebruikt worden om zorg in de Zvw of Wmo in te kopen.

Tabel 1. Overzicht mogelijke soorten leveringsvormen in Wlz

Persoonsgebonden Budget

Als de oudere thuis woont, kan deze kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB)⁵². De oudere koopt dan zelf de zorg in bij één of meerdere Wlz-aanbieders. Bij een PGB ontvangt de oudere een budget van de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Samen de SVB stelt de oudere een zorgverleningsovereenkomst op. De woning, maaltijden en dagbesteding zitten niet in het pakket. De oudere betaald een lage eigen Wlz-bijdrage. De hoogte van de lage eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen en vermogen van de oudere.

Zorg in Natura

Een oudere kan er ook voor kiezen om de contractering van de aanbieders over te laten aan de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Dit kan via een Modulair Pakket Thuis (MPT), via een volledig Pakket Thuis (VPT) of met zorg met verblijf:

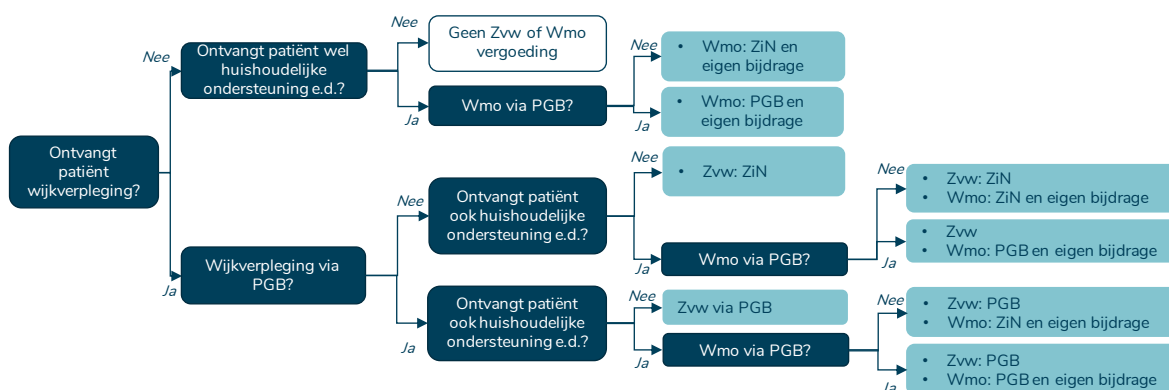
- Bij een MPT kiest de oudere welke onderdelen van het zorgpakket hij of zij thuis wilt ontvangen. De zorg wordt geleverd door één of meerdere aanbieders. De oudere kan er ook voor kiezen om bepaalde zorg niet te kiezen, bijvoorbeeld omdat hij of zij deze zorg zelf wil inkopen met een PGB. De afspraken staan beschreven in het (deel)zorgplan. Onder de zorg valt bijvoorbeeld: verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, Wlz-behandeling, vervoer naar behandeling, logeeropvang en huishoudelijke hulp. Voor MPT geldt een lage eigen bijdrage. De hoogte van de lage eigen bijdrage hangt af van het inkomen en vermogen van de oudere.
- Bij een VPT ontvangt de ouderen thuis dezelfde zorg als bij de MPT, inclusief een vergoeding voor maaltijden en dagbesteding. De zorg wordt geleverd door één aanbieder. Voor VPT geldt tevens een lage eigen bijdrage.

⁵² Een PGB kan ook gebruikt worden om de zorg in de Zvw of Wmo in te kopen

- Bij zorg met verblijf, verblijft de oudere in een Wlz-instelling. Eén aanbieder (de instelling) levert de zorg en regelt het verblijf. De eerste zes maanden geldt een lage eigen bijdrage⁵³, daarna een hoge eigen bijdrage. Als de oudere nog een partner heeft die thuis woont, blijft de oudere een lage eigen bijdrage gelden. De hoogte van de lage en hoge eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen en vermogen van de oudere.

Zorg voor ouderen zonder Wlz-indicatie

Voordat een oudere een Wlz-indicatie ontvangt, krijgt de oudere vaak al zorg thuis, zoals wijkverpleging en huishoudelijke ondersteuning. Deze zorg wordt bekostigd uit de Zvw en Wmo (Figuur 26). De zorg wordt ingekocht via een PGB of via ZiN.



Figuur 26. Mogelijke soorten zorgvormen voor ouderen zonder Wlz-indicatie

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de bekostiging van de zorg uit de Zvw. De oudere betaalt hiervoor een eigen risico. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de bekostiging van de huishoudelijke ondersteuning vanuit de Wmo. Hiervoor betaald de oudere een eigen bijdrage.⁵⁴ Deze eigen bijdrage is afhankelijk van het vermogen en inkomen van de oudere. De eigen bijdrage heeft geen maximum, maar is nooit meer dan de periodebijdrage⁵⁵.

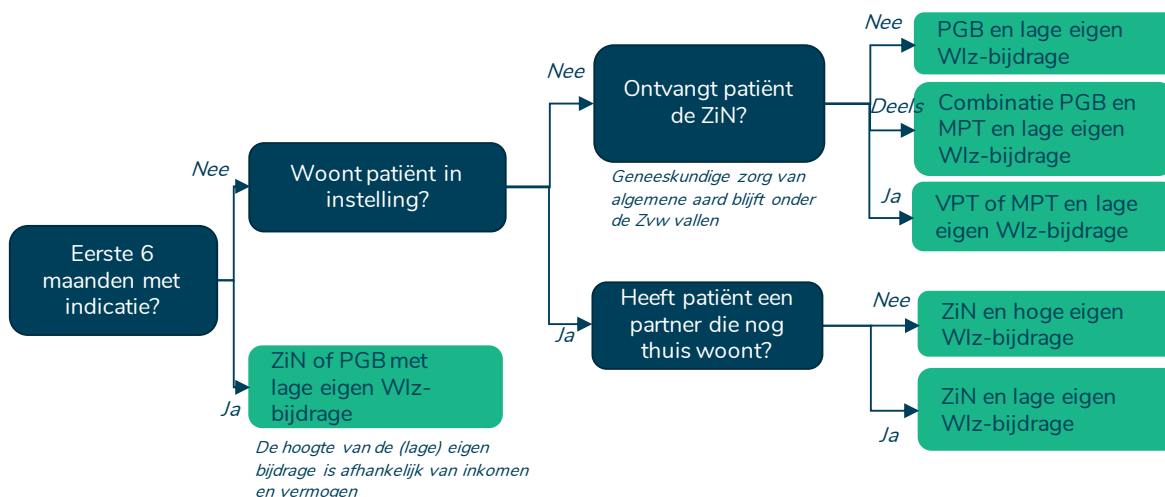
Zorg voor ouderen met Wlz-indicatie

Als een oudere blijvend intensieve zorg nodig heeft, dan komt de oudere in aanmerking voor zorg vanuit de Wlz. De oudere vraagt een Wlz-indicatie aan bij het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ; Figuur 27). De zorg wordt ingekocht via een PGB, via ZiN of door een combinatie van beiden.

⁵³ Per 1 januari 2019 wordt de overgangstermijn verkort van zes naar vier maanden. Zie ook de Kamerbrief Oplossingen voor de zorgval, Ministerie van VWS, 16 mei 2018.

⁵⁴ Per 1 januari 2020 wordt een abonnementstarief van € 17,50 per periodebijdrage voor huishoudens die gebruikmaken van de Wmo-voorzieningen geïntroduceerd. Zie ook de Kamerbrief Oplossingen voor de zorgval, Ministerie van VWS, 16 mei 2018.

⁵⁵ De maandelijkse kosten voor de Wmo-zorg



Figuur 27. Mogelijke soorten zorgvormen voor ouderen met Wlz-indicatie

Het regionale zorgkantoor bekostigt de zorg uit de Wlz. De oudere betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage hangt af van de soort overeenkomst en het eigen vermogen/ inkomen. Als de oudere zorg thuis ontvangt, dan blijft de huisartsenzorg onder de Zvw vallen. De oudere kan ingeschreven blijven staan bij zijn eigen huisarts. Als de oudere zorg in een instelling ontvangt, dan wordt de huisartsenzorg uit de Wlz bekostigd (de huisarts is dan niet de hoofdbehandelaar). De huisarts brengt de kosten voor de geleverde zorg niet bij de verzekeraar maar bij de Wlz-aanbieder in rekening.⁵⁶ Moet de oudere voor een behandeling naar het ziekenhuis, dan valt deze zorg onder de Zvw, want de medisch specialist is dan de hoofdbehandelaar.

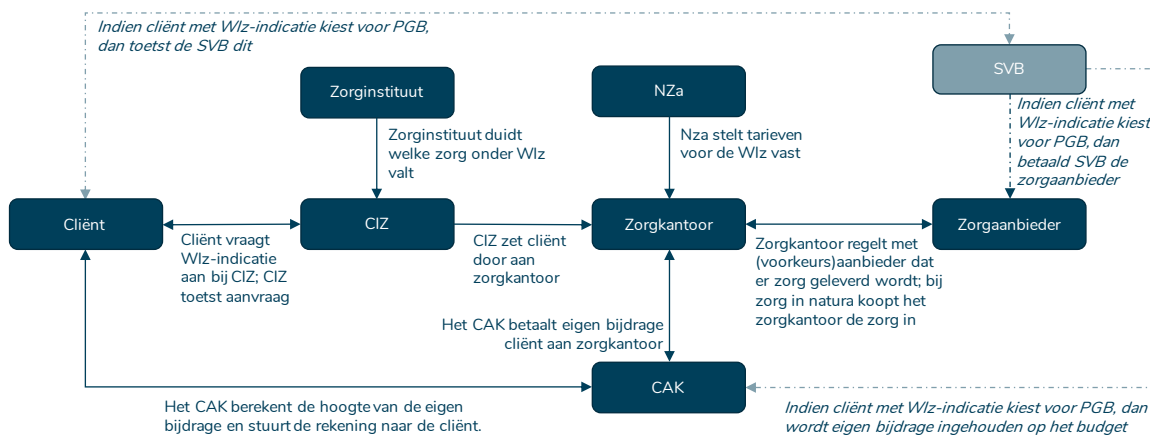
Spelers in de Wlz

Er zijn verschillende spelers betrokken bij de indicatiestelling en het leveren van de Wlz-zorg aan de oudere (Figuur 28):

- **De oudere** vraagt een indicatie aan bij het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ).
- **Het CIZ** is verantwoordelijk voor de indicatiestelling van de oudere. Het CIZ bepaalt het zorgprofiel dat past bij de zorgbehoefte van de oudere.
- **Het zorgkantoor** bepaalt de hoogte van het budget dat hoort bij het zorgprofiel. Daarnaast heeft het zorgkantoor een zorgplicht. Het zorgkantoor draagt verantwoordelijk dat de oudere binnen een redelijke termijn en op redelijke afstand waar hij of wenst te gaan wonen, dan wel bij hem thuis, de zorg krijgt waarop hij is aangewezen. Het zorgkantoor regelt met de voorkeursaanbieder van de oudere dat er (overbruggings)zorg geleverd wordt.
- **De (voorkeurs)aanbieder** geldt als dossier- en budgethouder, ook al levert deze de zorg zelf niet.
- **Het Centraal Administratiekantoor (CAK)** berekent de hoogte van de eigen bijdrage van de oudere en brengt deze in rekening bij de oudere.
- **Het Zorginstituut** geeft duiding welke zorg onder de Wlz valt

⁵⁶ Factsheet Huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie, LHV.

- De **NZa** stelt de maximumtarieven die gelden in de Wlz vast
- Indien de ouderen kiest voor een PGB, dan toetst de **Sociale Verzekeringsbank (SVB)** het zorgplan en betaald de gekozen zorgaanbieders.



Figuur 28. Partijen betrokken bij indicatiestelling en levering van Wlz-zorg.

Bijlage 4. Uitwerking financiële prikkels

4.1.1 Aannames case

- Alleenstaande vrouw van 85 jaar met zorgprofiel VV05 en een gemiddeld inkomen/vermogen (30.000 per jaar)⁵⁷
- Zorg uit Zvw en Wmo:
 - Verhouding tussen verpleging en verzorging in de Zvw = 25%/ 75%⁵⁸
 - Aantal uur wijkverpleging = 15,4 uur per week (2,2 uur per dag voor een zware zorgvraag, verspreid over 3 bezoeken per dag)⁵⁸
 - Huishoudelijke ondersteuning (7 broodmaatlijden, licht huishoudelijk werk, zwaar huishoudelijk werk en de was doen) = gemiddeld 6,45 uur per week^{59,60}
 - Dagelijkse organisatie van het huishouden en Psychologische begeleiding = 1 uur per week.⁵⁹
 - Dagbesteding = 3 dagen (6 dagdelen)⁶¹
 - Eigen risico reeds volledig opgemaakt aan andere zorg⁶¹
 - Casemanagement dementie = 0,8 uur per week (50 cliënten per 1 FTE a 40 uur) voor 72,- uur per uur^{62, 63, 64}

⁵⁷ Inkomenspositie ouderen, SEO september 2017

⁵⁸ Op basis van gegevens Zorgpartners Midden-Holland, projectervaring SiRM en Onderzoek bekostiging wijkverpleging, Gupta, Januari 2016

⁵⁹ <http://decentrale.regelgeving.overheid.nl/cvdr/images/Littenseradiel/i186547.pdf>

⁶⁰ www.gouda.nl/dsresource?objectid=f058be6a-837a-4562-972f-e15f054603e2&type=org

⁶¹ Uit interviews

⁶² www.zorgnetwerkmkb.nl/sites/default/files/u11/Casemanagement_dementiezorg_Huijsman_170720.pdf

⁶³ www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/standpunt-casemanagement.pdf

⁶⁴ www.zorgnetwerkmkb.nl/sites/default/files/u11/Casemanagement%20dementie.%20Beleid%202017-2018.pdf

- Kosten woning en eten:
 - Gemiddelde huurprijs Nederland: € 10 per m²⁶⁵
 - Gemiddelde grootte woning: 80 m² voor een ouderen met een gemiddeld inkomen^{66, 67}
 - Gas en licht: € 120 per maand⁶⁸
 - Eten en drinken: € 6,73 per dag⁶⁹

4.1.2 Uren en tarieven

- Zvw:⁷⁰
 - Gemiddeld tarief verpleging: € 80,74 per uur
 - Gemiddeld tarief verzorging: € 54,54 per uur
- Wmo:⁷¹
 - Tarief dagbesteding: € 28,16 per dagdeel
 - Retourrit dagbesteding: € 10
 - Tarief huishoudelijke ondersteuning: € 25,35 per uur
- Wlz – VV05:
 - Tarief VPT: € 200,71 per dag⁷²
 - 3 dagen vervoer naar dagbesteding (6 dagdelen): € 7,05 per dag
 - Tarief zorg met verblijf: € 240,99 per dag⁷³
 - 16,5 tot 20,0 uur per week hulp en zorg bij het wonen (gemiddeld 18,25 uur).
 - Eigen bijdrage naar inkomen:⁷⁴

Eigen bijdrage per maand	Wlz - Zonder verblijf	Wlz - Met verblijf	Wmo
Laag inkomen (12.000 per jaar)	€ 162	€ 317	€ 18
Gemiddeld inkomen (30.000 per jaar)	€ 250	€ 1.190	€ 138
Hoog inkomen (60.000 per jaar)	€ 500	€ 2.266	€ 427

Tabel 2. Overzicht eigen bijdrage per maand naar inkomensniveau oudere

⁶⁵ www.nvm.nl/marktinformatie/huurmarkt

⁶⁶ Vergrijzing en extramuralisering op de woningmarkt, RIGO Research en Advies 2016 Senioren en groepen met beperkingen

⁶⁷ Wonen in beweging. De resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2015

⁶⁸ Op basis van inschatting verschillende leveranciers gas en licht in Nederland

⁶⁹ www.nibud.nl/consumenten/wat-geeft-u-uit-aan-voeding/

⁷⁰ Verpleging en verzorging - TB/REG-18604-01

⁷¹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/gmb-2018-3614.html>

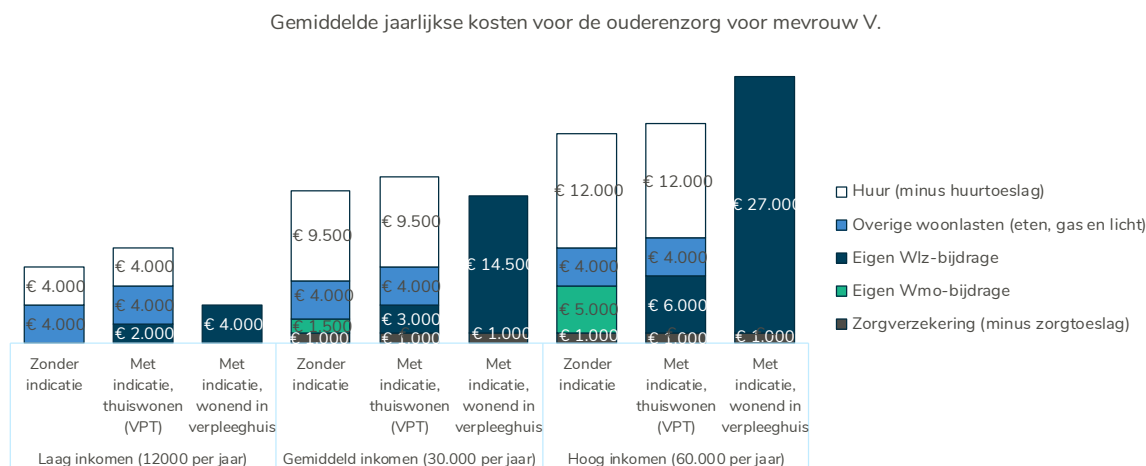
⁷² NZa Prestatiebeschrijvingen en tarieven volledig pakket thuis 2018 - BR/REG-18142b

⁷³ NZa Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 018 - BR/REG-18143a

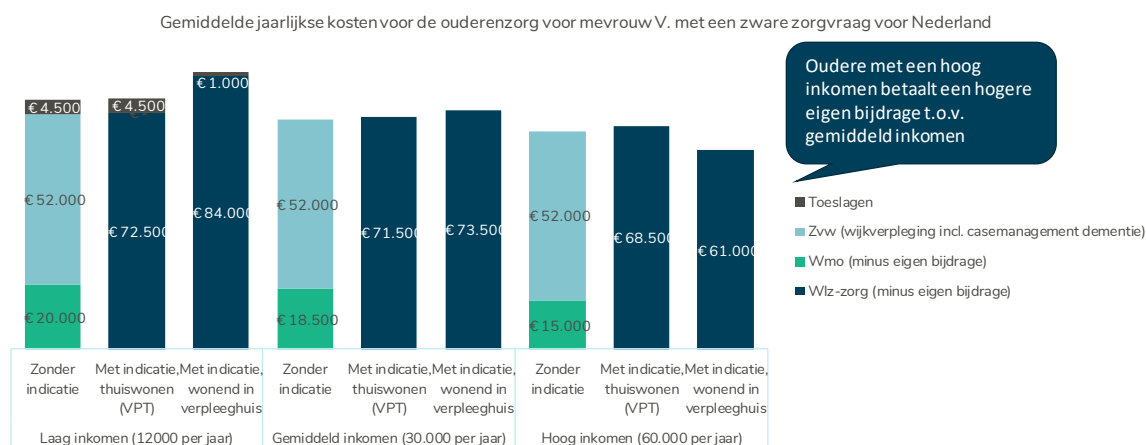
⁷⁴ Inkomen op basis van onderzoek SEO - Inkomenspositie ouderen, september 2017

4.1.3 Uitwerking financiële prikkels voor alle inkomensniveaus

Hieronder werken we de financiële prikkels voor alle inkomensniveaus uit. Figuur 29 laat de gemiddelde jaarlijkse uitgaven aan geplande ouderenzorg voor de oudere met een zware zorgvraag zien en Figuur 30 de gemiddelde jaarlijkse kosten voor deze oudere voor Nederland.



Figuur 29. Gemiddelde jaarlijkse uitgave aan geplande ouderenzorg voor de oudere met zware zorgvraag voor verschillende hoogtes van inkomen/vermogen

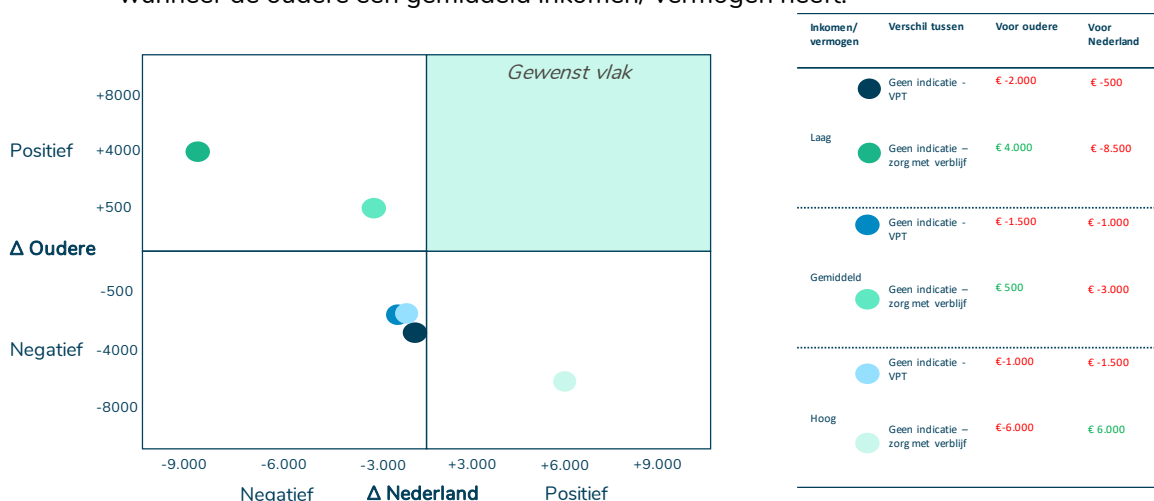


Figuur 30. Gemiddelde jaarlijkse uitgaven voor geplande ouderenzorg voor een oudere met een zware zorgvraag Nederland voor verschillende hoogtes van inkomen/vermogen

Als we de verschillende financiële prikkels voor de ouderen én Nederland tegen elkaar uit zetten, dan zien we dat er geen situatie is waar er voor beide partijen een positieve financiële prikkels is om een Wlz-indicatie aan te vragen (Figuur 31):

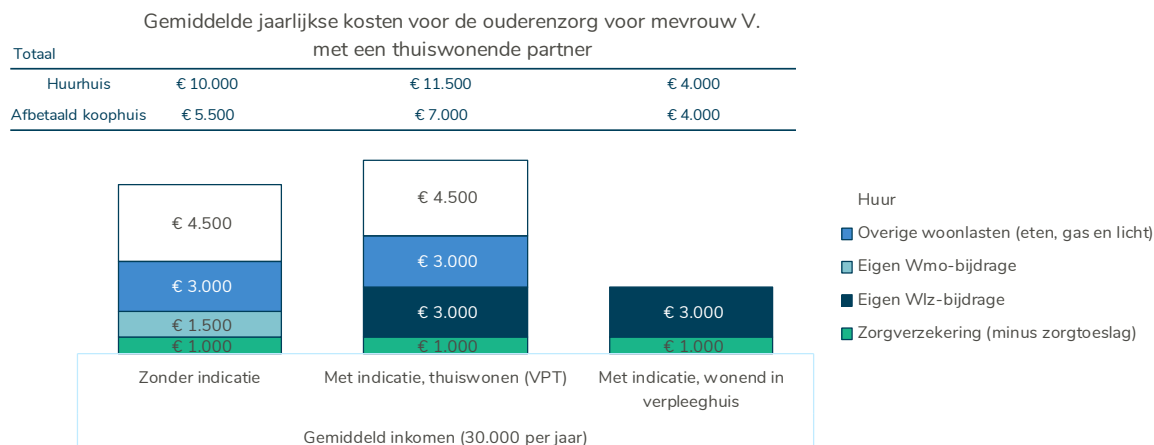
- Voor ouderen met een laag inkomen/vermogen:
 - is het verschil tussen geen indicatie en met indicatie thuiswonend voor de oudere €-2.000 (= €8.000 – €10.000) en voor Nederland €-500 (= €76.500 – €77.000).
 - is het verschil tussen geen indicatie en met indicatie wonend in een verpleeghuis voor een oudere €4.000 (=€ 8.000 – €4.000) en voor Nederland €-8.500 (= €76.500 – €85.000). Dit zijn de totale gemiddelde jaarlijkse kosten voor de ouderenzorg zoals weergegeven in Figuur 29 en Figuur 30.

- Voor ouderen met een gemiddeld inkomen/vermogen:
 - is het verschil tussen geen indicatie en met indicatie thuiswonend voor de oudere €-1.500 (= €16.000 – €17.500) en voor Nederland €-1000 (= €70.500 – €71.500).
 - is het verschil tussen geen indicatie en met indicatie wonend in een verpleeghuis voor een oudere €500 (= €16.000 – €15.500) en voor Nederland €-8.500 (= €70.500 – €73.500).
- Voor ouderen met een hoog inkomen/vermogen:
 - is het verschil tussen geen indicatie en met indicatie thuiswonend voor de oudere €-1.000 (= €22.000 – €23.000) en voor Nederland €-1.500 (= €67.000 – €78.500).
 - is het verschil tussen geen indicatie en met indicatie wonend in een verpleeghuis voor een oudere €-6.000 (= €22.000 – €28.000) en voor Nederland €6.000 (= €67.000 – €61.000). De oudere betaalt in deze situatie meer eigen bijdrage voor de Wlz-zorg dan wanneer de oudere een gemiddeld inkomen/vermogen heeft.

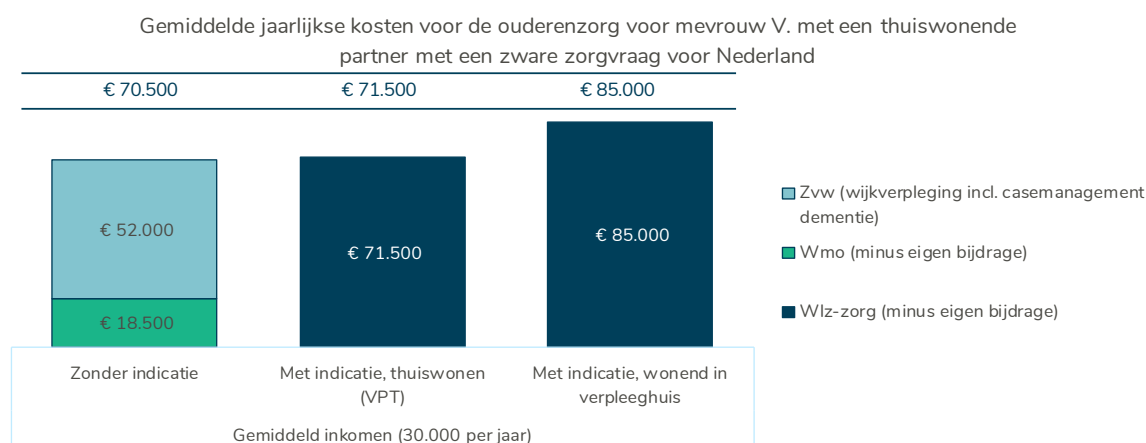


Figuur 31. Voor ouderen met een zware zorgvraag én Nederland is een negatieve financiële prikkel om een Wlz-indicatie aan te vragen

Het kan ook voorkomen dat een oudere nog een thuiswonende partner heeft. In deze situatie betaalt de oudere een lage eigen bijdrage voor wonen in een verpleeghuis, in plaats van een hoge eigen bijdrage (Figuur 32 en Figuur 33).



Figuur 32. Gemiddelde jaarlijkse kosten voor de ouderenzorg voor mevrouw V. met een zware zorgvraag en een thuiswonende partner

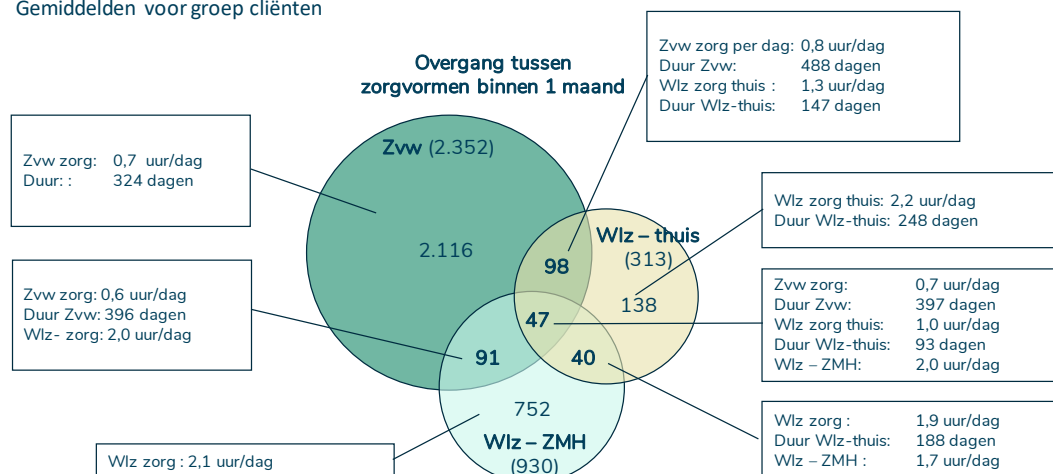


Figuur 33. Gemiddelde jaarlijkse kosten voor de ouderenzorg voor Nederland voor een oudere met een zware zorgvraag voor en een thuiswonende partner

Bijlage 5. Overzicht gemiddelde uren per cliëntengroep

Kengetallen cliënten (2015-2017)

Gemiddelden voor groep cliënten



Figuur 34. Kerngetallen cliënten behandeld door Zorgpartners Midden-Holland in 2015, 2016 en 2017