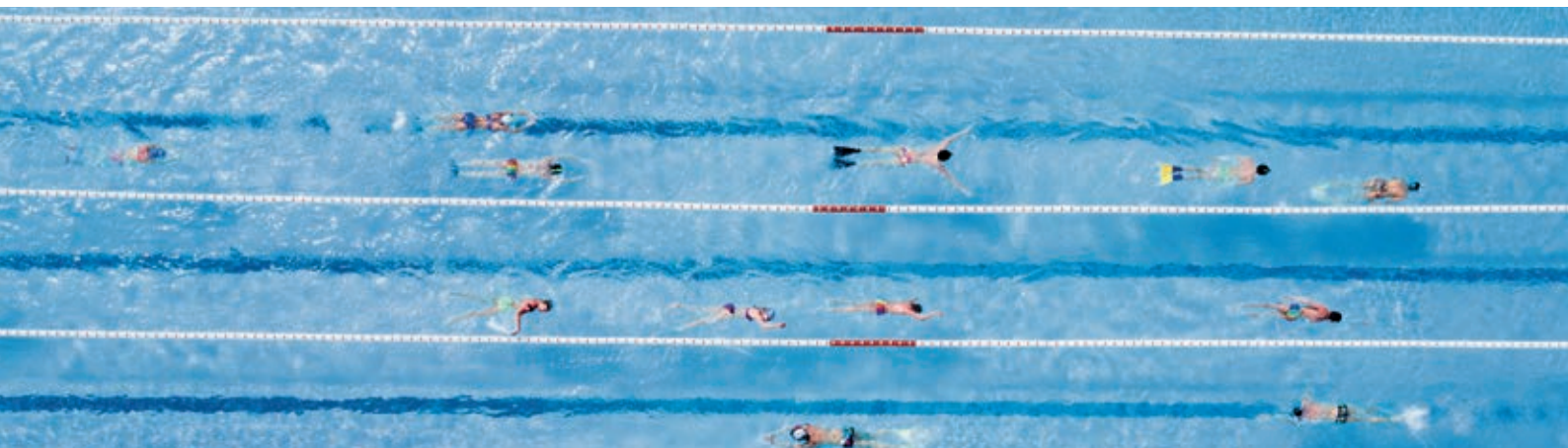




Zorgthermometer ouderenzorg

Inzicht in de ouderenzorg



vektis intelligence

Inhoud



Oud, ouder, oudst

70 is het nieuwe 50 hoor je weleens. En dat zou zomaar kunnen kloppen, want we worden steeds ouder en blijven daarbij gelukkig ook langer fit. Toch komt er voor ons allemaal een moment waarop we een steuntje in de rug of zorg nodig hebben. Hulp in het huishouden of, wanneer zelfstandig thuis wonen niet meer gaat, 24 uur per dag zorg in een verpleeghuis. In deze Zorgthermometer

brengen we de ouderenzorg in Nederland in beeld. Nu en in de toekomst. Dat oud worden niet altijd meevalt ervaren verplegenden en verzorgenden in De ParticipatieKliniek. Confronterend, is hun conclusie. Op pagina 1 hebben we de belangrijkste informatie uit deze Zorgthermometer bij elkaar gezet, zodat u gemakkelijk navigeert door de inzichten die we bieden.



28 miljard euro
aan ouderenzorg
in 2017

Pagina 2

1. Ouderenzorg anno 2018

“Baas blijven
over je eigen
leven”

Pagina 27



2. Interview Roger Ruijters

1 op de 4
is in 2030 65+

Pagina 30

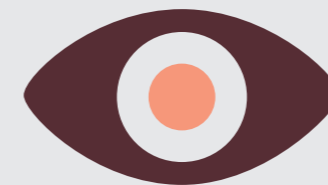
3. Blik op de toekomst: ouderenzorg in 2030



“Een verblijf in
De ParticipatieKliniek
leidt tot nieuwe
inzichten”

Pagina 34

4. Interview: “Anders kijken naar ouderenzorg”



Pagina 38

5. Begrippenlijst



1. Ouderenzorg anno 2018

We worden steeds ouder. De gemiddelde leeftijd bij overlijden was volgens het CBS in 1950 61 jaar. In 2016 is dat al 78 jaar. De verwachting is dat vrouwen in 2060 gemiddeld bijna 90 worden en mannen 87 jaar. Op dit moment wonen er in ons land al bijna 2.000 100-plussers. En ook dat aantal neemt de komende jaren toe.

De effecten van het ouder worden zijn op allerlei vlakken merkbaar, en dan hebben we het niet over grijze haren en rimpels. In deze Zorgthermometer schetsen wij een beeld van de ouderenzorg in Nederland. We kijken daarbij niet alleen terug, maar ook vooruit. Aan de hand van prognoses schetsen we een beeld van de kosten van de ouderenzorg in 2030.

Maar laten we om te beginnen eerst eens inzoomen op ouderen in het heden en de zorg die zij krijgen. In deze Zorgthermometer bedoelen we overigens met 'ouderen' personen van 65 jaar en ouder.

Met de juiste mantelzorg, professionele hulp en voorzieningen kunnen veel mensen oud worden met behoud van zelfstandigheid in de eigen vertrouwde (thuis)omgeving. De overheid streeft naar een participatiemaatschappij waarbij mensen minder afhankelijk zijn van geïnstitutionaliseerde zorg. In plaats daarvan krijgen ze zorg dichtbij, het liefst in eigen huis. Burgers spelen hierbij een grote rol: zij leveren mantelzorg en bieden hulp aan naasten. In dit licht is de langdurige zorg in 2015 hervormd.

In deze Zorgthermometer bedoelen we met 'ouderen': 65-plussers.

Ouderen krijgen met meerdere partijen te maken wanneer zij verschillende vormen van zorg nodig hebben. De gemeente regelt en betaalt huishoudelijke hulp en de begeleiding, de zorgverzekeraar wijkverpleging, ziekenhuiszorg en geneesmiddelen. Het zorgkantoor regelt Wlz-zorg thuis of verblijf in een verpleeghuis als er 24 uur per dag zorg of toezicht nodig is. De zorgvraag loopt dan dwars door de verschillende zorgdomeinen heen. Het is van belang dat de zorg die vanuit verschillende domeinen geleverd wordt, goed afgestemd is op de zorgvraag. Samenwerking tussen partijen in de zorg wordt dus steeds belangrijker.

We worden steeds ouder

2017

1 op de 5
65+

31%

daarvan is tussen de 75-84

54%
Vrouw

46%
Man

2030

1 op de 4
65+

36%

daarvan is tussen de 75-84

53%
Vrouw

47%
Man

Gemeente met de meeste en minste ouderen

1. Vaals - 32,2%

2. Laren - 31,7%

3. Bergen NH - 31,5%

1. Urk - 9,5%

2. Almere - 10,6%

3. Utrecht - 10,8%



Wil je weten hoeveel ouderen er wonen in jouw gemeente? Kijk dan op onze website met publieke zorginzichten www.zorgprismapubliek.nl/ouderenzorg

376 duizend mensen aan het werk in de ouderenzorg

In de sector Zorg & Welzijn werken in totaal 2,1 miljoen mensen. 376 duizend van hen zetten zich dagelijks in voor zorg aan ouderen. Door krimp, reorganisatie, bezuinigingen en de hoge werkdruk zijn er rond 2014 ruim 30 duizend werkenden uit de ouderenzorg gestapt. Circa 15% van hen is in 2016 en 2017 als herintreder opnieuw aan de slag gegaan in deze sector. In hoofdstuk 3 van deze Zorgthermometer kijken we naar de ouderenzorg in 2030. We zien dat het aantal ouderen de komende jaren sterk stijgt en de gevolgen daarvan zijn niet alleen zichtbaar in de kosten. Het Platform 'Zó werkt de ouderenzorg' voorziet in de toekomst een grote vraag naar personeel in de sector Zorg & Welzijn en in de ouderenzorg in het bijzonder. Zij verwachten in 2021 al zo'n 200 duizend extra mensen nodig te hebben. Bron: Zó werkt de ouderenzorg, Kees Wessels en Kees Kraaijeveld, www.zowerktdezorg.nl

Wat zijn de totale zorgkosten voor ouderen?

We besteden in 2017 28 miljard aan zorg voor ouderen, gemiddeld 8.650 euro per persoon. Dat is ongeveer de helft van het totaal dat wij in Nederland uitgeven aan zorg vanuit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. De zorgkosten lopen op naarmate mensen ouder worden. In tabel 1.1 geven we per leeftijdscategorie aan hoe hoog de kosten in totaal zijn. We zoomen daarnaast in op de kosten per persoon.

Wat zijn de grootste kostenposten?

De omvang van de zorgkosten verschilt per leeftijdsklasse. 65-plussers maken veel zorgkosten vanuit de Wet langdurige zorg, bijvoorbeeld door

zorg in verpleeghuizen. Daarna volgt de medisch-specialistische zorg. Wijkverpleging, zorg voor thuiswonende ouderen, komt met 2,8 miljard euro op de derde plaats. Farmacie is met ruim 2 miljard euro ook een grote uitgavenpost.

85-plussers maken vooral kosten in de Wet langdurige zorg (5,6 miljard) en de wijkverpleging (1,3 miljard). De jongste ouderen, de groep 65-74-jarigen, hebben een beduidend betere gezondheid en minder zorg nodig. In deze categorie zijn de kosten van medisch-specialistische zorg (4,3 miljard) de grootste kostenpost.

Verderop in dit hoofdstuk gaan we per zorgsoort in op het zorggebruik per leeftijdsklasse en de kosten die daarmee gemoeid zijn.

Tabel 1.1

Totale zorgkosten voor ouderen

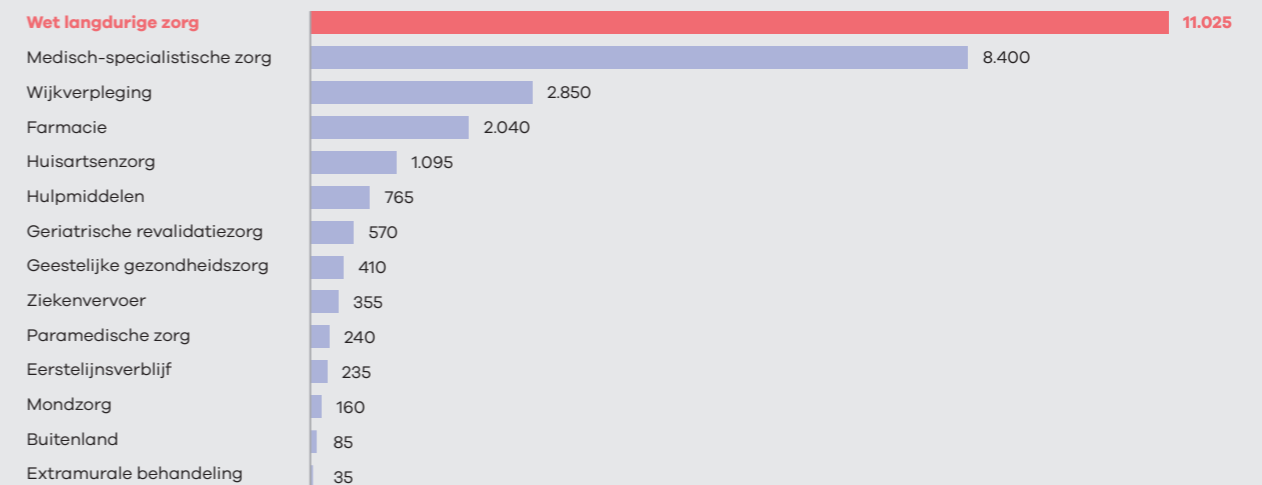
Exclusief Wmo

	65-74	75-84	85 en ouder	Totaal/gemiddeld
Totale kosten in miljarden	€ 9,4	€ 9,8	€ 9,1	€ 28,3
Gemiddelde kosten per oudere in euro's	€ 5.050	€ 9.750	€ 22.950	€ 8.650
Aantal ouderen	1.862.400	1.004.700	395.700	3.262.800

Figuur 1.1

Wlz is grootste kostenpost ouderenzorg

Bedragen in miljoenen euro's



Het algemene zorggebruik van ouderen

Een bezoek brengen aan de huisarts, medicijnen gebruiken of zorg in het ziekenhuis. Hoewel ouderen relatief veel gebruikmaken van deze zorg, is deze niet specifiek voor ouderen. In dit deel van de Zorgthermometer kijken we naar het algemene zorggebruik door ouderen. We doen dat per leeftijdsgroep. Alle genoemde cijfers gaan over 2017, tenzij anders vermeld.

Ouderen en de huisarts

Naarmate mensen ouder worden gaan ze vaker naar de huisarts. 95% van de thuiswonende 85-plussers is in 2017 minimaal 1 keer bij de huisarts geweest. Bij de 65-74-jarigen is dat 84%.

Bij 64% van de 85-plussers heeft de huisarts minimaal 1 keer een visite afgelegd tegen 9% bij de groep 65-74-jarigen. Een vergelijkbaar beeld is te zien bij visites en consulten buiten kantooruren: 37% van de 85-plussers heeft in 2017 minimaal 1 keer buiten kantooruren gebruik gemaakt van de huisarts, tegen 13% van de ouderen in de leeftijdsklasse 65-74 jaar.

De huisarts legt ook vaker visites af bij ouderen. Zo is het aantal visites bij 85-plussers met 5,2 visites bijna tweemaal zo hoog als bij ouderen van 65-74 jaar.

Ouderen en het ziekenhuis

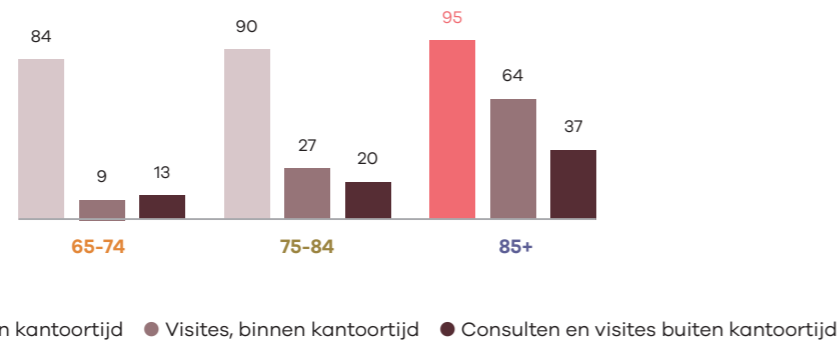
2 van de 3 ouderen is in 2016 in het ziekenhuis geweest voor een consult, een poliklinische ingreep of een operatie. Bij 75-plussers ligt het gebruik met 75% hoger dan bij mensen van 65 tot 75 jaar met 60%.

75-plussers komen vooral in het ziekenhuis voor oogziekten (27%), hart- en vaatziekten (26%) en voor kanker en goedaardige gezwellen (21%). In de leeftijdsklasse 65-74 jaar gaan mensen meestal voor dezelfde aandoeningen naar het ziekenhuis. Klinische geriatrie is het medisch specialisme voor de kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis. Sinds 2012 is het aantal mensen dat gebruikmaakt van klinische geriatrie met gemiddeld 10% per jaar toegenomen tot 110.000 patiënten in 2016. Deze toename is sterker dan de toename in het aantal (oudere) ouderen. Het aantal geriaters is in deze periode gestegen. Wellicht speelt dat een rol.

Figuur 1.2

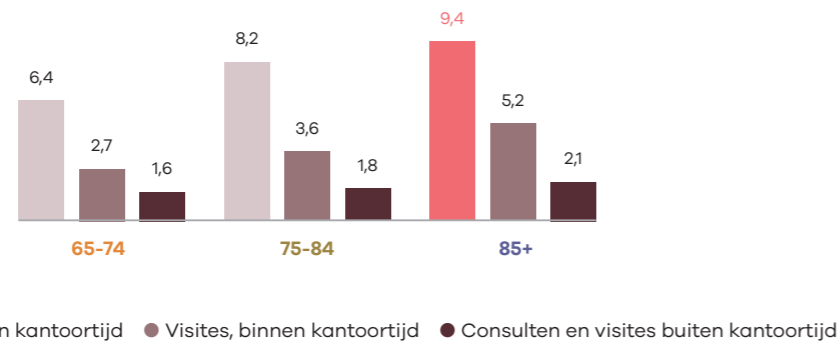
Hoe ouder mensen zijn, hoe vaker zij een beroep doen op de huisarts

In procenten



Figuur 1.3

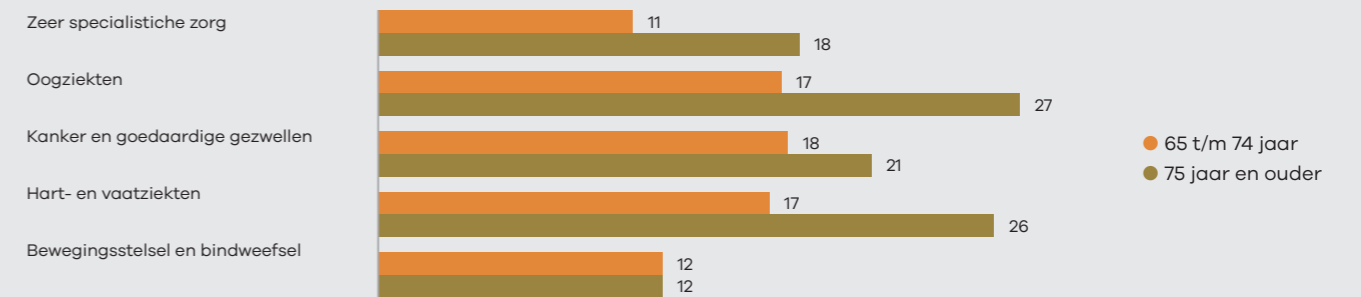
Met het klimmen van de jaren stijgt ook het aantal consulten bij de huisarts



Figuur 1.5

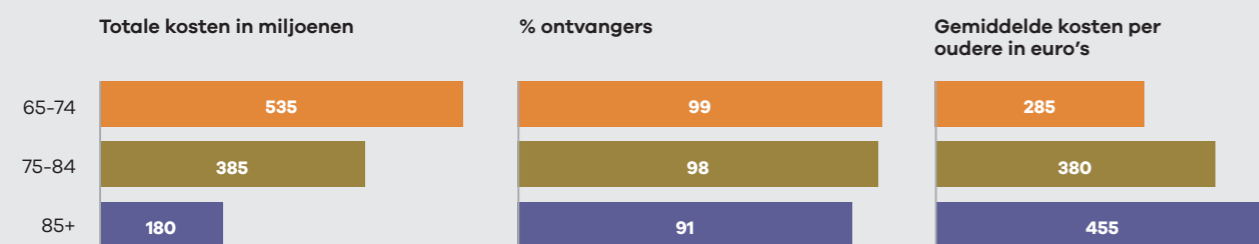
75-plussers bezoeken het ziekenhuis het vaakst in verband met een oogziekte

In procenten, cijfers over 2016



Figuur 1.4

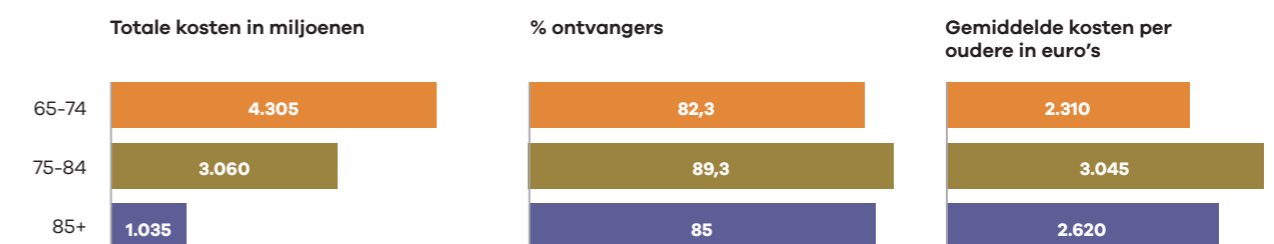
Totale kosten, percentage ouderen dat gebruikmaakt van huisartsenzorg en de gemiddelde kosten per oudere



Noot: Omdat relatief veel 85-plussers in een Wlz-instelling wonen is het gebruik per oudere wat lager dan verwacht.

Figuur 1.6

Totale kosten, percentage ouderen dat gebruikmaakt van ziekenhuiszorg en de gemiddelde kosten per oudere



Ouderen en medicijnen

Gemiddeld slikt 90% van de ouderen 1 of meer medicijnen¹ die via de basisverzekering worden vergoed. Het gaat hierbij om medicijnen die zijn voorgeschreven door de huisarts of de specialist. Denk bijvoorbeeld aan bloedverdunners, cholesterol- en bloeddrukverlagende middelen en medicijnen tegen trillen. Middelen die

vrij verkrijgbaar zijn, zoals paracetamol en ibuprofen, vallen buiten deze definitie.

Ouderen gebruiken meer medicijnen naarmate zij ouder worden. 72% van de 85-plussers slikt gemiddeld 5 of meer verschillende medicijnen. Bij 65-74-jarigen is dat nog 51%.

¹ Bepaald op basis van de ATC-code van medicijnen. Medicijnen met dezelfde ATC-code hebben dezelfde werkzame stof.

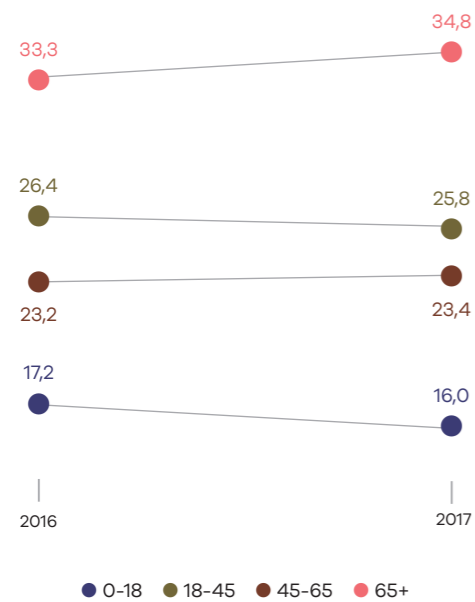
Ouderen bezoeken vaker de spoedeisende hulp

Vektis heeft voor 2016 en 2017 het aantal bezoeken aan de Spoedeisende hulp in kaart gebracht. Uit de analyse blijkt dat het aandeel van ouderen op de spoedeisende hulp tussen 2016 en 2017 met 1,4% is gestegen. Bij het vergelijken van kwartalen zien we hetzelfde patroon: in elk kwartaal van 2017 is het aandeel ouderen hoger dan in hetzelfde kwartaal van 2016.

Het aandeel ouderen van het totaal aantal mensen dat de huisartsenpost bezoekt, laat een vergelijkbaar beeld zien. Van 2012 tot 2017 is het aandeel ouderen met 1,8%-punt (circa 70.000 bezoeken) toegenomen.

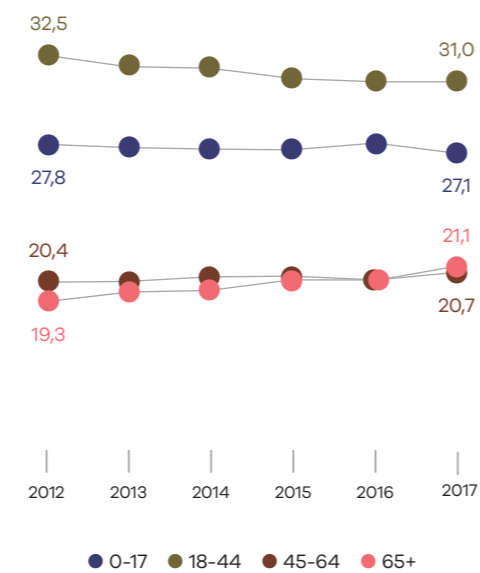
Ontwikkeling leeftijdsverdeling van bezoekers Spoedeisende hulp

In procenten



Ontwikkeling leeftijdsverdeling van bezoekers Huisartsenpost

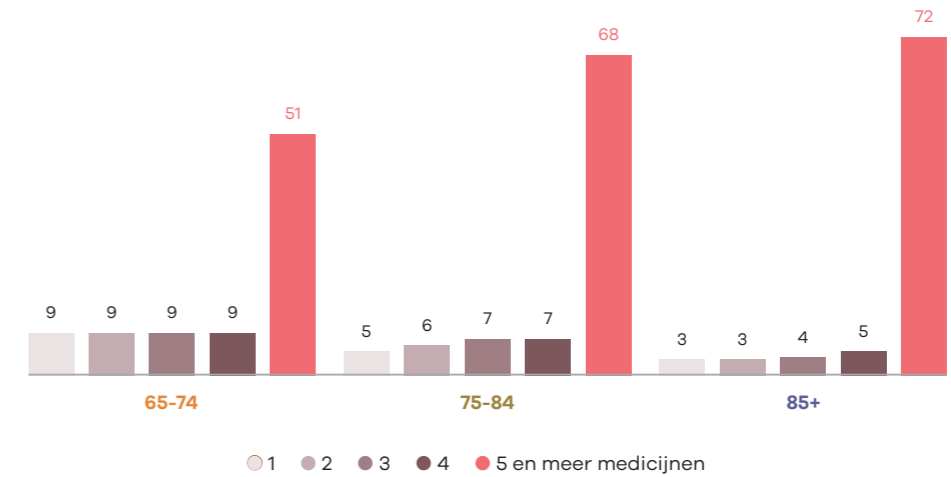
In procenten



Figuur 1.7

De meeste ouderen gebruiken 5 of meer medicijnen

In procenten



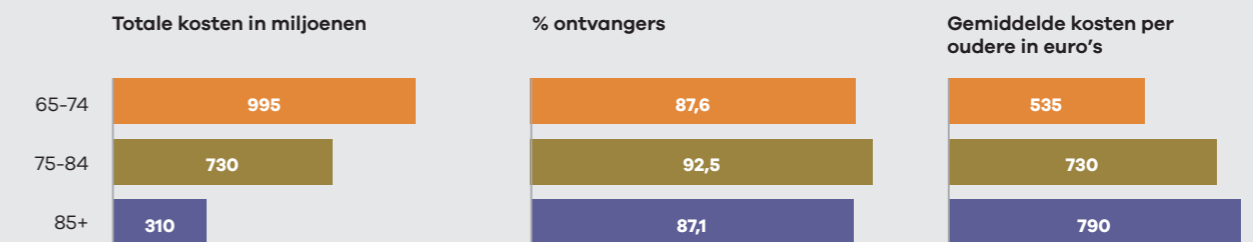
Tabel 1.2

Top 5 medicijnen 65-plussers

Werkzame stof	Waarvoor bedoeld	% ouderen
Simvastatine	Cholesterolverlager	26
Metoprolol	Hartslag- en bloeddrukverlager	26
Omeprazol	Maagzuurremmer	23
Macrogol, combinatiepreparaten	Laxeermiddel	21
Pantoprazol	Maagzuurremmer	21

Figuur 1.8

Totale kosten, percentage ouderen dat gebruikmaakt van medicijnen en de gemiddelde kosten per oudere



Ouderen en hulpmiddelen

Ouderen maken vanwege ouderdom, een ziekte of aandoening gebruik van veel hulpmiddelen. Een deel van de hulpmiddelen komt uit het basispakket en wordt bekostigd uit de Zorgverzekeringswet. Denk bijvoorbeeld aan verzorgingsmiddelen als steunkousen of incontinentiemateriaal en hulpmiddelen in verband met behandeling, zoals injectiemateriaal of draagbare infuuspompen. Er zijn ook hulpmiddelen om thuis te blijven wonen die uit de Wmo bekostigd

worden, zoals veilige douches en trapliften. Ook vervoersvoorzieningen, zoals een scootmobiel, vallen hieronder. Voor dergelijke voorzieningen moeten ouderen aankloppen bij de gemeente.

Een kwart van de 65-74-jarigen en 60% van de 85-plussers maakte in 2017 gebruik van 1 of meerdere hulpmiddelen uit het basispakket. De top 5 van hulpmiddelengebruik ziet er als volgt uit:



Figuur 1.10

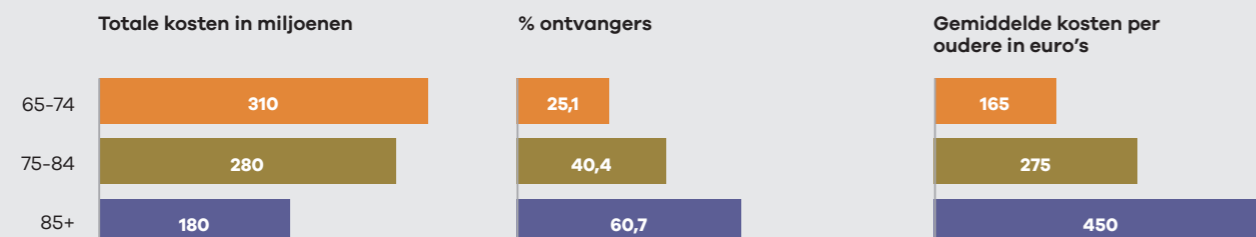
Top 5 hulpmiddelen gebruikt door ouderen

In procenten



Figuur 1.11

Totale kosten, percentage ouderen dat gebruikmaakt van hulpmiddelen en de gemiddelde kosten per oudere



Ouderen en de geestelijke gezondheidszorg

Net als jongere mensen krijgen ook ouderen te maken met psychische klachten zoals een depressie, schizofrenie of een persoonlijkheidsstoornis. Bij beginnende klachten is de huisarts het eerste aanspreekpunt. Deze kan iemand in contact brengen met een praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ) die bij steeds meer huisartsenpraktijken aanwezig is. De praktijkondersteuner ggz ondersteunt de huisarts bij de begeleiding en behandeling van patiënten met psychische, psychosociale of psychosomatische problematiek.

Ouderen komen vooral bij een POH-GGZ voor een lang consult. Dat is een consult dat langer dan 20 minuten duurt. Ruim 32.000 ouderen in de leeftijd van 65-74 jaar is voor een lang consult geweest. Dat is 1,7% van alle 65-74-jarigen. 85-plussers komen, zowel absoluut als relatief, minder vaak bij de POH-GGZ. Lange visites en telefonische consulten komen daar relatief meer voor, al blijft het gebruik beperkt tot 0,5% van de 85-plussers.

De huisarts kan, eventueel geadviseerd door de POH-GGZ, iemand met matige psychische klachten doorverwijzen naar de basis-ggz. In de basis-ggz worden gesprekken gevoerd met een psycholoog, psychotherapeut of psychiater, al dan

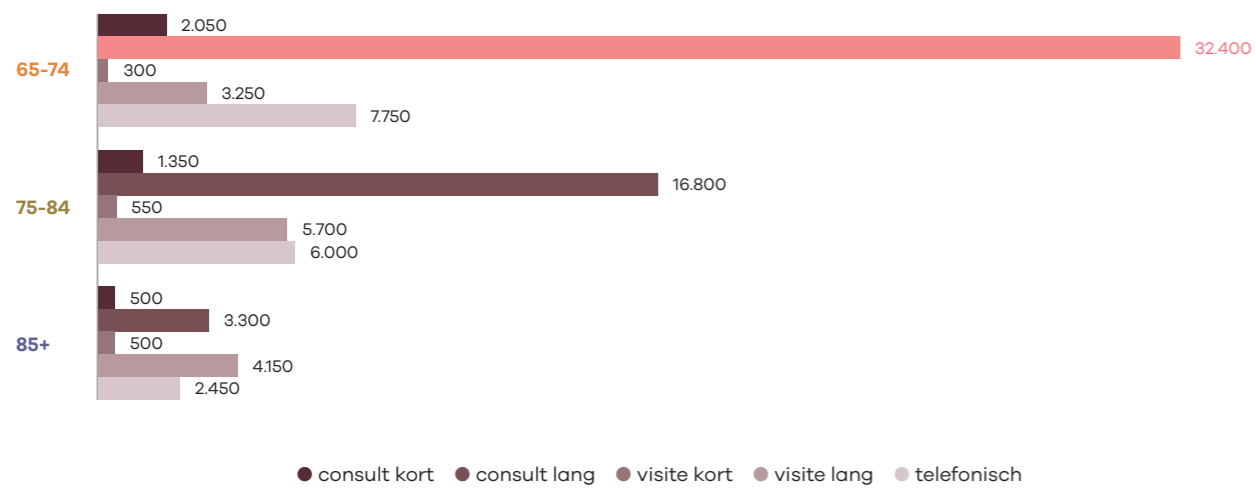
niet in combinatie met een e-health module. Online ondersteuning via e-health wordt bijvoorbeeld ingezet bij oefenen met ontspannen. Is de psychische problematiek te zwaar of complex of spelen er meerdere soorten psychische klachten tegelijk, dan verwijst de huisarts of de basis ggz door naar de specialistische ggz. Hier is de behandeling intensiever en langduriger. Soms is zelfs een opname nodig.

In 2016 hebben 18.000 ouderen gebruikgemaakt van de basis-ggz. Een veel groter aantal ouderen, 60.000, heeft een traject zonder opname in de gespecialiseerde ggz gevolgd. Bijna 14.000 ouderen hebben daar een korte behandeling gevolgd, zonder nadere informatie over de diagnose. 11.000 ouderen zijn behandeld voor een depressie, 7.500 voor delirium, dementie of andere cognitieve stoornissen. 5.000 ouderen hebben te maken gehad met angststoornissen. Ongeveer 7.000 ouderen zijn enige tijd opgenomen geweest in een ggz-instelling. Hiervan zijn 2.100 ouderen behandeld voor een depressie en 1.100 voor delirium, dementie of andere cognitieve stoornissen.

Figuur 1.12

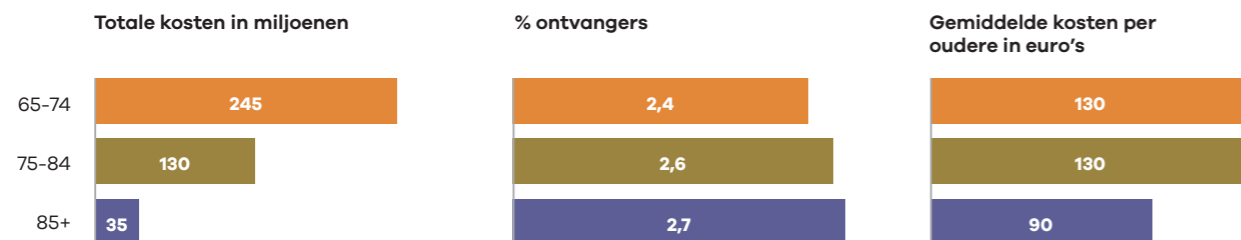
Vooral ouderen in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar ontvangen een lang consult bij de POH-GGZ, in 2016

Kort = minder dan 20 minuten, lang = langer dan 20 minuten



Figuur 1.13

Totale kosten, percentage ouderen dat gebruikmaakt van ggz en de gemiddelde kosten per oudere



Ouderdomsgerelateerde aandoeningen

Oud worden gaat voor de meeste mensen niet zonder slag of stoot. Bijna iedereen krijgt in de loop van het leven te maken met gezondheidsklachten of aandoeningen. Bij ouderen gaat het vaak om meerdere problemen tegelijk. Bijvoorbeeld: hartproblemen, COPD, dementie of diabetes met alle bijbehorende klachten zoals slecht zien, duizeligheid of slecht lopen. Deze klachten maken het dagelijks leven moeilijker. Hieronder zoomen we in op 3 ouderdomsgerelateerde aandoeningen: dementie, diabetes en COPD/astma.

Dementie

Dementie is een verzamelnaam voor ruim 50 ziektes aan de hersenen. De ziekte omvat een combinatie van symptomen (een syndroom), waarbij de hersenen informatie niet meer goed kunnen verwerken. De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Daarnaast komen vasculaire dementie, frontotemporale dementie (FTD) en Lewy body-dementie veel voor.

Mensen met dementie die ondersteuning en/of zorg nodig hebben, ontvangen dit vanuit de Wmo (begeleiding, persoonlijke verzorging, dagbesteding), vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) (vaststellen van de diagnose dementie, geneesmiddelen, wijkverpleging) of vanuit de Wlz (wonen in een verpleeghuis, of bij thuiswonen een Volledig Pakket Thuis).

Het is in Nederland niet precies bekend hoeveel mensen dementie hebben. Vektis heeft in 2017 in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland onderzoek gedaan naar personen met dementie en hun zorggebruik. Om de mensen met dementie te 'vinden' hebben we gebruikgemaakt van de aanwezige zorgdeclaraties uit de Zvw en de Wlz. Op dit moment ontbreekt de informatie vanuit de Wmo. In tabel 1.3 geven we aan hoeveel personen met dementie we gevonden hebben. Vektis heeft geen zicht op de mensen met (zeer) lichte

dementie, bij wie de diagnose nog niet is gesteld. Dit zijn mensen die mogelijk alleen mantelzorg en/of zorg vanuit de Wmo en/of wijkverpleging ontvangen. Met de gegevens over wijkverpleging vanaf 2017 verwachten we deze groep in de toekomst beter in beeld te kunnen brengen.

Tabel 1.3

Mensen met dementie in 2015

Wlz: instelling of thuis	137.000
Zvw: geneesmiddelen	22.000
Zvw: ziekenhuiszorg	44.000
Zvw: ggz	12.000
Totaal unieke personen	184.000

De kans om dementie te krijgen is 1 op 5. Bij vrouwen is dat 1 op 3, doordat de levensverwachting bij vrouwen hoger is. Boven de 90 jaar heeft maar liefst 40% van de mensen een vorm van dementie. Door de vergrijzing en het ouder worden van de bevolking lijden in 2040 ruim een half miljoen mensen aan deze ziekte (bron: Alzheimer Nederland).

Diabetes

Diabetes wordt in de volksmond ook wel suikerziekte genoemd. Er zijn 2 soorten diabetes: type 1 en type 2. Heb je diabetes type 1 dan maak je geen insuline aan doordat je afweersysteem de cellen vernielt die deze taak hebben. Mensen met diabetes type 1 moeten elke dag bloedsuiker meten, insuline spuiten of een pompje dragen. Ze moeten in combinatie met eten en drinken voortdurend berekenen hoeveel insuline er nodig is.

Mensen met diabetes type 2 hebben te weinig insuline in hun lichaam en reageren daar bovendien niet goed op. Wat de oorzaak hiervan is, dat is helaas niet duidelijk. Wel is bekend dat weinig lichaamsbeweging, overgewicht, ongezond eten, roken, ouder worden en erfelijkheid een rol spelen. Deze vorm van diabetes komt vooral voor bij ouderen.

In totaal zijn er in 2017 circa 580.000 ouderen met diabetes type 1 of 2. In de leeftijdsklasse 75-84 jaar heeft 21% diabetes. Bij de 65-74-jarigen 17% en bij de 85-plussers 18%. In figuur 1.14 is het aandeel per leeftijd naar geslacht getoond. Rond de 80 jaar heeft relatief gezien het grootste deel van de mensen diabetes.

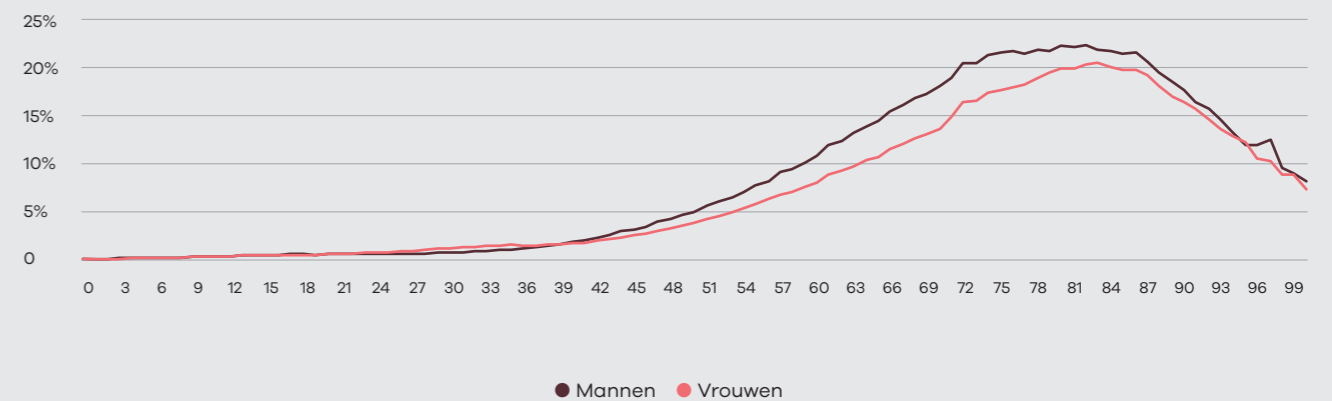
COPD en astma

COPD is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem. Bij COPD zijn de longen ontstoken en beschadigd. Mensen met COPD komen adem tekort en hoesten. Ook astma is een longaandoening. Bij astma zijn de longen continu ontstoken. De klachten verschillen per persoon en per moment. Mensen met astma zijn benauwd en hoesten.

In totaal zijn er in 2017 circa 390.000 ouderen met een vorm van COPD of astma. Dat is bijna 13%. COPD komt vaker voor bij mannen.

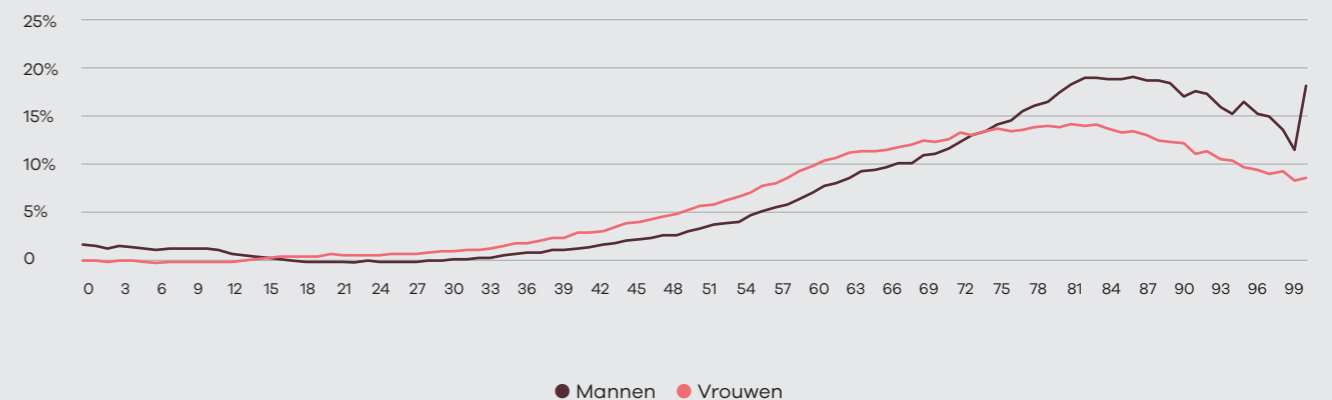
Figuur 1.14

21% van 75-84-jarigen heeft diabetes



Figuur 1.15

COPD/astma komt het meest voor bij 75-84-jarigen (14%) en boven de 85 jaar



Specifieke ouderenzorg

In dit deel gaan we in op zorg die kenmerkend is voor ouderen. Specifieke ouderenzorg is gerelateerd aan de leeftijd. Denk aan wijkverpleging, opname in een verpleeghuis en het gebruik van eerstelijnsverblijf na bijvoorbeeld een operatie. Ouderenzorg vanuit de Wmo zoals huishoudelijke hulp, begeleiding en vervoersvoorzieningen blijven buiten scope, omdat we niet over deze informatie beschikken.

Wijkverpleging

Wijkverpleging is de zorg voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben. Denk bijvoorbeeld aan het aantrekken van steunkousen, helpen met douchen of de dagelijkse verzorging van een wond. Wijkverpleging is bestemd voor mensen met een chronische ziekte of een lichamelijke handicap. Mensen die net uit het ziekenhuis komen en tijdelijk verzorging of verpleging thuis nodig hebben kunnen er ook gebruik van maken. Dat geldt ook voor mensen in het laatste levensstadium. Wijkverpleegkundigen vervullen daarnaast een preventieve rol bij kwetsbare ouderen die - nog - geen zorgvraag hebben.

In 2017 hebben ruim 550 duizend mensen gebruik gemaakt van wijkverpleging, vooral ouderen. In totaal hebben 455.000 mensen een korte of lange tijd wijkverpleging ontvangen. De meeste ontvangers zijn tussen de 75 en 84 jaar. Relatief gezien maken de 85-plussers het meeste gebruik van wijkverpleging: 40% van hen heeft in 2017 wijkverpleging ontvangen. 46% van de ontvangers is man en 54% is vrouw.

Wijkverpleging wordt vooral gegeven aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken. In figuur 1.17 is te zien: 56% van de 85-plussers met wijkverpleging behoort tot de groep mensen met somatische klachten die langer dan 3 maanden wijkverpleging nodig hebben. In de categorie 65-74 jaar gaat het om 40% van de mensen.

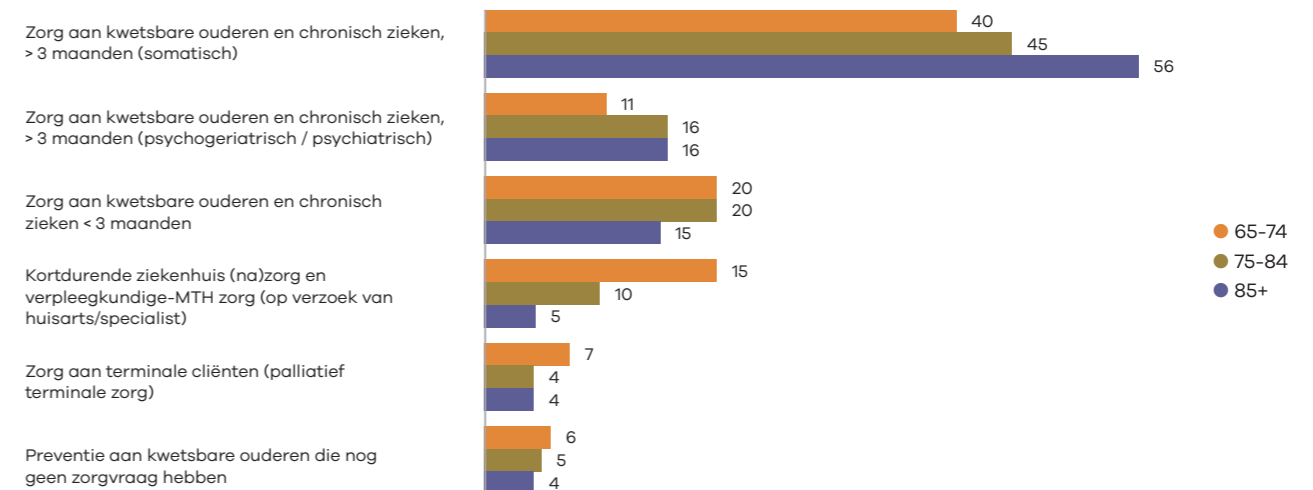
- 16% van de 75-84-jarigen en ook 16% van de 85-plussers met wijkverpleging ontvangen dit langer dan 3 maanden in verband met psychogeriatrische klachten (dementie).
- rond de 15% tot 20% van de ouderen met wijkverpleging valt in de categorie die korter dan 3 maanden zorg nodig hebben
- de overige 20% van de wijkverpleging betreft wijkverpleging na een ziekenhuisbezoek op verzoek van de huisarts of specialist, bij terminale zorg aan terminale patiënten en preventie aan kwetsbare ouderen die (nog) geen zorgvraag hebben.

Het aantal uren per week dat mensen wijkverpleging ontvangen is heel divers. Bij palliatieve zorg is de verpleging intensief en is 22 uur per week reëel. Bij wondverzorging is het aantal uren echter beperkt.

Er zijn mensen die een heel jaar wijkverpleging hebben. Er zijn ook mensen die minder dan een maand wijkverpleging nodig hebben, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname of bij de tijdelijke verzorging van een wond.

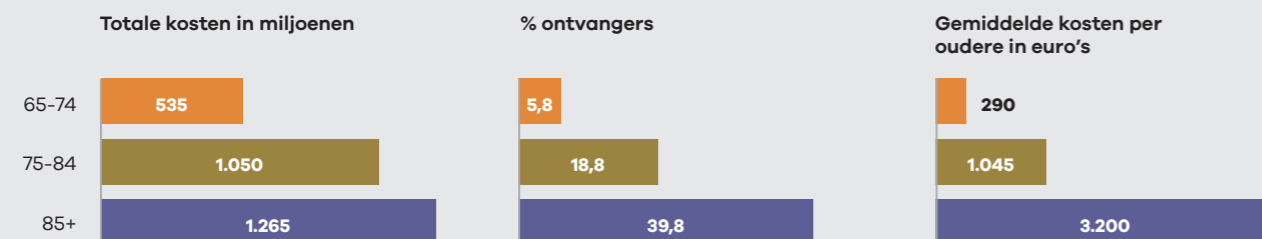
Figuur 1.17

Meer dan de helft van de 85-plussers met wijkverpleging behoort tot de mensen met somatische klachten die langer dan 3 maanden zorg nodig hebben



Figuur 1.16

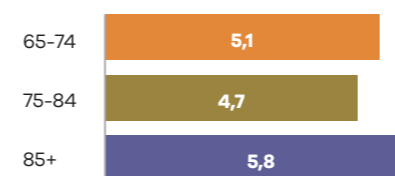
Totale kosten, percentage ouderen dat gebruikmaakt van wijkverpleging en de gemiddelde kosten per oudere



Figuur 1.18

85-plussers ontvangen in 2017 gemiddeld 5,8 uur per week wijkverpleging

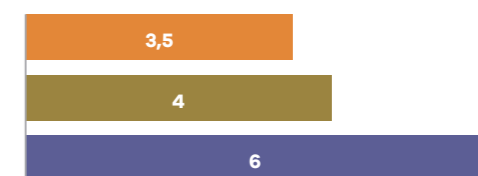
In uren



Figuur 1.19

85-plussers ontvangen in 2017 gemiddeld 6 maanden wijkverpleging

In maanden



Wil je weten hoeveel procent van de inwoners in jouw gemeente gebruikmaakt van wijkverpleging? Kijk dan op onze website met publieke zorginzichten www.zorgprismapubliek.nl/wijkverpleging

Wet langdurige zorg

Als je 24 uur per dag zorg of toezicht nodig hebt, dan ben je aangewezen op zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Om in aanmerking te komen voor Wlz-zorg is een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig. In 2017 hebben in totaal 233.000 ouderen – ongeacht of ze in een verpleeghuis, een instelling voor verstandelijk gehandicapten of thuis wonen – korte of lange tijd zorg ontvangen vanuit de Wlz. Op peilmoment 7 januari 2017 zijn er 165.000 ouderen met Wlz-zorg. De meeste ouderen wonen in een instelling.

Welke instellingszorg ontvangen ouderen?

In 2017 woont 92% van de ouderen met instellingszorg in een verpleeghuis en heeft een zorgzwaartepakket verpleging en verzorging (VV). 8% van de ouderen met instellingszorg heeft een ander zorgzwaartepakket. Dat komt vooral voor in de groep 65-74-jarigen waar 25% een zorgzwaartepakket verstandelijk gehandicaptenzorg ontvangt. In deze leeftijdsklasse zie we een groep ouder wordende verstandelijk gehandicapten en een groep ouderen die op relatief jonge leeftijd in het verpleeghuis gaan wonen.

Welke zorg ontvangen bewoners van een verpleeghuis?

Voor alle leeftijdsklassen geldt dat de meeste ouderen die in een verpleeghuis wonen een ZZP VV 5 (dementiezorg) hebben. Je ziet in figuur 1.21 dat het aandeel van de ouderen in de leeftijdsklasse 75-84 jaar en de 85-plussers hier fors hoger is dan

bij 65-74-jarigen. Bij ZZP VV 4 (beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging) is dit beeld ook te zien. Bij ZZP VV 6, 7 en 8 zien we juist het tegenovergestelde. Je ziet dat 65-74-jarigen relatief vaker een ZZP VV 6 hebben. In tabel 1.4 is te zien welke zorgprofielen er zijn.

Hoe lang verblijven ouderen in een verpleeghuis?

Niet alleen de gezondheidssituatie van de mensen verschilt van persoon tot persoon, ook de periode dat mensen in het verpleeghuis wonen. Van de mensen die in 2013 zijn ingestroomd, is 27% nog in leven. De nog levende mensen wonen er nu gemiddeld 4,5 jaar. De mensen die in 2013 zijn ingestroomd en ondertussen zijn overleden hebben gemiddeld 2 jaar in het verpleeghuis gewoond. De gemiddelde opnameduur van de mensen die in 2013 zijn ingestroomd, is nog niet exact te bepalen. Medio 2018 is deze gemiddeld ongeveer 3 jaar.

In 2015 zijn 42.000 ouderen in een verpleeghuis gaan wonen. Van deze ouderen zijn er begin 2018 15.500 nog in leven. 26.500 verpleeghuiscliënten zijn sindsdien overleden. 10.000 van hen overleden in het jaar van opname (zie figuur 1.22)



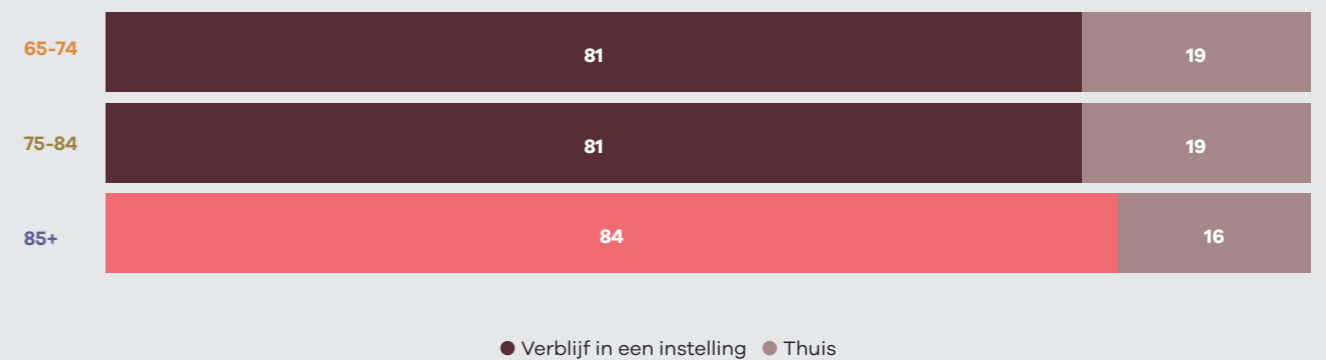
Twee derde van de ouderen woont in een verpleeghuis met behandeling, waar de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk is voor de zorg aan mensen. De kosten van farmacie, paramedie, hulpmiddelen en mondzorg worden uit het zorgzwaartepakket betaald. Een derde woont in een verpleeghuis zonder behandeling. Daar vallen deze kosten, inclusief huisartsenzorg, onder de basisverzekering. Het Zorginstituut Nederland heeft geadviseerd om deze zorg over te hevelen naar de Wet langdurige zorg.



Figuur 1.20

Van de 85-plussers met een Wlz-indicatie woont 84% in een instelling en 16% thuis

Zorg thuis omvat een Volledig Pakket Thuis, een Modulair Pakket Thuis en/of een Persoonsgebonden budget. In procenten



Hoe kun je een indicatie invullen?

Op basis van een indicatie wordt per oudere de juiste zorg bepaald. Er zijn 4 mogelijkheden:

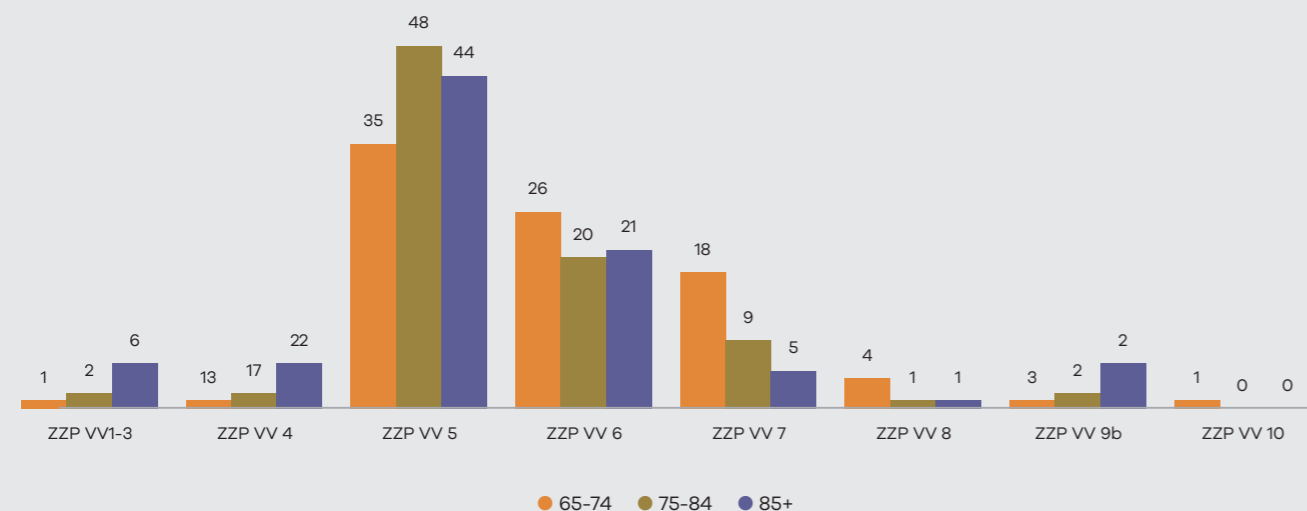
- Verblijf in een instelling: een cliënt woont in een instelling, ontvangt Zorg in natura (ZIN) en declareert een Zorgzwaartepakket/ZZP
- Volledig Pakket Thuis (VPT): een cliënt woont thuis, ontvangt zorg van 1 instelling en declareert een VPT. De mensen met een VPT wonen veelal samen in een geclusterde setting, bijvoorbeeld in een appartementencomplex.
- Modulair Pakket Thuis (MPT): een cliënt woont thuis en ontvangt zorg van 1 of meer aanbieders (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging) en declareert op functies. Dat kan ook in combinatie met een persoonsgebonden budget.
- Persoonsgebonden budget (Pgb): een cliënt woont thuis en koopt zelf zorg in.

Kijk voor meer informatie op:

www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/l/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz

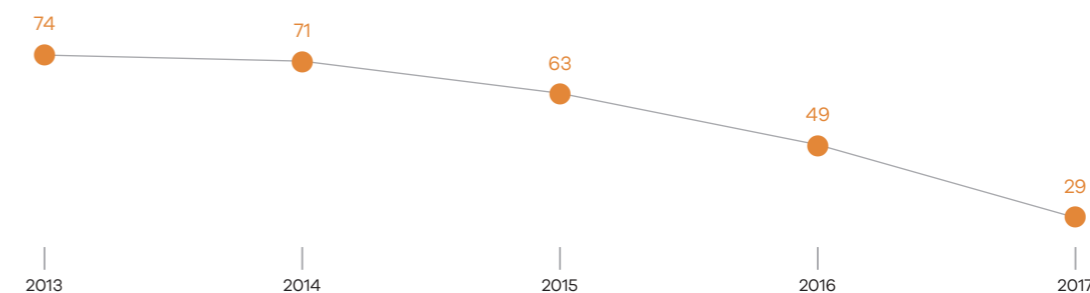
Figuur 1.21

Aandeel 75-plussers in een verpleeghuis met een ZZP VV5 (dementiezorg) is aanzienlijk hoger dan het aandeel 75-minners



Figuur 1.22

Percentage ingestroomde verpleeghuisbewoners dat sinds de opname is overleden, per jaar van opname



Tabel 1.4

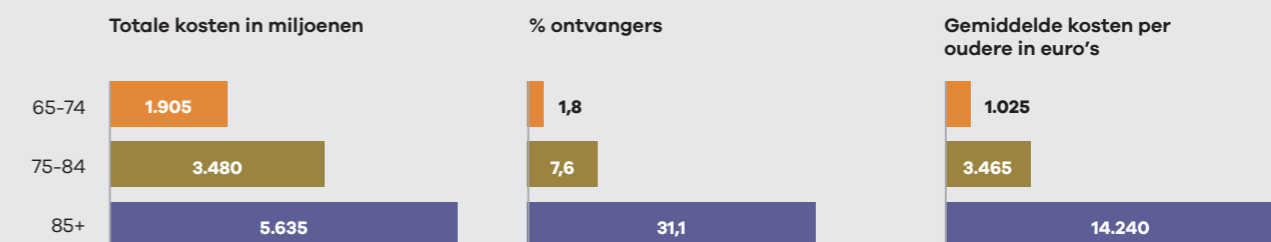
Beschrijving zorgprofielen

ZZP-code	Omschrijving
ZZP VV 1-3	Relatief lichte ouderenzorg waarvoor je tegenwoordig geen Wlz-indicatie meer ontvangt
ZZP VV 4	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
ZZP VV 5	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
ZZP VV 6	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
ZZP VV 7	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding
ZZP VV 8	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging
ZZP VV 9	Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging
ZZP VV 10	Beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg

Noot: Vanaf 1 januari 2013 is de zorg voor mensen met een indicatie VV1 en VV2 geëxtramuraliseerd. Vanaf 1 januari 2014 geldt dat voor mensen met een indicatie VV3. Mensen met vergelijkbare zorgzwaarte wonen tegenwoordig thuis met wijkverpleging en zorg vanuit de Wmo. ZZP VV 10 is vervallen per 1 januari 2018.

Figuur 1.23

Totale kosten, percentage ouderen dat gebruikmaakt van Wlz en de gemiddelde kosten per oudere



Eerstelijnsverblijf

Wanneer mensen na bijvoorbeeld een operatie een plek nodig hebben om te herstellen en dat thuis niet mogelijk is, dan kunnen ze een beroep doen op het eerstelijnsverblijf. Eerstelijnsverblijf (ELV) is kortdurend verblijf voor mensen die tijdelijk zorg nodig hebben. Sinds 1 januari 2017 wordt het ELV vanuit de Zorgverzekeringswet bekostigd. In 2015 en 2016 was het een subsidieregeling vanuit de Wet langdurige zorg.

Eerstelijnsverblijf kent 3 zorgcategorieën: laag complexe zorg, hoog complexe zorg en palliatieve zorg. Laag complex en hoog complex verwijzen naar de zwaarte van de zorg die mensen ontvangen. Laag complexe zorg is kortgezegd alle zorg die door de huisarts geleverd kan worden en zorg die de patiënt ondersteunt bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals wassen en aankleden. Bij hoog complexe zorg gaat het niet om ondersteuning, maar worden dagelijkse levensverrichtingen tijdelijk overgenomen van de patiënt. Ook palliatieve zorg valt onder het eerstelijnsverblijf. Palliatieve zorg omvat alle zorg voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn en is er op gericht de resterende levensduur zo aangenaam mogelijk te maken.

In 2017 hebben ruim 30.000 ouderen gebruik gemaakt van ELV. 85-plussers maken hier zowel absoluut (13.200) als relatief (3,3%) het meeste gebruik van. Het gaat vooral om vrouwen. Ouderen tussen de 65 en 74 jaar doen weinig beroep op het eerstelijnsverblijf (0,3%). In 2017 hebben mensen gemiddeld 39 dagen hoog

complexe zorg, 34 dagen laag complexe zorg en 26 dagen palliatief terminale zorg.

De meeste mensen hadden voorafgaand aan het eerstelijnsverblijf met hoog complexe zorg medisch-specialistische zorg, wijkverpleging of zijn via de spoedeisende hulp binnengekomen.

Hoeveel mensen maken gebruik van geriatrische revalidatiezorg?

Geriatrische revalidatiezorg is gericht op revalidatie van ouderen, bijvoorbeeld na een heupoperatie of een beroerte/cva. Het doel is om na de revalidatieperiode weer terug naar huis te gaan. In de thuissituatie kan vervolgens een beroep worden gedaan op wijkverpleging of zorg vanuit de Wmo.

In 2017 hebben 49.000 ouderen geriatrische revalidatiezorg ontvangen. Er zijn ongeveer 150 zorgaanbieders actief op dit terrein. Hiervan vallen er 47 onder revalidatie-instellingen en 41 onder verpleeghuizen. De kosten worden via een diagnose behandelcombinatie (dbc) gedeclareerd. De dbc omvat de complete behandeling inclusief diagnostiek. 90% van de geriatrische revalidatiezorg wordt afgenomen door 65-plussers.

20% van de opnames is gerelateerd aan een beroerte/cva. Een beroerte/cva is daarmee de belangrijkste reden waarom mensen geriatrische revalidatiezorg ontvangen. In figuur 1.24 is de top 5 van de geriatrische revalidatiezorg weergegeven. Deze omvat 57% van alle geriatrische revalidatiezorg.

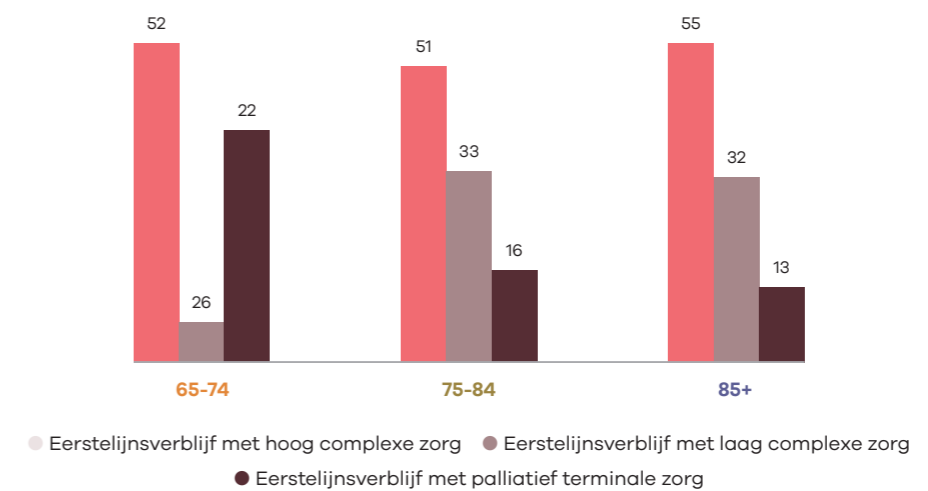
Figuur 1.24

Meeste opnames bij geriatrische revalidatiezorg gerelateerd aan beroertes/cva



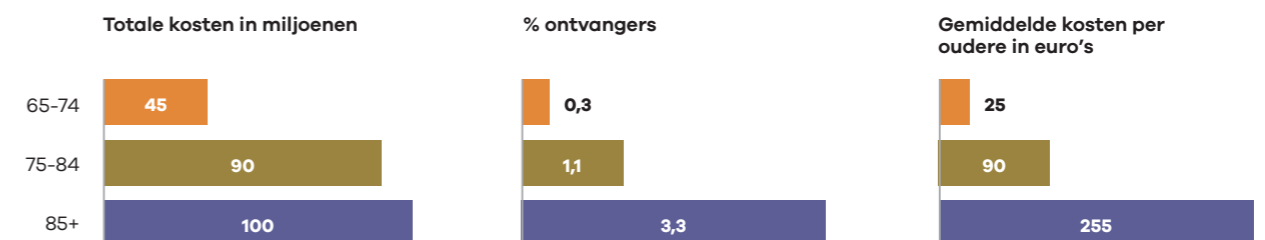
Figuur 1.25

In alle leeftijdsklassen wordt het meest gebruikgemaakt van eerstelijnsverblijf met hoog complexe zorg



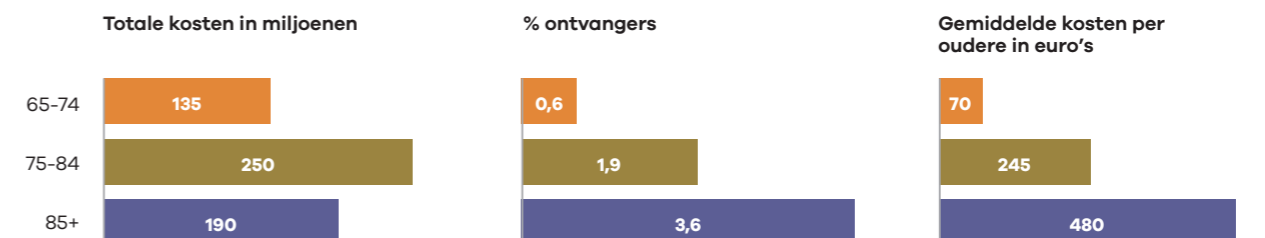
Figuur 1.26

Totale kosten, percentage ouderen dat gebruik maakt van ELV en de gemiddelde kosten per ouder



Figuur 1.27

Totale kosten, percentage ouderen dat gebruikmaakt van geriatrische revalidatiezorg en de gemiddelde kosten per oudere



Patiëntstromen: welke zorgpaden doorlopen ouderen?

In deze Zorgthermometer kijken we onder andere naar de specifieke ouderenzorg zoals wijkverpleging, instellingszorg en eerstelijnsverblijf. Er bestaan tal van relaties tussen deze zorgsoorten. Iemand met wijkverpleging die het thuis niet meer kan bolwerken, verhuist wellicht naar een verpleeghuis of maakt gebruik van het eerstelijnsverblijf.

Vektis heeft in opdracht van en in samenwerking met zorgkantoren en zorgverzekeraars een model ontwikkeld om het zorggebruik van een groep ouderen met specifieke ouderenzorg in de tijd te volgen. Ongeacht of het nu zorg is die vanuit de Zorgverzekeringswet wordt bekostigd of uit de Wet langdurige zorg.

We bekijken welke zorg een specifieke groep ouderen ontvangt op een bepaald startmoment en volgen deze groep in de tijd. We laten 2 voorbeelden zien. In het 1^e voorbeeld is dat wijkverpleging, de groep 85-plussers en week 1 van 2016. Het gebruik van Wmo-zorg blijft

buiten beeld, omdat Vektis hier niet over beschikt. In het 2^e voorbeeld kijken we naar de groep 65-plussers met geriatrische revalidatiezorg.

Voorbeeld 1:

Welke specifieke ouderenzorg ontvangen 85-plussers met wijkverpleging in de tijd?

In week 1 van 2016 zijn er 385.000 85-plussers. Van deze 85-plussers ontvangt 48% (185.000 mensen) specifieke ouderenzorg. Vervolgens zoomen we in op de 85-plussers die begin 2016 wijkverpleging ontvangen en volgen deze groep in de tijd. We kijken hierbij 1 jaar terug en 1 jaar vooruit.

Van de 85-plussers die begin 2016 wijkverpleging ontvingen, heeft 68% een jaar eerder ook wijkverpleging en heeft 29% geen specifieke ouderenzorg vanuit de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg.

Circa 65% ontvangt een jaar later nog steeds – of opnieuw – wijkverpleging. Dat sluit ook aan bij de eerdere constatering dat 85-plussers gedurende een lange periode wijkverpleging ontvangen. 13% is doorgestroomd naar de Wet langdurige zorg en 17% overleden. Een beperkt aantal mensen heeft geen specifieke ouderenzorg meer. Denk

Met het model dat de patiëntstromen in de ouderenzorg in kaart brengt bieden wij zorgverzekeraars en zorgkantoren handvatten om het gesprek met zorgaanbieders aan te gaan bij de zorginkoop. Doorontwikkeling van het model is gericht op regionaal niveau en per zorgverlener. Bovendien kunnen we, als we een aantal jaren verder zijn, monitoren of ouderen daadwerkelijk langer thuis blijven wonen. Hiermee draagt Vektis eraan bij dat ook oudere mensen de juiste zorg op de juiste plaats krijgen. Gebruik van het model is momenteel enkel voorbehouden aan zorgverzekeraars en zorgkantoren.

bijvoorbeeld aan een kortstondige periode waarin de wijkverpleegkundige langskomt om een wond te verzorgen.

Voorbeeld 2:

Welke specifieke ouderenzorg ontvangen 65-plussers met geriatrische revalidatiezorg in de tijd?

Begin januari 2016 ontvangen 7.650 65-plussers geriatrische revalidatiezorg². Van deze mensen ontving 77% 1 jaar eerder geen specifieke ouderenzorg en 20% ontving wijkverpleging. Deze mensen hebben bijvoorbeeld een beroerte gekregen of een heup

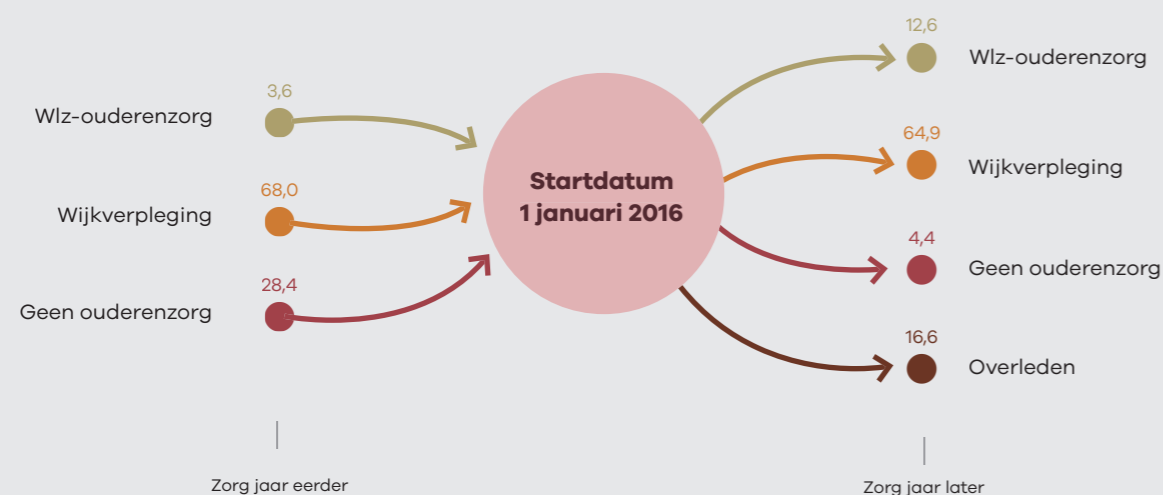
gebroken, en zijn na een ziekenhuisopname in de geriatrische revalidatie terecht gekomen. Het doel van geriatrische revalidatie is om weer naar huis te kunnen. Een jaar na dato blijkt dat voor 60% van de groep inderdaad het geval te zijn. Dit zijn de mensen met wijkverpleging (23%) en geen specifieke ouderenzorg (37%). Het ligt wel voor de hand dat deze mensen zorg vanuit de Wmo ontvangen. 20% van de mensen heeft eind 2016 Wlz-zorg en 18% is overleden. Een beperkt aantal mensen heeft opnieuw geriatrische revalidatiezorg.

² Deze mensen zijn geselecteerd op basis van een lopende dbc.

Figuur 1.28

Welke specifieke ouderenzorg ontvangen 85-plussers met wijkverpleging in de tijd?

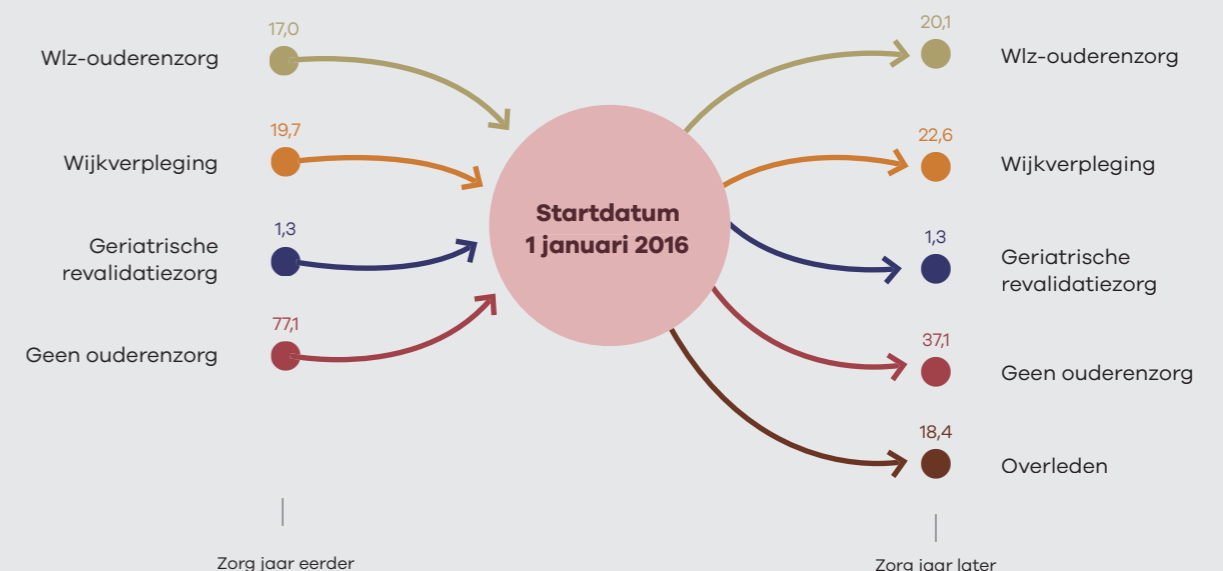
In procenten



Figuur 1.29

Welke specifieke ouderenzorg ontvangen 65-plussers met geriatrische revalidatiezorg in de tijd?

In procenten



Subsidierегeling extramurale behandeling

De subsidierегeling extramurale behandeling is bedoeld voor cliënten zonder Wlz-indicatie die wel behoefte hebben aan een specifieke behandeling. Deze behandeling richt zich op het verbeteren van de functionele autonomie, voorkomen van verergering van de beperking en het leren omgaan met beperkingen. Dit draagt eraan bij dat mensen langer zelfstandig blijven, het kan de huisarts ontlasten en onnodige ziekenhuisopnames beperken. Deze zorg wordt in 2020 waarschijnlijk ondergebracht in de Zorgverzekeringswet.

Binnen de subsidierегeling wordt onderscheid gemaakt tussen individuele behandeling, bijvoorbeeld door een specialist ouderengeneeskunde, en groepsbehandeling, zoals dagbehandeling. Voor dagbehandeling is een indicatie extramurale behandeling van het CIZ nodig. Voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde op verwijzing van de huisarts is geen indicatie nodig. Een huisarts kan voor een verzekerde met een complexe zorgvraag een specialist ouderengeneeskunde

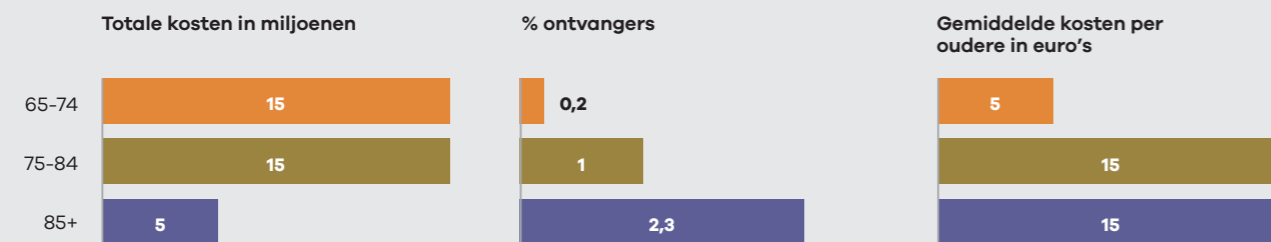
consulteren, vragen om aanvullende functionele diagnostiek te verrichten (ook wel geriatrisch assessment genoemd) of vragen om de uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek over te nemen (medebehandeling). De huisarts blijft als verwijzer medisch eindverantwoordelijk³.

In 2017 hebben 23.000 ouderen gebruikgemaakt van de (tijdelijke) subsidierегeling extramurale behandeling. Binnen de extramurale groepsbehandeling hebben ouderen vooral gebruikgemaakt van dagbehandeling: circa 2.900 ouderen. Bij individuele behandeling wordt hoofdzakelijk de specialist ouderengeneeskunde geconsulteerd. Het gaat hierbij niet alleen om consulten, maar ook om advies van deze arts aan de huisarts. Het zijn met name mensen van 75 jaar en ouder die een specialist ouderengeneeskunde bezoeken.

³ www.ciz.nl/zorgprofessional/subsidierегelingen/tijdelijke-subsidierегeling-extramurale-behandeling

Figuur 1.30

Totale kosten, percentage ouderen dat gebruikmaakt van de subsidierегeling extramurale behandeling en de gemiddelde kosten per oudere



Figuur 1.31

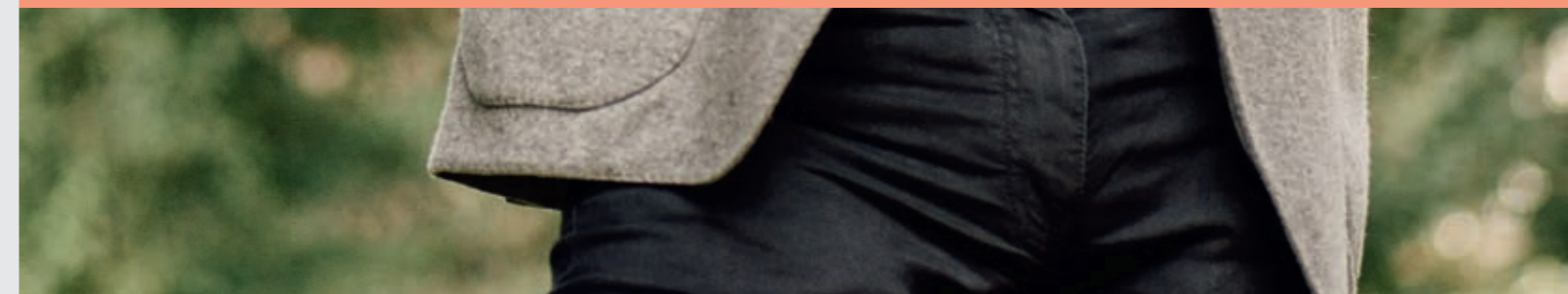
Inzet specialist ouderengeneeskunde vanuit de regeling extramurale behandeling

In procenten



2. Interview

“Baas blijven over je eigen leven”



In deze Zorgthermometer geven we inzicht in de ouderenzorg en kijken we naar de kosten in het verleden en de toekomst. Het gaat natuurlijk niet alleen om cijfers. Het draait vooral om de mens. Roger Ruijters was ten tijde van dit interview voorzitter raad van bestuur van MeanderGroep Zuid-Limburg met een duidelijke visie op de toekomst van de ouderenzorg.

Op je oude dag nog lekker thuis wonen en daar de zorg krijgen die je nodig hebt. Wie wil dat nu niet. Door de vergrijzing en de stijgende kosten dreigt de ouderenzorg onbetaalbaar te worden. Dat ondervond de MeanderGroep ook. Ruijters: "De meeste thuiszorgorganisaties worden betaald voor de productie die zij realiseren, de welbekende 5-minutenregistratie. Wij werkten zeer doelmatig en toch dreigden we financieel gezien door het ijs te zakken. Wij gingen op zoek naar een andere vorm van bekostiging waarbij niet de productie maar het resultaat telt, en zijn uiteindelijk een pilot gestart met CZ en VGZ. Het komt erop neer dat wij nu een lumpsumfinanciering per cliënt per maand ontvangen en daarvoor leveren we alle zorg. Daarbij benutten we de kracht die onze cliënten nog hebben. We zorgen dus niet meer vóór iemand, we zorgen dat iemand iets weer zelf kan en verhogen zo de kwaliteit van leven. Bijvoorbeeld door de inzet van technologie. Dit heeft meerdere voordelen. Enerzijds behouden ouderen zo hun eigenwaarde en blijven zij baas over hun eigen leven en agenda. Anderzijds: doordat we de zorg anders organiseren gaan de kosten omlaag en daarmee ook de druk op de arbeidsmarkt. Het mes snijdt dus aan 2 kanten; het is goed voor onze organisatie en goed voor de mens.

Dansen

Nadat we met de zorgverzekeraars de afspraken gemaakt hadden voor deze pilot, was de volgende stap om onze thuiszorgmedewerkers mee te krijgen. Dat viel in het begin niet mee, want zij hadden het gevoel dat dit een verkapte bezuiniging was. Dat is het niet. Wat het wel is, is dat niemand anders dan de wijkverpleegkundige en de cliënt samen bepalen welke zorg iemand nodig heeft. Daarmee geven we onze wijkverpleegkundigen hun autonomie terug. Onze medewerkers hebben de beschikking over een grote tas, een toolkit. Samen met de cliënt kijken ze bij de intake wat er nodig is om waardevolle zorg te leveren op basis van wat iemand nog kan. Soms is dat een technologisch hulpmiddel, een andere keer is dat iemand leren om bepaalde taken (weer) zelf te doen. Hele basale dingen, zoals afwassen of een gehoorapparaat in doen. Hierdoor vervalt een deel van de werkzaamheden van de huishoudelijke thuishulpen en helpenden. Om te voorkomen dat zij boventallig werden, is een groot deel van hen de afgelopen jaren opgeleid tot verzorgende en zelfs verpleegkundige. Alle wijkverpleegkundigen zijn getraind om als coach het zorgtraject te begeleiden. 'Dansend' met de klant, als een sterke en leidende danspartner, die de ander soepel en zonder op de tenen te trappen in de gewenste richting stuurt. Dit was even

Sputten en slikken via de computer

Ruijters: "Een mooi voorbeeld van een slimme technologische oplossing is screen-to-screen. Hiermee geven we diabetespatiënten, die wel zelf de insuline kunnen inspuiten maar moeite hebben met het juist instellen of aflezen van de waardes op de insulinepen, de regie terug. Deze groep krijgt een tablet waarmee contact gemaakt kan worden met de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige kijkt op afstand mee hoeveel insuline nodig is. Door de insulinepen voor de webcam te houden, kan de wijkverpleegkundige aflezen of de juiste hoeveelheid insuline ingesteld is. Een ander mooi voorbeeld is een elektronische medicijndoos die op het juiste moment de juiste medicatie verstrekt. Dankzij de inzet van dit soort slimme oplossingen hoeft de wijkverpleegkundige niet meerdere malen per dag naar dezelfde cliënt voor een relatief simpele handeling. Dit bespaart tijd en geld. Voor de cliënt is het ook fijn, want die hoeft niet thuis te blijven. De medicijndoos en het scherm kunnen immers mee.



"Mijn droom voor de ouderenzorg in 2030 is dat mensen ondanks de beperkingen die het ouder worden met zich meebrengt een waardevol leven kunnen leiden, ook wanneer zij in een verpleeghuis wonen. Als je oud bent wil je baas zijn over je eigen leven. Maar dat is geen vrijblijvendheid. Over 5 jaar verlangt de samenleving dat je de kracht die je nog hebt benut en begrijpen we dat je laten 'pamperen' alleen maar leidt tot nog meer afhankelijkheid." – Roger Ruijters

Roger Ruijters was tot 1 juli 2018 bestuursvoorzitter bij MeanderGroep Zuid-Limburg. Momenteel is hij bestuursvoorzitter bij Envida.

wennen voor zowel onze medewerkers als onze cliënten. De klanttevredenheid is na een kleine dip nu zeer hoog, we scoren een 8,2. Ook medewerkers voelen zich inmiddels als een vis in het water bij deze manier van werken. Niet voor niets zijn we uitgeroepen tot beste werkgever in Limburg.

Optima forma

De pilot is zeer succesvol. Dit is zorgondernemerschap in optima forma. Niet alleen hebben we het aantal uur zorg per cliënt afgebouwd van meer dan 15 naar 9,8 uur per maand per cliënt. We voorkomen ook 40 tot 60 ziekenhuisopnames per maand, doordat er een wijkverpleegkundige aanwezig is op de spoedeisende hulp en bij de huisartsenpost. We hebben geen wachtlijsten voor thuiszorg en nemen iedereen aan, ongeacht de aard en intensiteit van de zorgvraag. Ook cliënten die niet meegaan in de proef, omdat zij niet verzekerd zijn bij CZ of VGZ, profiteren want we werken ook voor hen doelmatiger en slimmer.

Uiteraard rapporteren we regelmatig aan de zorgverzekeraars over bijvoorbeeld gewerkte uren – we schrijven nog wel steeds tijd, maar nu regelarm –, klanttevredenheid, het gebruik van de hulpmiddelen en het aantal klanten. CZ en VGZ zijn net als wij erg tevreden met de uitkomsten: de best passende zorg tegen lagere kosten.

Alleen maar voordelen

Het is goed mogelijk dat deze manier van bekostiging in de toekomst landelijk uitgerold wordt. Daar is dan nog wel wat denkwerk voor nodig. Wij ontvangen in

de proef een vast bedrag per cliënt per maand. Voor de meeste thuiszorgorganisaties is het een uitdaging om voor dat bedrag kwalitatief goede zorg te leveren. Zij zullen ingrijpend moeten reorganiseren. Toch is die transformatie in de thuiszorg noodzakelijk. Deze manier van bekostigen haalt de perverse prikkel weg. Het heeft alleen maar voordelen: geen verspilling van schaarse menskracht, tevreden medewerkers, minder kosten, hogere klanttevredenheid en het belangrijkste: een betere kwaliteit van leven voor de cliënt.

"Alle wijkverpleegkundigen zijn getraind om als coach het zorgtraject te begeleiden. Als het ware 'dansend' met de klant."

Ik zie daarnaast ook nog mogelijkheden voor een ontschotting van het stelsel. Niet alleen qua bekostiging. Ook de wijkverpleegkundige kan over de schotten heen kijken en bijvoorbeeld ook indiceren voor huishoudelijke hulp of dagbesteding. De wijkverpleegkundige als regisseur van zorg, die regelt wat iemand nodig heeft. Ongeacht uit welke potje de financiering komt dus. Daarmee ontstaat er ook meer synergie tussen intra- en extramurale zorg. En daar wordt iedereen beter van."

3. Blik op de toekomst: ouderenzorg in 2030

We hebben in Nederland te maken met een zogenaamde 'dubbele vergrijzing'. Dat wil zeggen dat de groep ouderen relatief gezien een steeds groter aandeel vormt van de Nederlandse samenleving, onder meer als gevolg van de babyboom na de Tweede Wereldoorlog. Tegelijkertijd worden we steeds ouder. Welk effect heeft dit op het toekomstige zorggebruik en de kosten?

Vektis heeft een prognosemodel ontwikkeld om het aantal ouderen te schatten. We hebben ons hierbij gebaseerd op de leeftijdsontwikkeling. Aspecten als immigratie, leefstijl en gezondheid zijn buiten beschouwing gebleven (zie toelichting prognosemodel op pagina 32).

We schatten dat er in 2030 circa 4,2 miljoen ouderen zijn. In 2017 is 19% van de mensen in Nederland ouder dan 65 jaar, in 2030 loopt dit op naar 25%. Ten opzichte van 2017 neemt het aantal 65-74-jarigen met ongeveer 325.000 mensen toe. Het aantal 75-84-jarigen stijgt met circa 530.000 en het aantal 85-plussers met 135.000 mensen.

De zorgkosten voor 2030 zijn berekend door de bevolkingsprognose te vermenigvuldigen met de gemiddelde zorgkosten naar leeftijd en geslacht in 2017. Hierbij is dus geen rekening gehouden met de arbeidsmarktaspecten die mogelijk - mede - bepalen in hoeverre de zorgvraag daadwerkelijk wordt ingevuld.

Voor de arbeidsmarktaspecten verwijzen we naar andere bronnen zoals de Arbeidsmarktagenda 2023 'Aan het werk voor ouderen' van het ministerie van VWS.

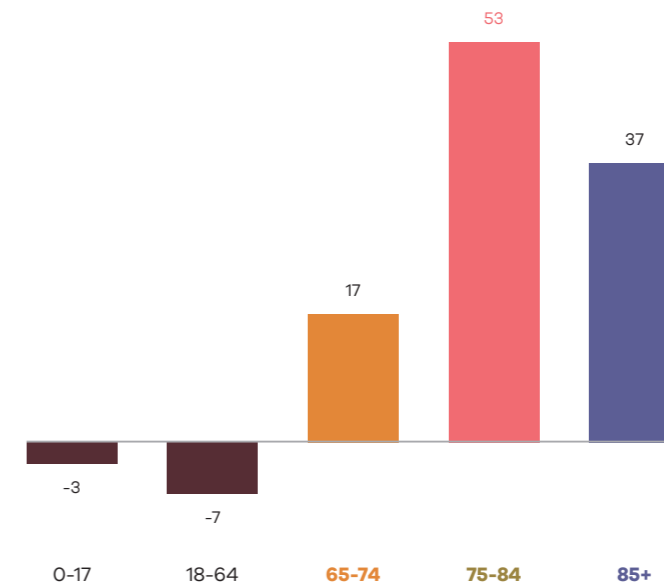
De zorgkosten zijn in 2030 circa 37% hoger dan in 2017. De kosten in de Wet langdurige zorg stijgen met 38% iets meer dan de kosten die uit de Zorgverzekeringswet worden betaald. Als we naar de verschillende zorgsoorten kijken, dan valt op dat de kosten van specifieke ouderenzorg sneller toenemen dan de 'algemene' zorgkosten. Gezien het feit dat we ramen op basis van de leeftijdsontwikkeling ligt dat ook voor de hand. Want de hogere leeftijdsklassen maken relatief meer gebruik van specifieke zorg dan van algemene ouderenzorg. 85-plussers maken bijvoorbeeld relatief meer gebruik van wijkverpleging dan 65-84-jarigen.

Ten opzichte van de totale populatie zien we dat het aandeel van de ouderen in de totale zorgkosten toeneemt van 50% in 2017 tot 58% in 2030.

Figuur 3.1

Groep met 75-84-jarigen groeit het snelst

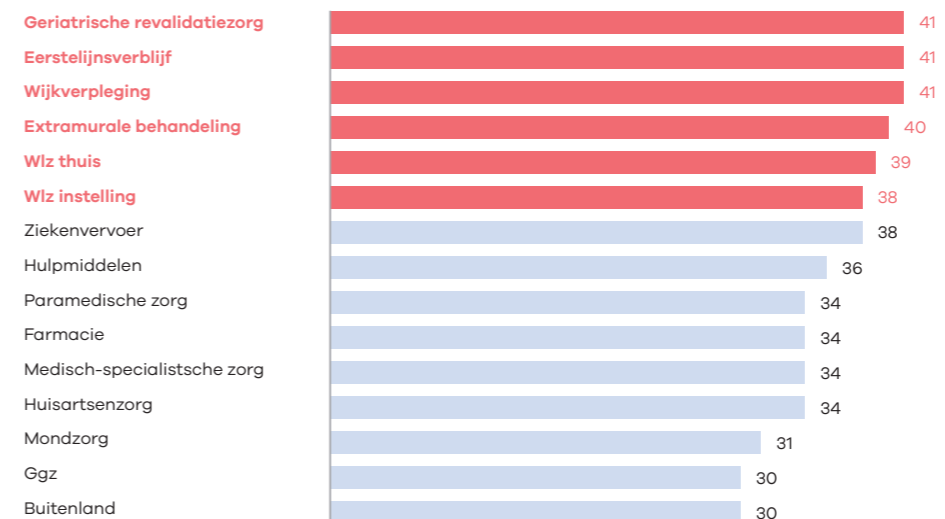
In procenten, ten opzichte van 2017



Figuur 3.2

Toename kosten ouderenzorg van 2017 tot 2030

In procenten

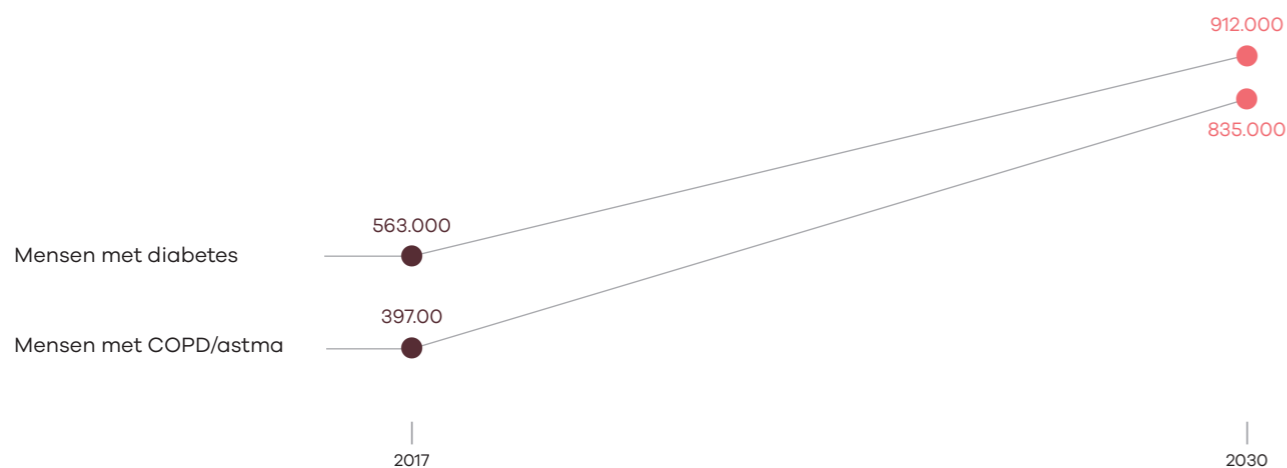


Diabetes en COPD in 2030

We hebben ook een prognose gemaakt voor 2 chronische aandoeningen bij ouderen: diabetes en COPD/astma. We zien, uitgaande van gelijkblijvende incidentie (aantal nieuwe gevallen) en leefstijl, een sterke stijging van deze 2 chronische aandoeningen. De komende jaren stijgt naar verwachting zowel het aantal diabetespatiënten als het aantal mensen met COPD, respectievelijk naar 912.000 en 835.000 patiënten in 2030.

Figuur 3.3

Het aantal ouderen met diabetes en/of COPD verdubbelt bij ongewijzigde incidentie



Toelichting prognosemodel

Om verschillende (deel)populaties in de toekomst te kunnen volgen en vergelijken, heeft Vektis een prognosemodel ontwikkeld met behulp van de zogenaamde cohort-componentenmethode. We hebben het zorggebruik en de zorgkosten voor de periode 2017-2030 geschat op basis van de leeftijdsspecifieke sterfte, de nettomigratie en de zorgkosten van Nederlandse verzekerden in 2017. Het model dat wij gebruiken is simpeler dan het model dat het CBS gebruikt voor de bevolkingsprognose. Zo houden wij geen rekening met te verwachten veranderingen in sterfte en migratie. Het CBS schat de jaarlijkse groei van ouderen op 2,4% voor de periode 2017-2030 en Vektis komt uit op 2,2%.

Vektis beschikt over een database met chronisch zieken die we hebben geïdentificeerd op basis van gedeclareerde zorg. Deze database hebben we gebruikt om een prognose te maken voor het aantal mensen met diabetes en/of COPD. De toekomstige chronisch zieken (diabetes en COPD) hebben we berekend op basis van het aantal verzekerden volgens de prognose én de prevalentie en incidentie in het jaar 2016 uit de Vektis-database. Omdat de incidentie van COPD (het aantal nieuwe patiënten) in 2016 uit de Vektis-gegevens beduidend hoger was dan het cijfer van het NIVEL (Volksgezondheidszorg.info) hebben we hiervoor een correctiefactor berekend.



Grijze druk

In Nederland hebben we te maken met een 'dubbele vergrijzing' of 'grijze druk' en dat heeft gevolgen voor de betaalbaarheid van het zorgstelsel. Een relevante vraag hierbij is of de solidariteit van het Nederlandse zorgstelsel hierdoor onder druk komt te staan door de kostenstijging in de ouderenzorg. Het stelsel is immers gebaseerd op solidariteit tussen jong en oud, tussen werkend en niet werkend, tussen gezond en zorgafhankelijk. Door de grijze druk komt er spanning op de relatie tussen de krimpende groep werkenden ten opzichte van de groeiende groep ouderen die hoge zorgkosten maakt. Dit beïnvloedt ook de vraag naar personeel in de zorg en de benodigde voorzieningen.

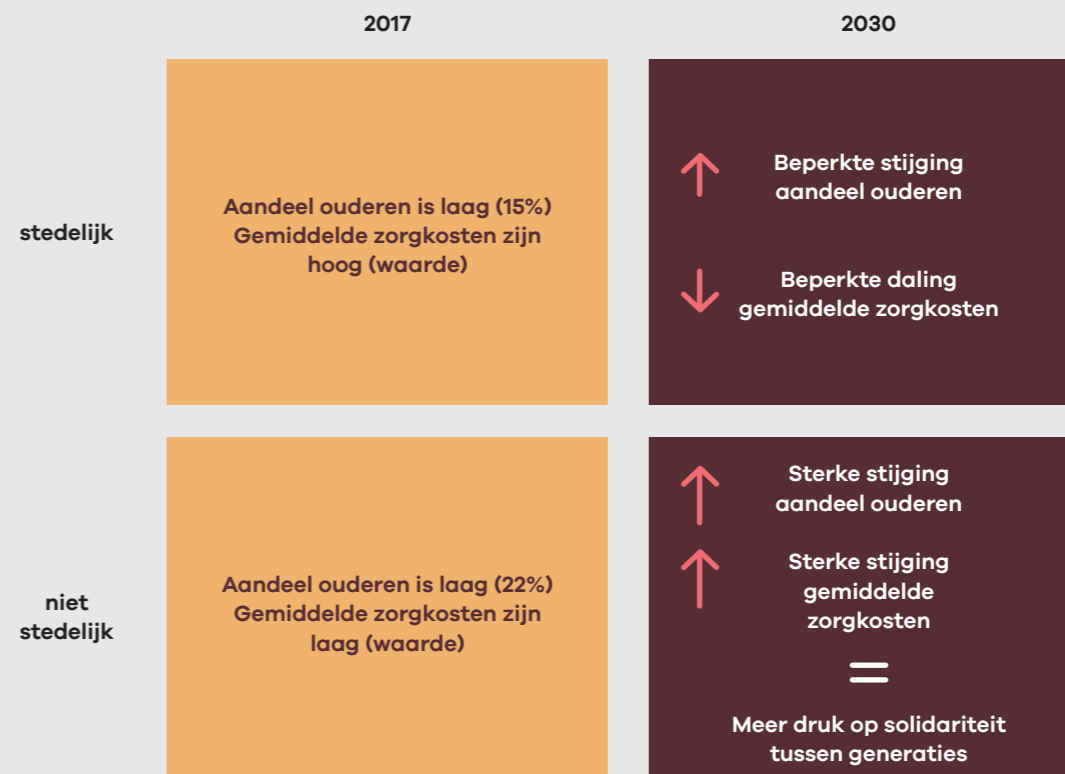
Wij hebben onderzocht of er regionale verschillen zijn in Nederland in de grijze druk. Hiervoor hebben we 2 extremen, stedelijke gebieden en niet-stedelijke

gebieden met elkaar vergeleken (indeling in stedelijkheidsklassen CBS). In figuur 3.4 kun je zien dat de gevolgen van de grijze druk, nu en in 2030, verschillend uitpakken in stedelijke en niet-stedelijke gebieden. In de niet-stedelijke gebieden zien we een relatief sterkere stijging van het aantal ouderen en een daarmee samenhangende stijging van de gemiddelde kosten. Het gevolg daarvan is dat de effecten van de grijze druk in niet-stedelijke gebieden groter zijn dan in de stedelijke gebieden. Dat heeft impact op werkgelegenheid (benodigd zorgpersoneel), op de benodigde voorzieningen en mogelijk ook op de solidariteit tussen de werkende beroepsbevolking en de ouderen.

Op onze website gaan we dieper in op de grijze druk. Ga naar www.vektis.nl/grijzedruk voor de prognose van de zorgkosten stedelijk versus niet-stedelijk.

Figuur 3.4

Meer druk op solidariteit in niet-stedelijk gebied in 2030



4. Interview

“Anders kijken naar ouderenzorg”

Hoe is het om oud te zijn, doof of blind of aan een rolstoel gekluisterd? Hoe is het om zelf zorg te ontvangen? Verzorgenden en verplegenden in de ouderenzorg kunnen dit zelf ervaren. En wij mochten dit ook. Welkom in De ParticipatieKliniek.

Kantel je blik, beweeg de zorg. Dat is het motto van De ParticipatieKliniek. In Megen is een leegstaande zorglocatie omgebouwd tot 'kliniek' en daar kunnen verzorgenden en verpleegkundigen zich voor 24 uur laten opnemen in de rol van bewoner. In De ParticipatieKliniek draait alles om verbinding, vertrouwen en zelfreflectie, om ervarend leren. Het gaat om de beleving zorg te ontvangen gezien vanuit de bewoner. Hoe wil je later zelf verzorgd worden? Wat betekent dat voor je eigen rol en vakmanschap als zorgverlener? En wat voor stap kun je zelf zetten om de zorg morgen leuker, mooier, beter en veiliger te maken? Het 'personeel' bestaat uit acteurs/trainers die geen verstand hebben van zorg, maar wel van mensen. Zij faciliteren dit etmaal in zorg en zijn daarbij niet vies van een beetje theater.

Stef Verhoeven is 1 van de oprichters van De ParticipatieKliniek: “We noemen onszelf een beweging, de een steekt de ander aan. Verpleegkundigen en

verzorgenden uit de ouderenzorg stimuleren elkaar op hun vakgebied. Het is een sociaal veranderingsproces. Het bouwen aan een community. Dat is een proces dat je niet altijd kunt sturen maar wél impulsen kunt geven. Impulsen zoals het 24-uursbelevings- en leerevent (gemiddeld 20 keer per jaar, 45 mensen per keer). Of een landelijke campagne (onder andere via Facebook) en sessies binnen zorginstellingen om ervaringen te delen, te verspreiden en te verankeren. Onderzoek in opdracht van VWS en V&VN toont aan dat deze aanpak werkt: voor vrijwel iedereen leidt een verblijf in De ParticipatieKliniek tot nieuwe inzichten. Ook zet het aan tot een andere manier van (samen)werken. Ervarend leren werkt dus.”



Henk Ermers is coördinator informele zorg bij Pantein Zorggroep.

In september 2017 werd hij voor 24 uur opgenomen in De ParticipatieKliniek. Ermers: "Ik vond het heel confronterend. We hebben allemaal een beeld bij het hebben van een 'mankement', maar we weten niet hoe groot de impact echt is. Mijn vader is slechthorend, een echte ouderdomskwaal. Tijdens mijn opname in De ParticipatieKliniek kreeg ik toevallig ook dit mankement toebedeeld. Na een dag slechthorend te zijn geweest realiseerde ik me hoe gemakkelijk je in een sociaal isolement terecht komt als je niet kunt deelnemen, hoe naar dat is. Ik was niet alleen slechthorend die dag, maar ook halfzijdig verlamd. Door de beperkte energie die je dan hebt zijn bepaalde normen en waarden al snel niet belangrijk meer. Ik kreeg mijn blouse niet goed in mijn broek bijvoorbeeld. Te veel gedoe, laat maar hangen. Ik kreeg mijn vlees niet gesneden. Gelukkig bood iemand aan te helpen. Het resultaat was een grote prak eten. Zo doe ik het thuis nooit, maar je bent al lang blij dat je hapklaar kunt eten. Nog zo'n voorbeeld: we werden om 7 uur gewekt met appelmoes en onze medicatie. Heel gebruikelijk in een instelling als medicijnen innemen met water niet meer lukt. Ik vind appelmoes best lekker, maar niet om 7 uur 's morgens. Wij hebben onze cliënten direct de vraag gesteld wat zij

ervan vonden en gevraagd wat een goed alternatief zou zijn. Die bewustwording is heel waardevol en dat geldt ook voor de workshops en intervisiebijeenkomsten. Pantein is inmiddels 2 keer opgenomen geweest. De 2^e keer samen met collega's uit het Maasziekenhuis en de thuiszorgorganisatie. Het initiatief is erg enthousiast ontvangen en draagt bij aan de saamhorigheid en samenwerking tussen de verschillende zorgdomeinen. Wij hebben intern in allerlei vormen opvolging gegeven aan ons verblijf in De ParticipatieKliniek. Het ervaringsleren doet het bijzonder goed bij onze medewerkers.

Na mijn verblijf in De ParticipatieKliniek kijk ik anders naar oud worden. Mijn moeder is 77 jaar en roept steeds: 'Als ik maar niet zo word als mijn moeder' – zij had dementie. Mijn ouders zijn gelukkig nog vitaal. Maar wanneer het moment komt dat dat niet meer zo is en je niet meer wil, dan is een pil in je nachtkastje nog niet zo'n rare gedachte. Misschien is dat ook wel mijn eigen ijdelheid: als ik zo afhankelijk word van andere mensen en ik mijn normen en waarden moet laten varen, dan zou ik graag zelf willen aangeven: het is goed zo."



Natascha van Kasteren werkt als Verzorgende IG/EVV in verpleeghuis De Vlaswiek in Liempde, onderdeel van Zorggroep Elde.

EVV staat voor eerstverantwoordelijke verzorgende voor een bewoner. Natascha maakt zorgplannen en draait mee in de dagelijkse praktijk. Ze liet zich vrijwillig opnemen in De ParticipatieKliniek. Van Kasteren: "Na een loting was dat, want er was enorm veel animo onder het personeel van Zorggroep Elde. Ook ik vond een verblijf in De ParticipatieKliniek heel confronterend. Ik kreeg de mankementen slechtziend en slechthorend toebedeeld en daarbij liep ik ook nog eens moeilijk, met een driepoot. Tijdens het eten, aan een tafel vol mensen, merkte ik al snel hoe beperkingen impact hebben op het dagelijks leven. Omdat ik slecht zag en hoorde, kwamen er wel heel veel prikkels binnen, maar kon ik ze niet goed plaatsen. Dat zorgde voor hoofdpijn. Ik voelde me eenzaam en heb mezelf teruggetrokken, zodat ik mij kon afsluiten voor al die prikkels.

Wij denken vaak dat het gezellig is voor een bewoner om aan tafel mee te eten. Nu zal ik daar nooit meer op aandringen. Als iemand op zijn of haar kamer wil eten,

dan is dat oké. Hetzelfde geldt voor vroeg naar bed gaan. Ik vraag 's avonds ook nooit meer 'blijf nou nog gezellig koffiedrinken' als iemand vroeg naar bed wil, want ik heb zelf ervaren hoe vermoeiend het is om te leven met een mankement. Het viel mij ook op hoeveel herrie er eigenlijk is op een afdeling. 16 bewoners, de verzorgenden, geluiden zoals het roeren in een kopje of het stapelen van borden. Wij houden hier tegenwoordig echt rekening mee en hebben bijvoorbeeld de metalen theelepels vervangen door stille, houten exemplaren. Ook plaats ik mensen die slechthorend zijn nu anders in de ruimte, zodat zij kunnen zien waar bepaalde geluiden en prikkels vandaan komen. Al dit soort kleine aanpassingen dragen bij aan minder onrust bij onze bewoners. Ook al is het lastig communiceren met de mensen voor wie ik zorg, ik zie en voel dat zij er wel bij varen."



"Oud worden moet wel leuk zijn"

Jos Bus is 1 van de 3 oprichters van De ParticipatieKliniek: "Ouder worden is heftig. Mijn moeder heeft nu zorg nodig. Dat is de werkelijkheid. En wij hebben later zelf ook zorg nodig. 50 jaar geleden woonden ouderen in bejaardentehuizen, die zijn grotendeels wegbezuinigd. Natuurlijk hopen we allemaal lang thuis te kunnen blijven wonen. Maar wat als dat niet meer gaat? Dan kom je in een verpleegtehuis terecht. Tijdens onze stages en clinics hebben we veel huizen vanbinnen gezien. Ik schrok daar erg van. Als ik het voor het zeggen heb, dan kies ik daar niet vrijwillig voor. Liever ga ik met een groep gelijkgestemden bij elkaar wonen en regelen we samen de zorg. Dan nemen we onze intrek in een eigen 'kliniek', maar dan wel 1 met een podium, geluidsdicht en een aparte werkruimte. Ik neem al mijn boeken, foto's en muziek mee. En natuurlijk de mensen van wie ik houd. Oud worden moet tenslotte wel leuk zijn."

Meer lezen? Op onze website staat een uitgebreider interview met de oprichters van De ParticipatieKliniek. Hier lees je ook de ervaringen van Marieke Smit, manager Informatie & Onderzoek bij Vektis. Ga naar www.vektis.nl/oud

5. Begrippenlijst

Dubbele vergrijzing

Dubbele vergrijzing is het verschijnsel dat er steeds meer ouderen ouder zijn (onder andere als gevolg van de babyboom na de Tweede Wereldoorlog), en dat tevens de gemiddelde leeftijd steeds hoger komt te liggen. De vergrijzing neemt dus op 2 manieren toe. Zie ook pagina 33.

Eerstelijnsverblijf

Eerstelijnsverblijf is kortdurend verblijf voor mensen die tijdelijk zorg nodig hebben. Ook palliatieve zorg valt onder het eerstelijnsverblijf. Palliatieve zorg omvat alle zorg voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn en is erop gericht de resterende levensduur zo aangenaam mogelijk te maken. Zie ook pagina 22.

Extramurale behandeling

De subsidieregeling extramurale behandeling is bedoeld voor cliënten zonder Wlz-indicatie die wel behoefte hebben aan een specifieke behandeling. De behandeling richt zich op het verbeteren van de functionele autonomie, voorkomen van verergering van de beperking en het leren omgaan met beperkingen. Dit draagt eraan bij dat mensen langer zelfstandig blijven. Het kan de huisarts ontlasten en onnodige ziekenhuisopnames beperken. Deze zorg wordt waarschijnlijk in 2020 ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. Zie ook pagina 26.

Geriatricie

Geriatricie is het medisch specialisme specifiek voor de oudere patiënt in het ziekenhuis. De geriatricie legt zich toe op ouderen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Vaak gaat het om een combinatie van lichamelijke en psychische problematiek.

Geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg is gericht op revalidatie van ouderen, bijvoorbeeld na een heupoperatie of een beroerte/cva. Het doel is om na de revalidatieperiode weer terug naar huis te gaan. Zie ook pagina 22.

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen worden deels vergoed uit het basispakket en bekostigd uit de Zorgverzekeringswet. Denk bijvoorbeeld aan steunkousen of incontinentiemateriaal.

Enkele andere voorbeelden van hulpmiddelen:

- verzorgingsmiddelen: katheters, spoelapparatuur, stomavoorzieningen en incontinentie-absorptiemateriaal.
- transportondersteuners van bloed en lymfe, zoals elastische kousen.
- 'inrichtingselementen van woningen' zoals antidecubitusbedden en -kussens om doorliggen te voorkomen.

Daarnaast zijn er hulpmiddelen om thuis te blijven wonen die uit de Wmo bekostigd worden, zoals veilige douches en trapliften. Ook vervoersvoorzieningen, zoals een scootmobiel, vallen hieronder. Zie ook pagina 10.

Ouderen

In deze Zorgthermometer bedoelen we met ouderen personen van 65 jaar en ouder.

Patiëntstromen

Patiëntstromen, of zorgpaden, laten zien welke zorg iemand ontvangt op een bepaald moment in de tijd, en welke zorg iemand een jaar eerder of later ontvangt. Het brengt in kaart hoe mensen stromen door de verschillende zorgsoorten. Zie ook pagina 24.

Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening. De Wet langdurige zorg is de opvolger van de AWBZ. (bron: rijksoverheid)

Wet maatschappelijk ondersteuning

De gemeentes voeren de Wet maatschappelijke ondersteuning uit. Vanaf 2015 vallen hieronder onder andere dagbesteding, beschermd wonen en huishoudelijke hulp.

Wijkverpleging

Wijkverpleging is de zorg voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben. Denk bijvoorbeeld aan het aantrekken van steunkousen, helpen met douchen of de dagelijkse verzorging van een wond. Wijkverpleging is bestemd voor mensen met een chronische ziekte of een lichamelijke handicap. Ook mensen die net uit het ziekenhuis komen en tijdelijk verzorging of verpleging thuis nodig hebben kunnen er gebruik van maken. Dat geldt ook voor mensen in het laatste levensstadium. Wijkverpleegkundigen vervullen ook een preventieve rol bij kwetsbare ouderen die - nog - geen zorgvraag hebben. Zie ook pagina 16.

Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet regelt onder andere het recht op een basisverzekering met een vergoedingspakket voor alle verzekerden.

Colofon

In deze publicatie zetten we cijfers uit de zorg rondom een thema of een bepaald jaar centraal. Alles uit de uitgave mag met bronvermelding worden gekopieerd. De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks toch onjuistheden in voorkomen, aanvaardt Vektis daarvoor geen enkele aansprakelijkheid. Ook aanvaarden wij geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

Auteurs

drs. Harry Post
drs. Kees Huijsmans
dr. Ronald Luijk
Lisette Gusdorf Msc

Redactie

Joyce Wagter, tekst
Maike Krommendijk
Jannie Aartse
drs. Marieke Smit
dr. Anne de Boo

Wij bedanken

Roger Ruijters (MeanderGroep Zuid-Limburg resp. Envida), de ParticipatieKliniek, Henk Ermers, Natascha van Kasteren en Daniëlle van Hemert en Johan Boonstra van Zorgverzekeraars Nederland.

Grafisch ontwerp

Studio S&H, Bunnik

Fotografie bij interview Roger Ruijters

Driejuni.nl, Theo Scholten, Doorn

Drukwerk

Drukkerij Roelofs BV, Enschede

Meer informatie

Wil je een exemplaar van deze publicatie ontvangen, neem dan contact op met Vektis via 030-8008 300 of stuur een e-mail naar: info@vektis.nl. Deze publicatie is ook online te raadplegen op www.vektis.nl. Heb je inhoudelijke vragen over deze publicatie? Stuur dan een mail naar Harry Post: h.post@vektis.nl.

© 2018 Vektis

