

Verslag Ledenraad coöperatie Menzis – afvaardiging ouderenzorg

Thema: langer zelfstandig wonen / scheiden wonen en zorg

18-05-2022

Aanwezig vanuit de Ledenraad: Aleks Meijerink, Gerard van de Goorberg, Henk-Jan Hasper, Stefanie Otto

Aanwezig vanuit coöperatie Menzis/Zorgkantoor Menzis: Nicole Poldervaart (teammanager Expertise & Projecten), Jan Megens (manager Zorgkantoor), Corina Bosma (Zorgexpert Wlz – V&V)

1. Opening, welkom en voorstellen

Nicole opent de bijeenkomst en heet de aanwezigen welkom. Na een voorstelronde licht ze de agenda toe. Het onderwerp van deze bijeenkomst is langer zelfstandig wonen en scheiden van wonen en zorg. Dit thema is eerder besproken tijdens zorgaanbiederbijeenkomsten en met het cliëntpanel van Menzis Zorgkantoor. De resultaten van deze bijeenkomsten zullen, net als de resultaten van de bespreking vandaag, meegenomen worden in de ontwikkeling van het inkoopbeleid Wlz 2024 en verder.

2. Stand van zaken ontwikkeling inkoopbeleid Wlz 2024 en verder

Het huidige inkoopbeleid Wlz loopt in 2023 af. De zorgexperts van team Wlz zijn bezig met de ontwikkeling van het inkoopbeleid 2024 en verder. Er is gestart met een interne en externe evaluatie van het huidige beleid. De resultaten van de enquête onder zorgaanbieders zijn terug te lezen op onze website: <https://www.menziszorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/ontwikkeling-inkoopbeleid-wlz-2024-en-verder>

Daarnaast is er een analyse gedaan en is het cliëntenraadspanel van het Zorgkantoor gevraagd welke drie onderwerpen volgens hen de komende jaren het belangrijkste zijn in de langdurige zorg. Dit heeft geleid tot een aantal inhoudelijke thema's die tijdens zorgaanbiederbijeenkomsten zijn besproken. Het verslag is te vinden op de genoemde website. Een van deze thema's is scheiden wonen en zorg en het langer thuis wonen door ouderen. Dit thema is begin april besproken met het cliëntenraadspanel (het verslag is geplaatst op de webpagina) en is nu het onderwerp van deze bijeenkomst.

3. Scheiden wonen en zorg: de uitdaging

Corina leidt het onderwerp in en schetst de uitdagingen waar we binnen de langdurige ouderenzorg voor staan. Hier zijn meerdere rapporten over verschenen, o.a. [Dialoognota Ouder worden 2020-2040 | Rapport | Rijksoverheid.nl](#), rapporten van de WRR ([Houdbare zorg | Adviesprojecten | WRR](#)) en www.ouderworden2040.nl. Dubbele vergrijzing en arbeidsmarktproblematiek maken dat de houdbaarheid van de langdurige zorg een belangrijk thema is. De beschikbaarheid van voldoende verpleegzorgplekken is één van de onderwerpen die nu en de komende jaren aandacht vragen. [Zorgverzekeraars Nederland - Regionale capaciteitsplannen 2021 verpleegzorg \(zn.nl\)](#). In het coalitieakkoord zijn een aantal maatregelen opgenomen die moeten bijdragen aan de houdbaarheid van de langdurige zorg. Een daarvan is het stimuleren van scheiden van wonen en zorg.

4. Langdurige ouderenzorg thuis

De ontwikkelingen rondom scheiden van wonen en zorg leiden er toe dat ouderen langer zelfstandig wonen. Jan vertelt wat dit in de praktijk betekent. Het belangrijkste is dat we als maatschappij een

noodzakelijke paradigmashift maken. Eerder keken we vanuit het perspectief op kwaliteit van zorg naar de thema's toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Vanaf nu moeten we dat doen vanuit het perspectief op houdbaarheid/toegankelijkheid van zorg. En met elkaar bepalen: wat betekent dit voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Dat vraagt om een maatschappelijk debat over de langdurige ouderenzorg: wat kunnen en mogen we nog in de toekomst verwachten van de zorg. Dit maatschappelijk debat komt langzaam op gang. Het inzetten op scheiden van wonen en zorg betekent dat ouderen langer zelfstandig wonen. Voor een deel van de ouderen is dit ook de wens. Voor een ander deel misschien niet. Er moeten dan ook voldoende passende woonvormen zijn om deze ouderen te huisvesten en zorg te leveren als dat nodig is. Met het netwerk. En waar leveren we die zorg, in een geclusterde woonvorm, in de buurt of ook in het eigen huis buiten de bebouwde kom? Welke zorg kopen we als Zorgkantoor in? In hoeverre is deze zorg veilig, verantwoord en doelmatig? Dit zijn vragen waar we de komende tijd antwoord op moeten vinden en waar we graag met de Ledenraad over van gedachten wisselen aan de hand van een aantal stellingen.

5. Inhoudelijke bespreking

Aan de hand van een aantal stellingen gaan we met elkaar in gesprek over het thema.

Stelling 1: alleen VPT geclusterd inkopen is niet meer houdbaar. Dit kan ook gestippeld en zelfs ongeclusterd

Toelichting: op dit moment kopen wij het VPT alleen geclusterd in, daar waar mensen bij elkaar in één woonvorm samen wonen. Onder gestippeld verstaan wij een variant waar mensen bij elkaar in de buurt wonen en sommige mensen zorg nodig hebben. Bijvoorbeeld in een wooncomplex of een buurt rondom een verpleeghuis. Onder ongeclusterd VPT verstaan wij het zelfstandig wonen in de wijk, binnen of buiten de bebouwde kom en niet persé vlakbij voorzieningen.

Uit de discussie blijkt een voorkeur voor de gestippelde/geclusterde variant. Reden hiervoor is dat in de Menzis regio's (voornamelijk landelijk gebied) VPT ongeclusterd lastig is te organiseren, niet doelmatig en nauwelijks verantwoord. Tegelijk wordt genoemd om te kijken naar mogelijkheden waarbij de mens centraal staat. Wat als iemand persé thuis wil blijven wonen en dit ook mogelijk is door inzet van mantelzorg, vrijwilligers, het sociale netwerk en technologie? Maatwerk en het gesprek over bewust kiezen voor acceptabele risico's is hierbij van belang. Kijkend naar de leveringsvormen voor Wlz zorg thuis lijkt het MPT in de modulaire vorm goed ongeclusterd te kunnen, waarbij overigens de inzet van mantelzorg dan niet vrijblijvend kan zijn. Het VPT zou dan behouden moeten worden als leveringsvorm voor geclusterde woonvormen of gestippelde wooneenheden in een complex, wijk of buurt.

Er is een groep cliënten die graag thuis wil blijven omdat men gehecht is aan de eigen plek. Wanneer iemand echt thuis wil blijven wonen, zou het Zorgkantoor daar best voorwaarden aan kunnen stellen. Zoals rondom de inzet van mantelzorg, aanwezigheid van (in)formeel netwerk, aanwezigheid van welzijn en dagbesteding, grenzen aan het thuis wonen (gedragsproblematiek, arbotecnische randvoorwaarden).

Stelling 2: mensen met de zorgprofielen 4, 6 en 8 passen bij een leveringsvorm thuis. Mensen met de zorgprofielen 5 (bij toenemende complexiteit) en 7 zijn vaker aangewezen op de leveringsvorm verblijf in het verpleeghuis.

De stelling klopt grotendeels. Alleen ZZP7 en ZZP8 kan in het redelijke niet thuis (ongeclusterd) geleverd worden. Alhoewel het bij een doorgroeien van ZZP5 naar 7 of ZZP 6 naar 8 maatwerk geleverd kan worden als de cliënt al langer bekend is.

Opgemerkt wordt dat in een ZZP5 met gedragsproblematiek óók in een geclusterde woonvorm lastig kan zijn. Een geclusterde woonvorm de enige vorm om beschermd oud te worden. Het is dus vanuit verwachtingenmanagement van belang om klanten en hun netwerk tijdig te informeren over de (on) mogelijkheden in de Wlz en het wonen met een Wlz indicatie. Wellicht ligt hier een taak voor het Zorgkantoor?

N.a.v. deze stelling ontstaat de discussie over grenzen aan behandeling bij ouderen: wat kan wel en wat kan niet meer? Welke behandelingen zouden we maatschappelijk gezien niet meer moeten willen voor ouderen?

Stelling 3: basis verpleegzorg moet nabij zijn, specialistische verpleegzorg kan verder weg en gecentreerd in de regio aangeboden worden

Iedereen zou basis verpleegzorg (somatiek, PG, thuis, in woonvorm of verpleeghuis) dichtbij moeten kunnen ontvangen. Zodra er echter sprake is van specifieke en specialistische problematiek, zou niet elke aanbieder dit moeten leveren, maar slechts een paar aanbieders in de regio.

Voor een deel is deze stelling al werkelijkheid: de zogenaamde Laag Volume Hoog Complexe (LVHC) doelgroepen worden nu verder uitgewerkt. Dit houdt in dat de verpleeghuiszorg voor mensen met een complexe zorgvraag horend bij één van de tien LVHC aandoeningen, gecentreerd wordt bij enkele zorgaanbieders. Specialistische zorg kan ook geboden worden aan andere doelgroepen. Zoals beademing. In de basis lijkt deze stelling een goede oplossing. Tegelijk is de reguliere verpleegzorg de afgelopen jaren steeds specialistischer geworden. En ook: hoe ver weg mag het zijn? Immers, veel mantelzorgers zijn op leeftijd en kunnen door het verhuizen naar een specialistische plek niet eenvoudig op bezoek komen. De vraag is dan: in hoeverre kun je cliënten en hun naasten hierover zelf laten beslissen versus de druk/belasting op het personeel in het reguliere verpleeghuis dichtbij.

N.a.v. deze stelling wordt het thema 'arbeidsmarktproblematiek' aangestipt. Zouden bijvoorbeeld de specialisten ouderengeneeskunde, de artsen verstandelijk gehandicapten en de huisartsen zich niet beter (sub) regionaal kunnen verenigen en vanuit een centraal punt de reguliere zorgvraag in de regio kunnen bedienen? Vanuit het perspectief van schaarste lijkt dit een goed idee. De artsen zelf kunnen hier anders naar kijken: doordat zorgaanbieders van elkaar verschillen qua bestuur en cultuur, kan ook het verlenen van zorg aan hun cliënten verschillen.

Opgemerkt wordt dat er steeds meer ZZP'ers de zorg leveren waardoor het lastig is om kwaliteit van zorg te borgen. Het Zorgkantoor zou hier op kunnen sturen. Dit maakt ook dat 'basiszorg' of 'reguliere zorg' in het verpleeghuis moeilijk te definiëren is. Omdat dit deels afhangt van de kennis van het beschikbare personeel. Over het algemeen zal het gaan over de ZZP's 6, 7, 8 en palliatief (terminale) zorg tot de mate van complexiteit waarbij specialistische zorg beter is.

Of moeten we ons juist minder laten leiden door de beschikbare professionele kwaliteit? Gaat het niet meer om welzijn? Binnen de PGB wordt bv ouders complexe voorbehouden handelingen aangeleerd die ze thuis bij hun kind kunnen uitvoeren. Denkbaar is om dit ook in ouderenzorg te realiseren door tijdelijke opname van de oudere, waarbij de opname gericht is op time-out voor de mantelzorg en het instrueren van het netwerk.

Stelling 4: kwaliteit ontstaat in de relatie tussen zorgverlener en cliënt. Als zorgkantoor moeten we hier geen eisen aan stellen

Uiteraard hebben we te maken met wet- en regelgeving en eisen vanuit de beroepsgroep. Ook wordt het kwaliteitskader verpleeghuiszorg nog aangepast.

Het Zorgkantoor moet in ieder geval niet meer eisen dan wat wettelijk moet. Dat welzijn een grotere plek krijgt, is goed. We zouden niet anders naar kwaliteit moeten kijken, maar juist anders naar risico's. Kwaliteit van leven betekent lef hebben. Hoe kunnen we in de relatie tussen zorgverlener, cliënt en familie kwaliteit van leven een plek geven door risico's te accepteren? En wat zijn grenzen hierin en moet je de zorgmedewerker en vrijwilliger beschermen? Voorbeeld: cliënt die een aangepaste consistentie voedsel nodig heeft en de wekelijkse haring niet wil missen. Dit is ook vooral een moreel ethische discussie.