

# 6

## Leven met een chronische aandoening of functioneringsprobleem

### Kernbevindingen

- Er zijn weinig problematisch wachtenden; er zijn echter wel bijna 18.000 mensen die wachten op zorg van een voorkeursaanbieder
- De meeste cliënten ontvangen zorg binnen de maximaal aanvaardbare wachttijd
- De tijd tussen toezegging van hulp bij het huishouden en de daadwerkelijke ontvangst ervan is bij de meeste cliënten korter dan een maand
- De meeste mantelzorgers van mensen met dementie vinden de wachttijd voor psychosociale en praktische ondersteuning acceptabel
- Het aantal meerbedskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen neemt steeds verder af
- Het percentage cliënten met decubitus is de afgelopen jaren sterk gedaald
- Het percentage cliënten dat ondervoed is of risico loopt op ondervoeding is de afgelopen jaren gedaald
- Het percentage cliënten met een valincident is onder cliënten die in instellingen voor wonen, zorg en welzijn verbleven in de afgelopen jaren vrijwel gelijk gebleven
- In een periode van 30 dagen worden bij één op de vijf bewoners van instellingen voor wonen, zorg en welzijn vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast
- Verzorgenden in verpleeghuizen zijn ten opzichte van zorgverleners uit andere sectoren het minst positief over de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling

- In 2013 gaf één op de tien zorgverleners aan dat de kwaliteit van zorg die verleend werd door hun afdeling/team regelmatig of vaak niet goed was
- Van de verzorgenden in verzorgings- en verpleeghuizen gaf respectievelijk 51% en 42% aan dat er over het algemeen genoeg personeel was om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren
- Vooral bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen en vertegenwoordigers van bewoners met psychogeriatrische problemen zijn kritisch over de kwaliteit van zorg
- Cliënten in de langdurige ggz zijn het meest kritisch over de informatievoorziening, de mate van eensgezindheid onder begeleiders en het bijstellen van hun begeleidingsplan
- Nederland scoort goed ten opzichte van andere Europese landen wat betreft de kwaliteit van de dementiezorg
- Ondersteuning vanuit de Wmo verbetert de ervaren zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie
- Het verlenen van mantelzorg belemmert de maatschappelijke participatie
- De totale AWBZ-uitgaven stegen in de periode 1972-2013 met bijna 27 miljard euro
- In 2013 bedroegen de AWBZ-uitgaven bijna 28 miljard euro
- De uitgaven voor langdurige zorg in Nederland zijn hoog vergeleken met die in Finland en Frankrijk
- Het totaal aan eigen bijdragen aan AWBZ-zorg is in de afgelopen jaren met ruim 10% gestegen
- Zvw- en AWBZ-uitgaven voor mensen met meerdere chronische aandoeningen of een handicap zijn hoger dan gemiddeld
- De gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde lopen regionaal uiteen
- De Wmo-uitgaven van gemeenten bedroegen in 2010 gemiddeld 225 euro per inwoner
- PGB-maatregelen hebben in 2012 het aantal PGB-houders teruggedrongen; de totale uitgaven voor PGB's zijn echter gestegen

## 6.1 Achtergrond

In 2011 telde Nederland 5,3 miljoen mensen met een chronische somatische of psychische aandoening, van wie 1,9 miljoen mensen meerdere chronische aandoeningen hebben (Gijzen et al., 2013). Ongeveer 1,8 miljoen personen van 12 jaar en ouder gaven in 2012 aan dat zij beperkingen ervaren op het gebied van horen, zien of bewegen (CBS Statline, 2013). In 2011 waren er ongeveer 130.000 mensen met een verstandelijke handicap (Gommer & Poos, 2013). Het aantal mensen met een indicatie voor langdurige geestelijke gezondheidszorg gefinancierd vanuit de AWBZ lag in 2012 op ruim 125.000 (GGZ Nederland, 2014). Het aantal mensen met dementie werd in 2013 geschat op ruim 260.000 (Alzheimer Nederland, 2014). Bovenstaande cijfers kunnen niet zomaar worden opgeteld, omdat de groepen sterk overlappen. Zo worden mensen met een langdurige psychische stoornis of met een functioneringsprobleem deels ook meegeteld bij het aantal mensen met een chronische aandoening.

Mensen met een chronische aandoening of functioneringsprobleem gebruiken over het algemeen meer zorg dan mensen die dit niet hebben. Het gaat onder meer om huisartsenzorg,

ziekenhuiszorg, paramedische zorg en het gebruik van geneesmiddelen, maar ook om zorg die vergoed wordt vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en ondersteuning en begeleiding vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In 2012 maakten ongeveer 825.000 mensen gebruik van enige vorm van AWBZ-zorg, dat is zo'n 5% van de totale bevolking. Bijna 95% van deze groep maakt ook gebruik van zorg (exclusief huisartsenzorg) die vergoed wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) (Vektis, 2013a).

In dit hoofdstuk staan de toegankelijkheid, kwaliteit en uitgaven voor langdurige zorg centraal. Dit omvat verpleging, verzorging en ondersteuning van mensen met een chronische aandoening of functioneringsprobleem. Deze zorg wordt zowel intra- als extramuraal geleverd. Dit hoofdstuk gaat vooral in op de langdurige zorg die wordt bekostigd vanuit de AWBZ en de Wmo. In de voorgaande hoofdstukken is vooral geschreven over de zorg die wordt bekostigd vanuit de Zvw. Die zorg wordt uiteraard ook verleend aan mensen met een langdurige aandoening, maar komt in dit hoofdstuk niet aan de orde. In 2013 zijn diverse hervormingen van de langdurige zorg voorgesteld. Als gevolg hiervan gaan er veranderingen en verschuivingen plaatsvinden in onder andere de bekostiging en verantwoordelijkheden omtrent de organisatie en levering van de zorg. Zo zullen naast de functie huishoudelijke verzorging, die al in 2007 van de huidige AWBZ naar de Wmo werd overgeheveld, ook extramurale begeleiding en kortdurend verblijf worden overgeheveld. Verpleging en persoonlijke verzorging worden overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. De kern-AWBZ die dan overblijft (nieuwe Wet langdurige zorg) omvat zorg voor mensen die niet meer in een thuisomgeving kunnen wonen (VWS, 2013c; VWS, 2013d).

## 6.2 Indicatoren voor langdurige zorg

Naast de indicatoren waarover gerapporteerd werd in vorige edities, zijn voor deze Zorgbalans indicatoren geselecteerd die passen bij belangrijke thema's binnen de hervorming van de langdurige zorg. Dit betreft onder andere zeggenschap, zelfredzaamheid en participatie. We benaderen de toegankelijkheid, kwaliteit en uitgaven voor de langdurige zorg vanuit het perspectief van professionele zorgverleners, cliënten en mantelzorgers. Ten opzichte van de vorige Zorgbalans besteden we vooral meer aandacht aan het perspectief van mantelzorgers omdat van hen een steeds nadrukkelijker rol bij het leveren van ondersteuning en zorg wordt verwacht.

### *Toegankelijkheid (en beschikbaarheid)*

- Aantal problematisch wachtenden in de langdurige zorg
- Percentage cliënten dat binnen de Treeknormen in zorg wordt genomen
- Percentage cliënten dat binnen een maand na toezegging van de hulp bij het huishouden ook daadwerkelijk huishoudelijke hulp ontvangt
- Percentage mantelzorgers van mensen met dementie bij wie psychosociale en praktische ondersteuning voor henzelf op tijd komt

### *Kwaliteit*

- Aantal meerbedskamers in verzorgings- en verpleeghuizen

- Vermijdbare zorgproblemen bij cliënten in zorginstellingen: decubitus, (risico op) ondervoeding, valincidenten en toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen
  - Percentage zorgverleners dat tevreden is met de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling
  - Percentage zorgverleners dat aangeeft dat de verleende kwaliteit van zorg door de eigen afdeling/team niet goed is
  - Percentage zorgverleners dat aangeeft dat er voldoende (gekwificeerd) personeel is om goede kwaliteit van zorg te leveren
  - Percentage cliënten en hun vertegenwoordigers dat nooit of soms goede ervaringen heeft met de ontvangen kwaliteit van zorg in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg: bejegening, communicatie, meebeslissen, vakkundig werken en kwaliteit en sfeer tijdens de maaltijd
  - Mate waarin cliënten in de langdurige geestelijke gezondheidszorg goede ervaringen met kwaliteit van zorg hebben
  - Mate waarin de kwaliteit van de dementiezorg in Nederland verschilt van die in andere Europese landen
  - Mate waarin ervaren zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie veranderen door ondersteuning vanuit de Wmo
  - Percentage mantelzorgers dat door het verlenen van zorg participatieproblemen ervaart
- Kosten*
- Trend in totale AWBZ-uitgaven in Nederland
  - Totale AWBZ-uitgaven in 2013 per sector
  - Uitgaven voor de langdurige zorg per persoon in Nederland ten opzichte van die in andere OECD-landen
  - Eigen bijdragen van cliënten die AWBZ-zorg ontvangen
  - Zvw- en AWBZ-uitgaven voor mensen met multimorbiditeit of een handicap
  - Gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde per regio
  - Gemiddelde Wmo-uitgaven van gemeenten per inwoner
  - Aantal PGB-houders en totale uitgaven voor PGB's

## 6.3 Stand van zaken

### 6.3.1 Toegankelijkheid

#### **Er zijn weinig problematisch wachtenden; er zijn echter wel bijna 18.000 mensen die wachten op zorg van een voorkeursaanbieder**

Het aantal problematisch wachtenden in de sectoren Verpleging en Verzorging (V&V), Gehandicaptenzorg (GZ) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) bedroeg volgens de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) 307 op 31 maart 2014 (zie *tabel 6.1a*). Hieronder wordt verstaan: cliënten met een geldige AWBZ indicatie die langer dan de maximaal aanvaardbare wachttijd moeten wachten op de geïndiceerde zorg en geen overbruggingszorg ontvangen. Zorgaanbieders en verzekeraars hebben samen afspraken gemaakt over wat aanvaardbare wachttijden in de zorg zijn; dit worden de Treeknormen genoemd (zie *tabel 6.1b* voor de

**Tabel 6.1a:** Aantal cliënten dat langer dan de Treeknorm wacht op langdurige zorg, met onderscheid naar de sectoren V&V, GZ en GGZ, maart 2014 (Bron: AZR, 2014a).

Sector	Plaats	Aantal actief wachtenden, langer dan de Treeknorm, zonder overbruggingszorg (=problematisch wachtenden)	Aantal actief wachtenden, langer dan de Treeknorm, met overbruggingszorg	Aantal wenswachtenden, langer dan de Treeknorm, al dan niet met overbruggingszorg
V&V	Intramuraal met behandeling (verpleeghuiszorg)	37	66	8330
	Intramuraal zonder behandeling (verzorgingshuiszorg)	2	3	1271
	Extramuraal	136	63	941
GZ	Intramuraal	14	45	2959
	Extramuraal	58	97	1877
GGZ	Intramuraal, met behandeling (voortgezet verblijf in de kliniek)	1	0	24
	Intramuraal, zonder behandeling (beschermd wonen)	14	7	1274
	Extramuraal	45	36	1269
<b>Totaal</b>		<b>307</b>	<b>317</b>	<b>17.945</b>

V&V=Verpleging en Verzorging, GZ=Gehandicaptenzorg, GGZ=Geestelijke Gezondheidszorg

Treeknorm per sector). Problematisch wachtenden staan in de registraties als “actief wachtend” vermeld. Het aantal actief wachtenden dat wel overbruggingszorg ontvangt, is 317 (AZR, 2014a).

**Tabel 6.1b:** Percentage cliënten dat binnen de Treeknorm in zorg is genomen voor de sectoren V&V, GZ en GGZ, in 2010 en 2012 (Bronnen: CVZ; in NZa, 2013c en 2013d).

Sector	Plaats	Treeknorm voor betreffende plaats	2010	2012
V&V	Intramuraal met behandeling (verpleeghuiszorg)	≤ 42 dagen	93	86
	Intramuraal zonder behandeling (verzorgingshuiszorg)	≤ 91 dagen	90	79
	Extramuraal	≤ 42 dagen	92	98
GZ	Intramuraal	≤ 91 dagen	93	93
	Extramuraal	≤ 42 dagen	83	86
GGZ	Intramuraal, met behandeling (voortgezet verblijf in de kliniek)	≤ 42 dagen	onbekend	onbekend
	Intramuraal, zonder behandeling (beschermd wonen)	≤ 91 dagen	onbekend	onbekend
	Extramuraal	≤ 42 dagen	onbekend	onbekend

V&V=Verpleging en Verzorging, GZ=Gehandicaptenzorg, GGZ=Geestelijke Gezondheidszorg

Het aantal wenswachtenden dat langer dan de Treeknormen wacht op zorg (al dan niet met overbruggingszorg), ligt echter hoger, namelijk op bijna 18.000. Wenswachtenden zijn cliënten die de geïndiceerde zorg van een voorkeursaanbieder willen ontvangen, bijvoorbeeld omdat die aanbieder in de regio van de cliënt zorg biedt of specifieke zorg biedt die aansluit op de zorgvraag van de cliënt. Voor de sector ggz is er in veel regio's maar één aanbieder die de geïndiceerde zorg kan leveren, zodat vrijwel alle cliënten die wachten, wenswachtenden zijn.

#### **De meeste cliënten ontvangen zorg binnen de maximaal aanvaardbare wachttijd**

Voor de sectoren V&V en GZ zijn cijfers beschikbaar over de tijd die gemiddeld verstreek alvorens cliënten in zorg werden genomen (zie tabel 6.1b). Bij deze cijfers gaat het niet alleen om de actief wachtenden maar ook om de zogeheten slapend wachtenden (cliënten die de geïndiceerde zorg nog niet willen ontvangen) en wenswachtenden (cliënten die de geïndiceerde zorg wel willen ontvangen maar alleen van de voorkeursaanbieder). Voor zowel verpleeghuiszorg als verzorgingshuiszorg zien we dat het percentage cliënten dat binnen de

Treeknorm in zorg wordt genomen in 2012 is gedaald ten opzichte van 2010. Voor extramurale zorg uit de sectoren V&V en GZ zien we juist een stijging van het percentage cliënten dat binnen de Treeknormen in zorg wordt genomen. Voor intramurale zorg uit de sector GZ is het percentage cliënten dat binnen de Treeknorm in zorg wordt genomen gelijk gebleven (NZa, 2013c; NZa, 2013d).

### **De tijd tussen toezegging van hulp bij het huishouden en de daadwerkelijke ontvangst ervan is bij de meeste cliënten korter dan een maand**

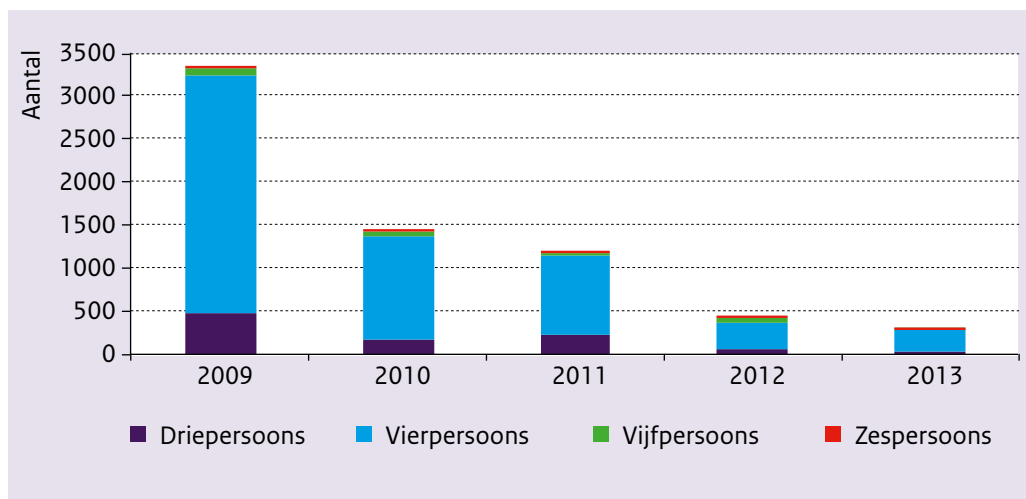
Van de cliënten die in de periode 2010-2011 een aanvraag voor huishoudelijke hulp indienden, ontving 41% deze hulp ook daadwerkelijk binnen twee weken na toezegging ervan, ruim 42% tussen twee weken en een maand en 17% na een maand. Een derde van de cliënten vond de wachttijd een probleem; 27% vond het een klein probleem terwijl 8% het een groot probleem vond. De wachttijd vormde een groter probleem naarmate mensen langer moesten wachten. Dit was al zichtbaar bij mensen die twee weken tot een maand moesten wachten. Van deze groep gaf 39% aan hier een probleem mee te hebben, terwijl dat bij de groep die binnen twee weken hulp ontving 14% bedroeg (Krol et al., 2012). De wettelijke beslistermijn van aanvragen van hulp tot besluit door de gemeente is 8 weken. Na het besluit kan de hulp bij de aanbieder aangevraagd worden, en zal er nog enige tijd gewacht moeten worden voordat de hulp daadwerkelijk geleverd kan worden.

### **De meeste mantelzorgers van mensen met dementie vinden de wachttijd voor psychosociale en praktische ondersteuning acceptabel**

Ongeveer 55% van de mantelzorgers had in de 12 maanden voorafgaand aan deelname aan de Mantelzorg Monitor van Alzheimer Nederland en NIVEL (eind 2010-eind 2011) behoefte aan psychosociale en praktische ondersteuning voor henzelf. Van deze groep heeft 60% daadwerkelijk gebruik gemaakt van ondersteuning. Van deze gebruikers vond 47% dat deze ondersteuning zeker op tijd kwam, 42% vond dat deze ondersteuning enigszins op tijd kwam en 11% vond dat deze ondersteuning niet op tijd kwam. De redenen om, ondanks de behoefte, geen gebruik van psychosociale en praktische ondersteuning te maken, waren onder andere: het ontbreken van aanbod, onbekendheid met het aanbod en onwelwillendheid van de huisarts om mee te werken (Peeters et al., 2012). Psychosociale steun (bijvoorbeeld gespreksgroepen met andere mantelzorgers, lotgenotencontacten, bezoek Alzheimer Café) en praktische steun (bijvoorbeeld woningaanpassing, hulpmiddelen, hulp bij het regelen van de zorg of bij administratie) kunnen worden ingezet om mantelzorgers bij te staan in de zorg die zij geven.

Nederland telde in 2013 ongeveer 300.000 mantelzorgers van ongeveer 260.000 mensen met dementie. Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de zorg voor mensen met dementie, vooral wanneer deze thuis wonen (ongeveer 70% van de mensen met dementie). Maar ook na opname in een verpleeg- of verzorgingshuis of kleinschalige woonvoorziening blijven mantelzorgers vaak direct betrokken bij de zorg. Het merendeel (70%) van de mantelzorgers is vrouw, en zij geven gemiddeld 20 uur per week zorg, gedurende gemiddeld 5 jaar (Alzheimer Nederland, 2012). In 2011 voelde 36% van de mantelzorgers zich tamelijk zwaar belast; 10% voelde zich zeer zwaar belast of overbelast (Peeters et al., 2012).

**Figuur 6.1:** Aantal plaatsen in meerbedskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen, 2009-2013 (Bron: VWS, 2013e).



### 6.3.2 Kwaliteit

#### **Het aantal meerbedskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen neemt steeds verder af**

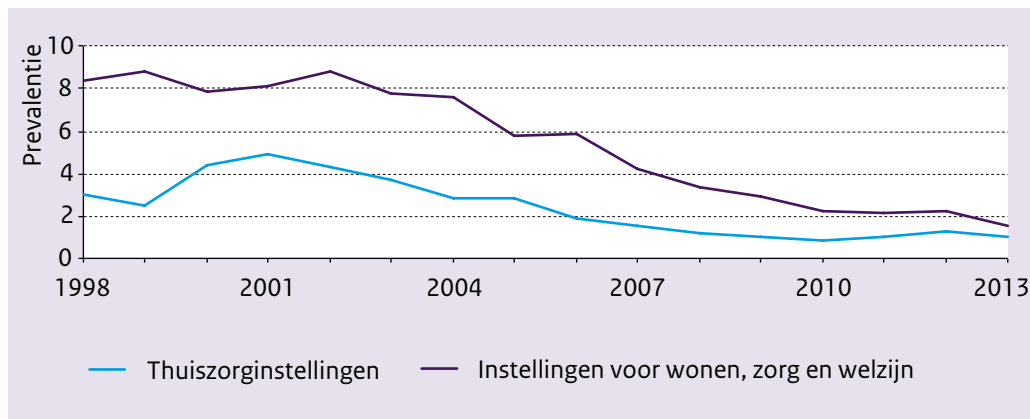
Sinds de Privacy-nota uit 1996 is het beleid van VWS erop gericht de privacy van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen te vergroten (VWS, 1996). Dit beleid uit zich onder meer in het afbouwen van het aantal meerbedskamers en het realiseren van één- en (splitsbare) tweebedskamers. Onder meerbedskamers verstaan we kamers voor meer dan twee personen. In 2009 waren er 3338 plaatsen in meerbedskamers. Het ging hierbij hoofdzakelijk om plaatsen in vierpersoonskamers (83%) en driepersoonskamers (14%) (zie *figuur 6.1*). In 2013 waren er nog 289 plaatsen in meerbedskamers. De verpleeg- en verzorgingshuizen die nog meerbedskamers hebben, hebben inmiddels actie ondernomen om het aantal meerbedskamers af te bouwen (VWS, 2013e). VWS verwacht dat er in 2014/2015 geen meerbedskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen meer zullen zijn.

#### **Het percentage cliënten met decubitus is de afgelopen jaren sterk gedaald**

De afgelopen jaren is de prevalentie van nosocomiale decubitus (ook wel doorligplekken genoemd) in zowel thuiszorginstellingen als in instellingen voor wonen, zorg en welzijn (voorheen verpleeg- en verzorgingshuizen) gedaald (zie *figuur 6.2*). Nosocomiale decubitus is decubitus die tijdens het verblijf in de instelling of in de thuiszorg is ontstaan. De mate van ernst van decubitus wordt uitgedrukt in vier categorieën; alleen decubitus in de categorieën 2 tot en met 4 wordt meegenomen, categorie 1 is moeilijk vast te stellen en wordt daarom buiten beschouwing gelaten. In 2013 was de prevalentie onder cliënten van thuiszorginstellingen 1,0% en onder cliënten die verbleven in instellingen voor wonen, zorg en welzijn



**Figuur 6.2:** Prevalentie van nosocomiale decubitus, exclusief categorie 1, 1998-2013 (Bron: Halfens et al., 2013).



1,5%. De afname van de decubitusprevalentie kan mogelijk worden toegeschreven aan een samenhang van factoren. Dit betreft onder andere veranderingen in cliëntkenmerken, verbeterde structuurkenmerken zoals het hebben van een up-to-date protocol en verbetering van de preventie- en behandelmogelijkheden (Amir et al., 2011). Ook meer aandacht voor decubitus, door onder andere de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) en kwaliteitsverbeterprojecten, kan een rol hebben gespeeld (Halfens et al., 2013).

Decubitus leidt tot veel ongemak en pijn bij cliënten en tot hoge kosten in de gezondheidszorg. Decubitus doet zich vooral voor bij oudere cliënten. Oorzaken zijn onder andere verminderde mobiliteit, slechtere voedingstoestand en verminderde weefseltolerantie (Halfens et al., 2013). In Nederlandse verpleeghuizen komt decubitus ruim twee keer vaker voor dan in Duitse verpleeghuizen. In Nederland krijgt één op de drie nieuwe patiënten in verpleeghuizen binnen 12 weken te maken met decubitus, in Duitsland is dat één op zeven. Mogelijke verklaringen voor dit verschil zijn dat factoren die van invloed zijn op het ontstaan van decubitus in Nederlandse verpleeghuizen meer voorkomen dan in Duitse verpleeghuizen. In een onderzoek onder Nederlandse en Duitse verpleeghuizen betroffen dit onder andere het gebruik van pijnstillers en transferhulpmiddelen (onder andere tilliften) (Meesterberends, 2013). Een tweede mogelijke verklaring is dat in Nederlandse verpleeghuizen vaker gespecialiseerde decubitusverpleegkundigen aanwezig zijn dan in Duitse waardoor andere verzorgenden mogelijk denken dat de preventie en verzorging van decubitus in goede handen is en zij zich daar niet meer mee bezig hoeven te houden. Factoren die van invloed zijn op het verlagen van het risico op het ontwikkelen van decubitus komen in Duitse verpleeghuizen vaker voor. In het onderzoek van Meesterberends (2013) waren dit onder andere het toepassen van wisselgigging en het regelmatig uitvoeren van interne kwaliteitscontroles.

De LPZ is een jaarlijks terugkerende prevalentie­meting van zorgproblemen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In 1998 is gestart met het meten van het vóórkomen van decubitus bij cliënten in een groot aantal instellingen. In de jaren daarna zijn andere zorgproblemen aan de prevalentie­meting toegevoegd, namelijk chronische wonden, incontinentie, ondervoeding, smetten, vallen en vrijheidsbeperkende middelen. Sinds 2008 wordt niet langer onderscheid gemaakt tussen verpleeg- en verzorgingshuizen, omdat beide typen instellingen in hun zorgverlening steeds meer naar elkaar toegroeien waardoor het onderscheid niet meer goed te maken is. Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn daarom samengevoegd in de categorie ‘instellingen voor wonen, zorg en welzijn’. Het aantal instellingen dat gegevens aanleverde ten behoeve van de LPZ varieerde over de jaren en per zorgprobleem. Voor decubitus lag het gemiddelde aantal thuiszorginstellingen dat gegevens aanleverde bijvoorbeeld op 19 en het gemiddelde aantal instellingen voor wonen, zorg en welzijn op 142. Het aantal cliënten waarover gegevens werd aangeleverd was respectievelijk gemiddeld ruim 4.000 en ruim 13.000.

### **Het percentage cliënten dat ondervoed is of risico loopt op ondervoeding is de afgelopen jaren gedaald**

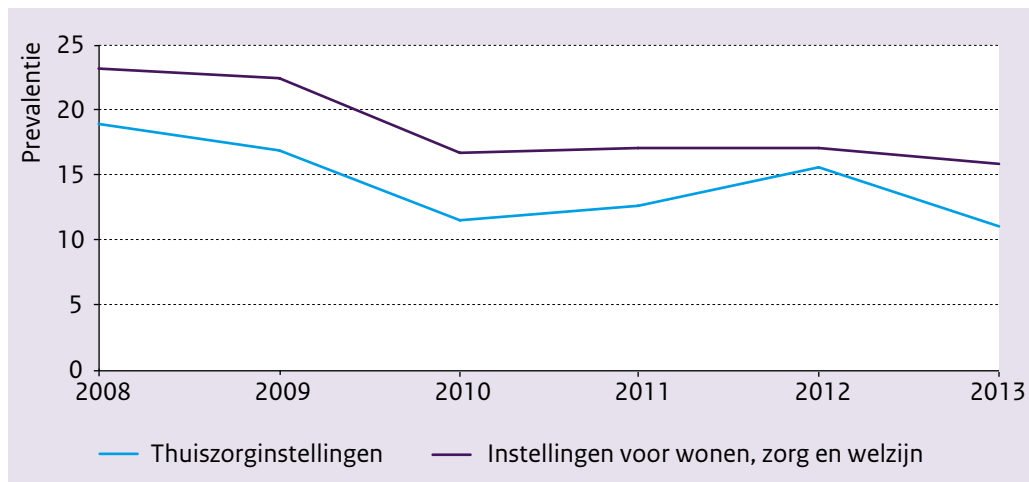
In 2013 was de prevalentie van ondervoeding onder cliënten van thuiszorginstellingen 11,1% en onder cliënten van instellingen voor wonen, zorg en welzijn 15,9%. De prevalentie van het risico op ondervoeding was respectievelijk 22,7% en 29,5% (zie *figuur 6.3a* en *6.3b*). In de periode 2008-2013 zijn voor beide typen zorgaanbieders zowel de prevalentie van ondervoeding als de prevalentie van het risico op ondervoeding sterk gedaald (Halfens et al., 2013).

Ondervoeding en het risico op ondervoeding worden bepaald aan de hand van informatie over de Body Mass Index, onbedoeld gewichtsverlies, leeftijd en voedingsinname. In 2013 zijn de definities en manier van meten van de prevalentie van ondervoeding en de prevalentie van het risico op ondervoeding veranderd. Het meten van de indicator risico op ondervoeding volgens de nieuwe definitie levert nog problemen op. Daarom worden hier de cijfers op basis van de oude definitie gepresenteerd.

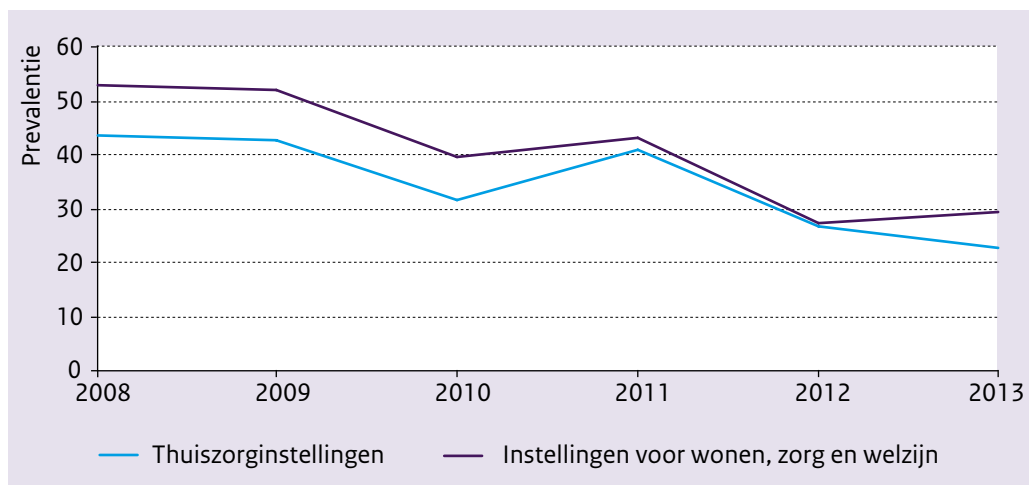
### **Het percentage cliënten met een valincident is onder cliënten die in instellingen voor wonen, zorg en welzijn verbleven in de afgelopen jaren vrijwel gelijk gebleven**

In 2013 was 9,8% van de cliënten die thuiszorg ontvingen en 9,8% van de cliënten die in instellingen voor wonen, zorg en welzijn verbleven in de 30 dagen voorafgaand aan de LPZ-meting, één of meerdere malen gevallen (met of zonder letsel) (zie *figuur 6.4*). Voor cliënten van thuiszorginstellingen was er in de periode 2007-2013 sprake van een lichte daling van het percentage met een valincident van ruim 12% naar ongeveer 10%. Voor cliënten die verbleven in instellingen voor wonen, zorg en welzijn lag het percentage in de hele periode 2007-2013 op ongeveer gelijk niveau (Halfens et al., 2013).

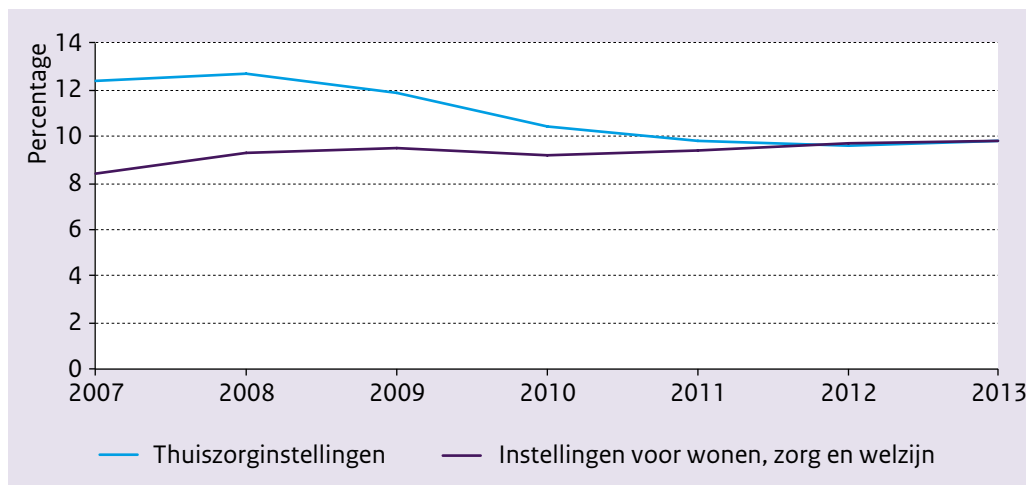
**Figuur 6.3a:** Prevalentie van ondervoeding, 2008-2013 (Bron: Halfens et al., 2013).



**Figuur 6.3b:** Prevalentie van het risico op ondervoeding, 2008-2013 (Bron: Halfens et al., 2013).



**Figuur 6.4:** Percentage cliënten met een valincident in de 30 dagen voorafgaand aan de LPZ-meting, 2007-2013 (Bron: Halfens et al., 2013).

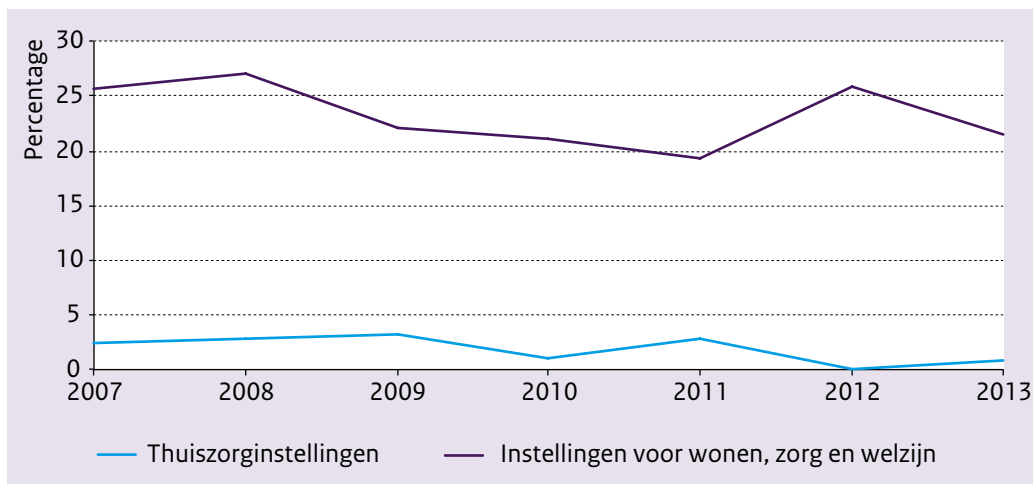


### **In een periode van 30 dagen worden bij één op de vijf bewoners van instellingen voor wonen, zorg en welzijn vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast**

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen verschilt sterk onder cliënten van thuiszorginstellingen en instellingen voor wonen, zorg en welzijn (zie *figuur 6.5*). In de periode 2007-2013 werd in de 30 dagen voorafgaand aan de LPZ-meting bij rond de 1-2% van de cliënten die thuiszorg ontvingen één of meerdere van dergelijke maatregelen toegepast. Bij cliënten die in instellingen voor wonen, zorg en welzijn verbleven lag dit percentage na een aanvankelijke daling van 26% naar circa 19%, na een lichte stijging, op ruim 21%. Het is niet bekend of het onnodig en/of langdurig gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in deze periode is veranderd. Een verklaring voor het feit dat de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen slechts in beperkte mate gedaald is, is dat het doorvoeren van veranderingen (het toepassen van alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen) veelal diverse jaren in beslag neemt (Halfens et al., 2013).

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn interventies, vaak aangeduid als beschermende maatregelen, om gevaarlijke of risicovolle situaties te voorkómen of om medische behandeling mogelijk te maken. Voorbeelden zijn: onrustbanden, bedhekken, tafelbladen, diepe stoelen en gedragsbeïnvloedende medicatie. Maatregelen zijn vrijheidsbeperkend als de cliënt de maatregel niet zelfstandig kan opheffen. In november 2008 hebben diverse veldpartijen een landelijk convenant gesloten, waarin zij stellen te streven naar een afname van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en te zoeken naar alternatieven. Alternatieven zijn bijvoorbeeld domotica, het verminderen van onrust door andere bejegening en benadering van cliënten, het aanbieden van zinvolle activiteiten en aanpassingen in de fysieke omgeving (CG-raad et al., 2008; Zorg voor Beter, 2014). Sommige vrijheidsbeperkende maatregelen mogen alleen nog onder bepaalde voorwaarden gebruikt worden, zoals de

**Figuur 6.5:** Percentage cliënten bij wie in de 30 dagen voorafgaand aan de LPZ-meting één of meer vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast, 2007-2013 (Bron: Halfens et al., 2013).



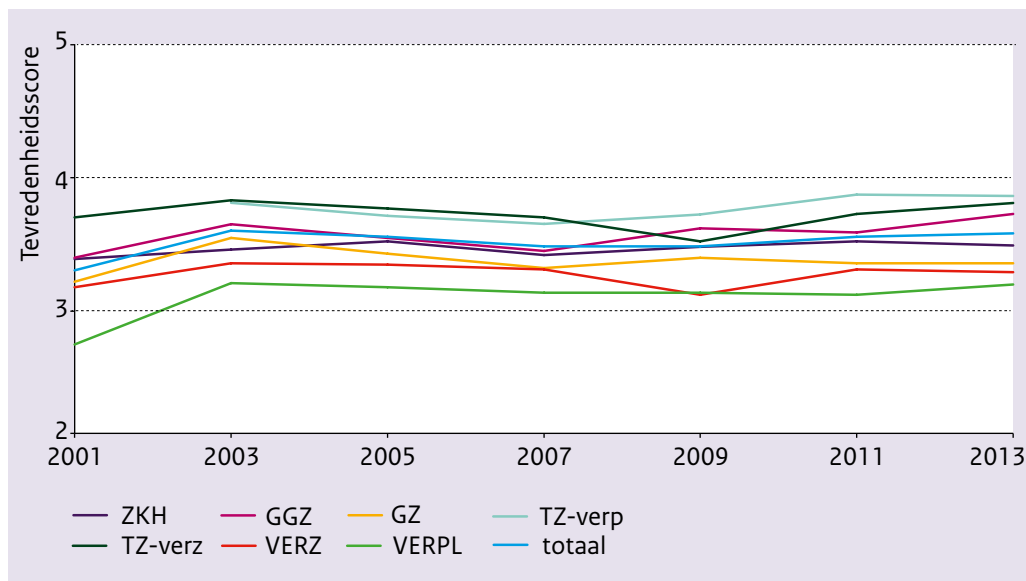
Zweedse band. De meest voorkomende vrijheidsbeperkende maatregel is het gebruik van bedekken (Halfens et al., 2013).

### **Verzorgenden in verpleeghuizen zijn ten opzichte van zorgverleners uit andere sectoren het minst positief over de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling**

De tevredenheid onder zorgverleners met de kwaliteit van zorg in de eigen instelling wordt om de twee jaar gemeten middels het Panel Verpleging & Verzorging (NIVEL, 2014a). Deze indicator maakt gebruik van antwoorden op de volgende vragen: “Hoe tevreden bent u met: 1. de mate waarin u over het algemeen tijd hebt om uw patiënten/cliënten goed te verzorgen; 2. de mate waarin u individuele zorgverlening aan uw patiënten/cliënten kunt geven; en 3. de mate waarin u het gevoel hebt psychosociale begeleiding aan uw patiënten/cliënten te geven?”. De antwoorden op de vragen worden uitgedrukt op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot en met 5 (zeer tevreden). De antwoorden op deze vragen vormen samen de sub-schaal “tevredenheid met de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling volgens medewerkers” van de Maastrichtse arbeidstevredenheidsschaal voor de gezondheidszorg (Landeweerd et al., 1996).

De gemiddelde score voor de kwaliteit van zorg in de eigen instelling was 3,55 in 2013 (zie figuur 6.6). In elk jaar zijn er statistisch significante verschillen tussen zorgverleners uit de verschillende typen zorginstellingen waar te nemen. De verzorgenden werkzaam in verpleeghuizen waren over het algemeen het minst positief over de kwaliteit van de geleverde zorg. In 2013 was de gemiddelde score voor de kwaliteit van zorg in de eigen instelling 3,20. Verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg waren over het algemeen het meest positief over de kwaliteit van de geleverde zorg. In 2013 was de gemiddelde score 4,00 (NIVEL, 2013b).

**Figuur 6.6:** Tevredenheid onder zorgverleners met de kwaliteit van zorg in de eigen instelling (schaal 1-5), 2001-2013 (N=503 in 2001 en is toegenomen tot N=1053 in 2013) (Bron: Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2013b).



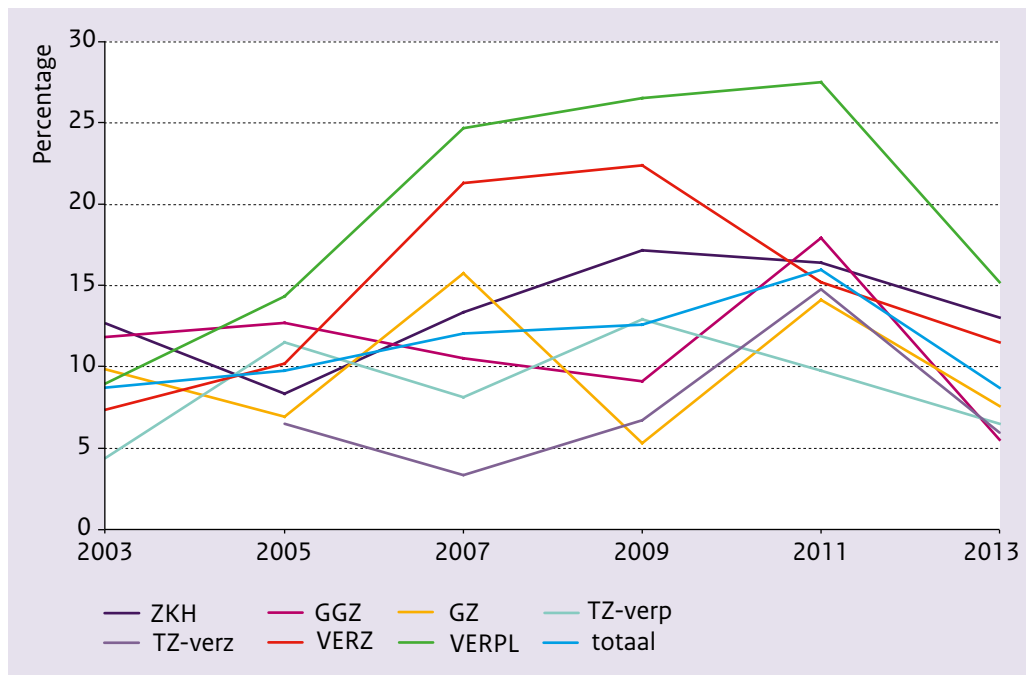
ZKH = verpleegkundigen in ziekenhuizen; GGZ = verpleegkundigen in de GGZ; GZ = verpleegkundigen en agogisch begeleiders in de gehandicaptenzorg; TZ-verpl = verpleegkundigen in de thuiszorg; TZ-verz = verzorgenden in de thuiszorg; VERZ = verzorgenden in verzorgingshuizen/zorgcentra; VEPL = verzorgenden in verpleeghuizen

Niet alle zorgverleners die deel uitmaakten van het Panel Verpleging & Verzorging verleenden langdurige zorg. In de analyses kon echter geen onderscheid worden gemaakt tussen zorgverleners die langdurige zorg verleenden en degenen die dat niet deden

Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen zorgverleners uit de verschillende typen zorginstellingen is dat verzorgenden in verpleeghuizen meer drukte op het werk ervoeren en aangaven minder vaak over voldoende tijd te beschikken om goede zorg te verlenen dan zorgverleners werkzaam in andere typen zorginstellingen. Ook gaven zij aan minder vaak genoeg tijd en mogelijkheden te hebben om problemen betreffende patiënten te bespreken met collega's. Daarnaast ervoeren zij dat zij minder invloed op de cliëntenplanning hadden dan zorgverleners werkzaam in andere typen zorginstellingen. Verzorgenden in verpleeghuizen gaven vaker dan andere zorgverleners aan dat meer handen aan het bed, verlaging van de werkdruk en beter opgeleid personeel hun werk aantrekkelijker zouden maken.

Verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg waren in 2013 tevredener over de werkdruk en ervoeren meer autonomie in hun werk dan zorgverleners die werkzaam waren in andere typen zorginstellingen (Maurits et al., 2014).

**Figuur 6.7:** Percentage zorgverleners dat aangaf dat de door hun afdeling/team verleende kwaliteit van zorg regelmatig of vaak niet goed was, 2003-2013 (N=503 in 2001 en is toegenomen tot N=1053 in 2013) (Bron: Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2013b).



ZKH = verpleegkundigen in ziekenhuizen; GGZ = verpleegkundigen in de GGZ; GZ = verpleegkundigen en agogisch begeleiders in de gehandicaptenzorg; TZ-verpl = verpleegkundigen in de thuiszorg; TZ-verz = verzorgenden in de thuiszorg; VERZ = verzorgenden in verzorgingshuizen/zorgcentra; VEPL = verzorgenden in verpleeghuizen

Niet alle zorgverleners die deel uitmaakten van het Panel Verpleging & Verzorging verleenden langdurige zorg. In de analyses kon echter geen onderscheid worden gemaakt tussen zorgverleners die langdurige zorg verleenden en degenen die dat niet deden

Kijken we naar de totale groep van zorgverleners, dan blijkt dat er in de periode 2001-2003 sprake was van een significante stijging in de tevredenheid met de kwaliteit van zorg in de eigen instelling. In de periode 2003-2007 zien we een significante daling en in de periode 2009-2013 bleef de ervaren kwaliteit van zorg min of meer gelijk (Maurits et al., 2014).

### **In 2013 gaf één op de tien zorgverleners aan dat de kwaliteit van zorg die verleend werd door hun afdeling/team regelmatig of vaak niet goed was**

In 2013 gaf 9% van de zorgverleners aan dat de door hun afdeling/team verleende kwaliteit van zorg regelmatig of vaak niet goed was (zie *figuur 6.7*). Dit percentage was met 6% het laagst bij verpleegkundigen in de ggz en met 15% het hoogst bij verzorgenden in verpleeghuizen. Als

naar de totale groep van zorgverleners gekeken wordt, blijkt er over de jaren veel fluctuatie te zijn. In de periode 2003-2011 is er een stijging te zien en tussen 2011 en 2013 daalde dit percentage weer naar het niveau van 2003. Gedurende meerdere jaren gaven verzorgenden werkzaam in verpleeghuizen significant vaker aan dan zorgverleners werkzaam in andere typen zorginstellingen dat de door hun afdeling/team verleende kwaliteit van zorg regelmatig of vaak niet goed was (NIVEL, 2013b).

### **Van de verzorgenden in verzorgings- en verpleeghuizen gaf respectievelijk 51% en 42% aan dat er over het algemeen genoeg personeel is om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren**

In 2013 gaf bijna 60% van de zorgverleners aan dat er over het algemeen genoeg personeel was om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren (zie *figuur 6.8*). Voor verzorgenden die werkzaam waren in verzorgings- en verpleeghuizen waren deze percentages het laagst (respectievelijk 51% en 42%). Voor verzorgenden en verpleegkundigen die werkzaam waren in de thuiszorg waren deze percentages met respectievelijk bijna 70% en 66% het hoogst. De aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel om goede kwaliteit van zorg te leveren, vertoonde een vergelijkbaar beeld. Van de verzorgenden in verzorgings- en verpleeghuizen gaf respectievelijk 63% en 55% aan dat er voldoende gekwalificeerd personeel was om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Zorgverleners in de thuiszorg gaven dit echter vaker aan; 80% van de verzorgenden en ruim 60% van de verpleegkundigen (NIVEL, 2013b).

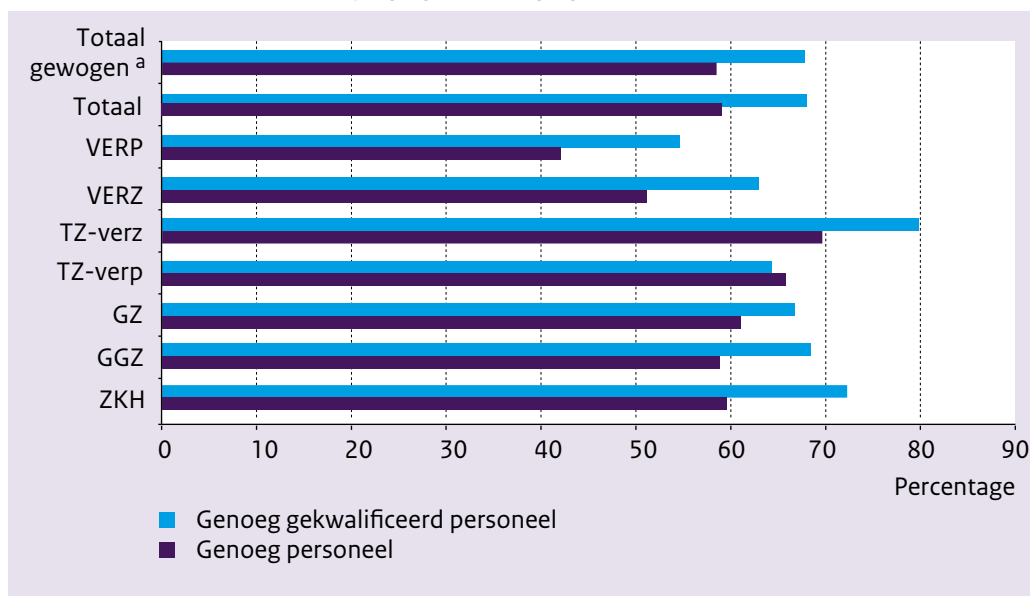
### **Vooraf bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen en vertegenwoordigers van bewoners met psychogeriatrische problemen zijn kritisch over de kwaliteit van zorg**

*Figuur 6.9a* geeft de ervaringen van (vertegenwoordigers van) cliënten met verschillende aspecten van de kwaliteit van zorg weer. We maken onderscheid tussen vier groepen: 1. Cliënten die thuiszorg ontvangen; 2. Cliënten die huishoudelijke hulp ontvangen; 3. Vertegenwoordigers van bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen met psychogeriatrische problemen; 4. Bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen (Booij et al., 2010; CQ-index, 2013; De Boer et al., in voorbereiding; Krol et al., 2012). Voor de bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen zijn ook de ervaringen met maaltijden weergegeven vanuit de gedachte dat smakelijke maaltijden en de sfeer tijdens de maaltijd kunnen bijdragen aan een betere of minder snelle achteruitgang van de kwaliteit van leven en gezondheid van de bewoners (Mathey et al., 2001; Nijs, 2006). Zoals de *figuur* laat zien, zijn er niet voor alle aspecten cijfers over de ervaringen beschikbaar. Bovendien verschilt per aspect over welk jaar cijfers beschikbaar zijn. In de *figuur* worden de meest recente cijfers gepresenteerd.

De groep die nooit of soms goede ervaringen heeft gehad, varieert van enkele procenten bij beleefde behandeling, aandachtig luisteren en vakkundig werken tot meer dan 20% bij voldoende aandacht, voldoende tijd, de mogelijkheid om mee te beslissen en de kwaliteit van maaltijden. Met sommige aspecten van kwaliteit zijn de ervaringen dus duidelijk beter dan met andere aspecten. Het valt op dat vertegenwoordigers van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen minder goede ervaringen rapporteerden. Mogelijk zijn vertegenwoordigers wat kritischer dan de bewoners of de mensen die thuiszorg of huishoudelijke hulp ontvangen zelf.



**Figuur 6.8:** Percentage zorgverleners dat aangaf dat er over het algemeen genoeg personeel was om goede kwaliteit van zorg te leveren en percentage zorgverleners dat aangaf dat er over het algemeen genoeg gekwalificeerd personeel was om goede kwaliteit van zorg te leveren, 2013 (N=1053) (Bron: Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2013b).

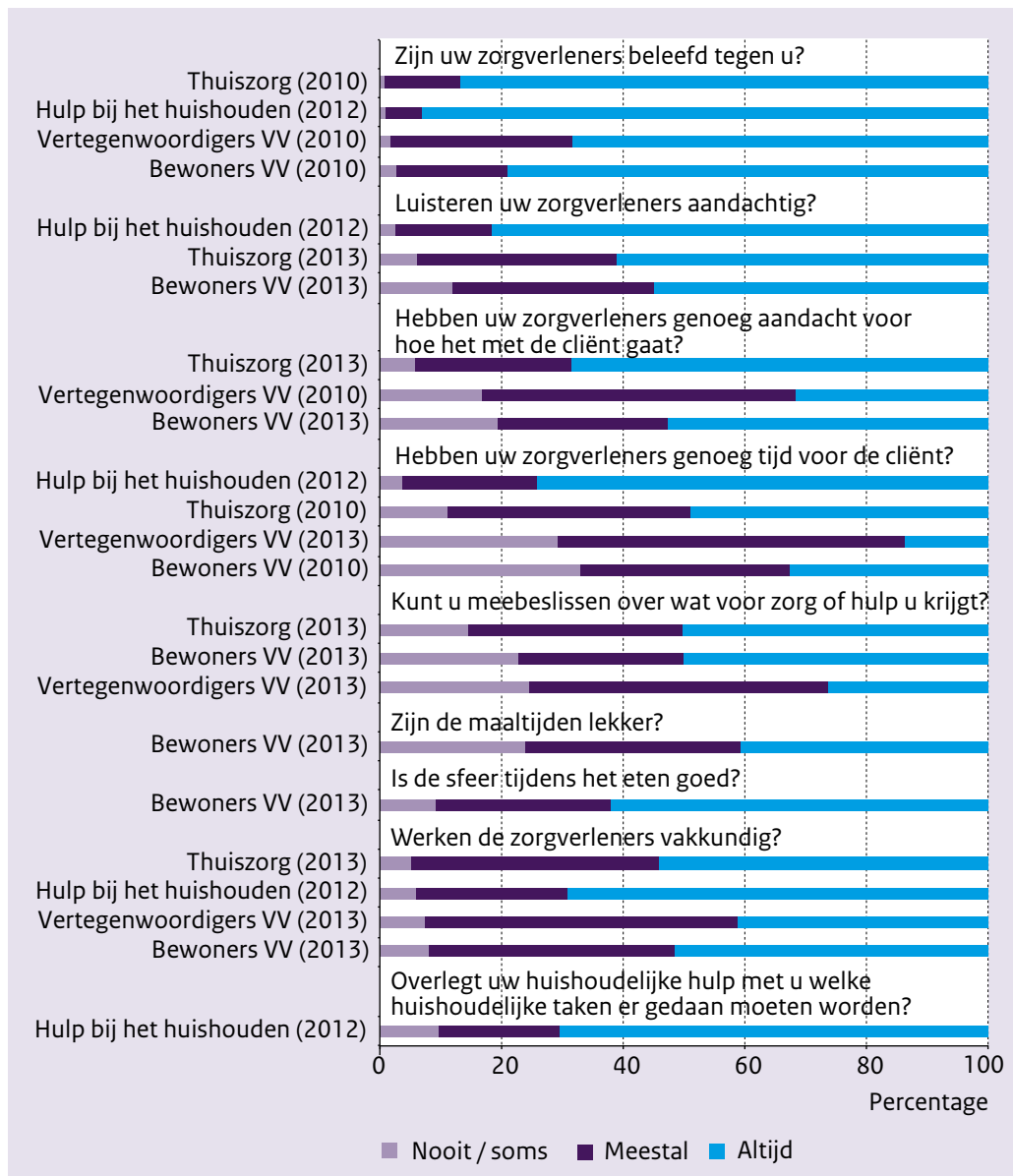


ZKH = verpleegkundigen in ziekenhuizen; GGZ = verpleegkundigen in de GGZ; GZ = verpleegkundigen en agogisch begeleiders in de gehandicaptenzorg; TZ-verpl = verpleegkundigen in de thuiszorg; TZ-verz = verzorgenden in de thuiszorg; VERZ = verzorgenden in verzorgingshuizen/zorgcentra; VEPL = verzorgenden in verpleeghuizen

Niet alle zorgverleners die deel uitmaakten van het Panel Verpleging & Verzorging verleenden langdurige zorg. In de analyses kon echter geen onderscheid worden gemaakt tussen zorgverleners die langdurige zorg verleenden en degenen die dat niet deden.

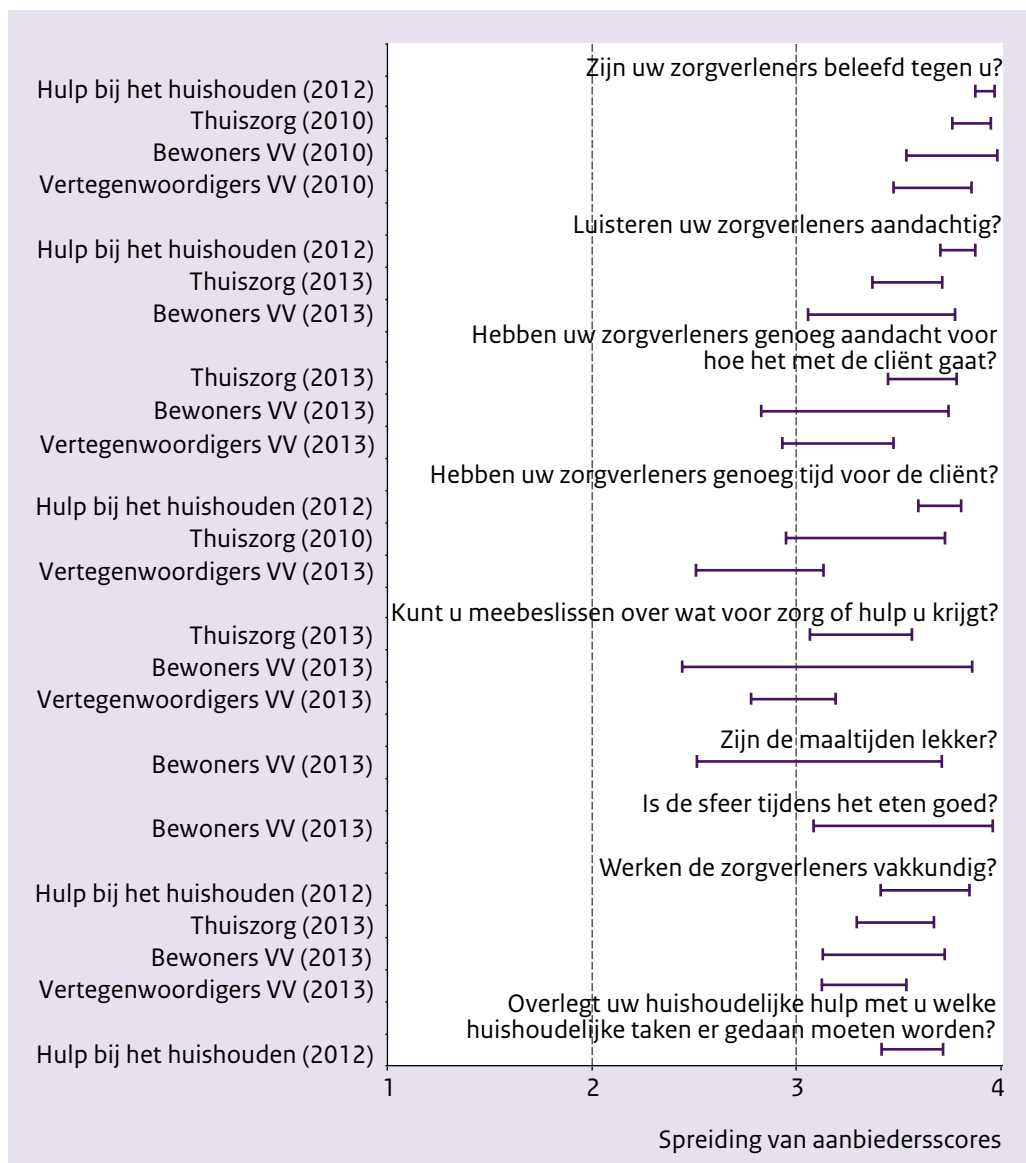
<sup>a</sup> De aantallen in de deelpanels vormen geen afspiegeling van de omvang van de respectievelijke sector van de Nederlandse gezondheidszorg. Om een schatting te maken van het percentage of gemiddelde van alle verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch begeleiders in Nederland werkzaam in de betrokken zorgsectoren zijn de resultaten zodanig statistisch gewogen dat er uitspraken gedaan kunnen worden over de hele populatie

**Figuur 6.9a:** Mate waarin zorggebruikers goede ervaringen hebben met bejegening, communicatie, maaltijden en vakkundigheid (Bron: NIVEL, CQ-index; zie bijlage 3).



VV = Verpleeg- en verzorgingshuizen

**Figuur 6.9b:** Spreiding tussen zorgaanbieders wat betreft de mate waarin zorggebruikers goede ervaringen hebben met communicatie, maaltijden en vakkundigheid, uitgedrukt als de range waarin 95% van de aanbieder scores wordt verwacht (Bron: NIVEL, CQ-index; zie bijlage 3).



VV = Verpleeg- en verzorgingshuizen

De scores 1, 2, 3 en 4 corresponderen respectievelijk met de antwoordcategorieën 'Nooit', 'Soms', 'Meestal' en 'Altijd'

*Figuur 6.9b* geeft de spreiding in scores weer binnen één en dezelfde vorm van zorg, dus laat zien in welke mate scores van aanbieders binnen een bepaald type zorginstelling overeenkomen. Hoe langer de lijn, hoe groter de verschillen tussen zorgaanbieders binnen het betreffende type instelling. De figuur laat zien dat vooral de scores voor verpleeg- en verzorgingshuizen uiteenlopen. Dit geldt vooral voor de aspecten kunnen meebeslissen over de zorg, voldoende aandacht krijgen van zorgverleners en de kwaliteit van de maaltijden. Thuiszorgorganisaties verschillen vooral in de mate waarin de beschikbare tijd door cliënten als voldoende wordt ervaren. Waarom de verschillen tussen aanbieders groter zijn voor verpleeg- en verzorgingshuizen, is onduidelijk. Bewoners verblijven vaak lang in een verpleeg- of verzorgingshuis en komen intensief in aanraking met de zorg. Hierdoor hebben ze misschien een duidelijker en meer uitgesproken beeld van de zorgaanbieder. Mogelijk worden de verschillen in ervaringen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen daardoor beter gemeten.

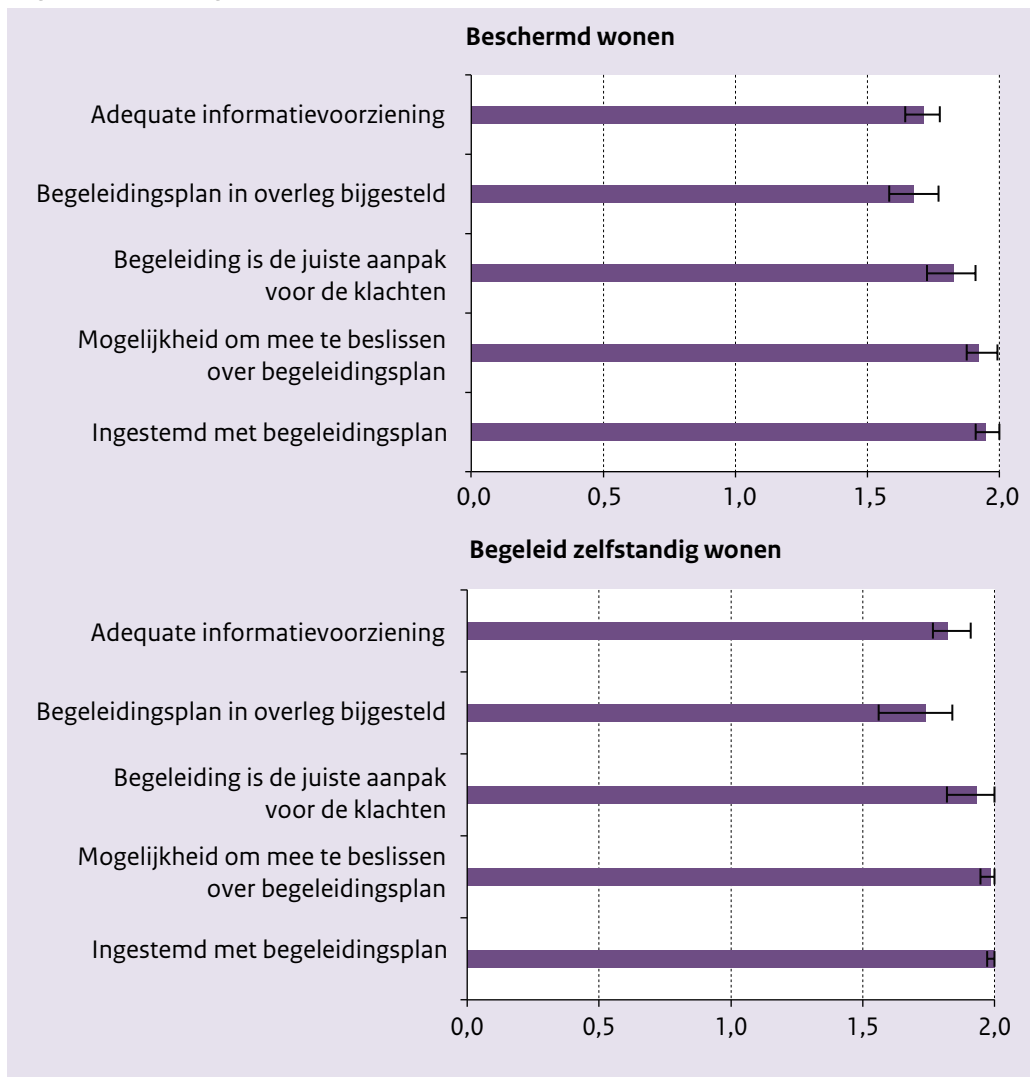
### **Cliënten in de langdurige ggz zijn het meest kritisch over de informatievoorziening, de mate van eensgezindheid onder begeleiders en het bijstellen van hun begeleidingsplan**

Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) bieden begeleiding en ondersteuning aan mensen met ernstige en langdurige psychische stoornissen. Dit wordt geboden via beschermende woonvormen en ambulante begeleiding voor cliënten die zelfstandig wonen. RIBW's nemen eens in de twee jaar een CQ-vragenlijst bij hun cliënten af, waarin gevraagd wordt naar ervaringen met de zorg (RIBW Alliantie, 2013).

De meeste cliënten die beschermd wonen, gaven aan dat zij konden meebeslissen over de inhoud van het begeleidingsplan en dat zij hiermee hadden ingestemd (ZiZo, 2013a). Ook vonden ze dat de begeleiding die ze kregen, veelal de juiste aanpak was voor hun klachten (zie *figuur 6.10a*). Soms was het begeleidingsplan in de loop van het verblijf echter niet bijgesteld. De informatievoorziening over klachten van de cliënt en de begeleiding leek ook nog voor verbetering vatbaar, evenals de afstemming tussen begeleiders. Een deel van de cliënten had namelijk het gevoel dat de zorgverleners niet allemaal op één lijn zaten wat betreft de beste aanpak van hun klachten (zie *figuur 6.10b*). Ervaringen van cliënten met de bejegening door begeleiders waren over het algemeen positief. Over de woon- en leefomstandigheden was men redelijk positief (median score 2,64 op een schaal van 1 tot en met 3; hier niet weergegeven in een figuur). Het patroon in ervaren kwaliteit van zorg was voor cliënten die begeleid zelfstandig wonen vergelijkbaar met dat van cliënten die beschermd wonen. Wel waren de mediane scores op de indicatoren voor cliënten die begeleid zelfstandig wonen wat hoger dan die voor cliënten die beschermd wonen, wat betekent dat cliënten die begeleid zelfstandig wonen over het algemeen wat positiever waren over de ontvangen zorg.

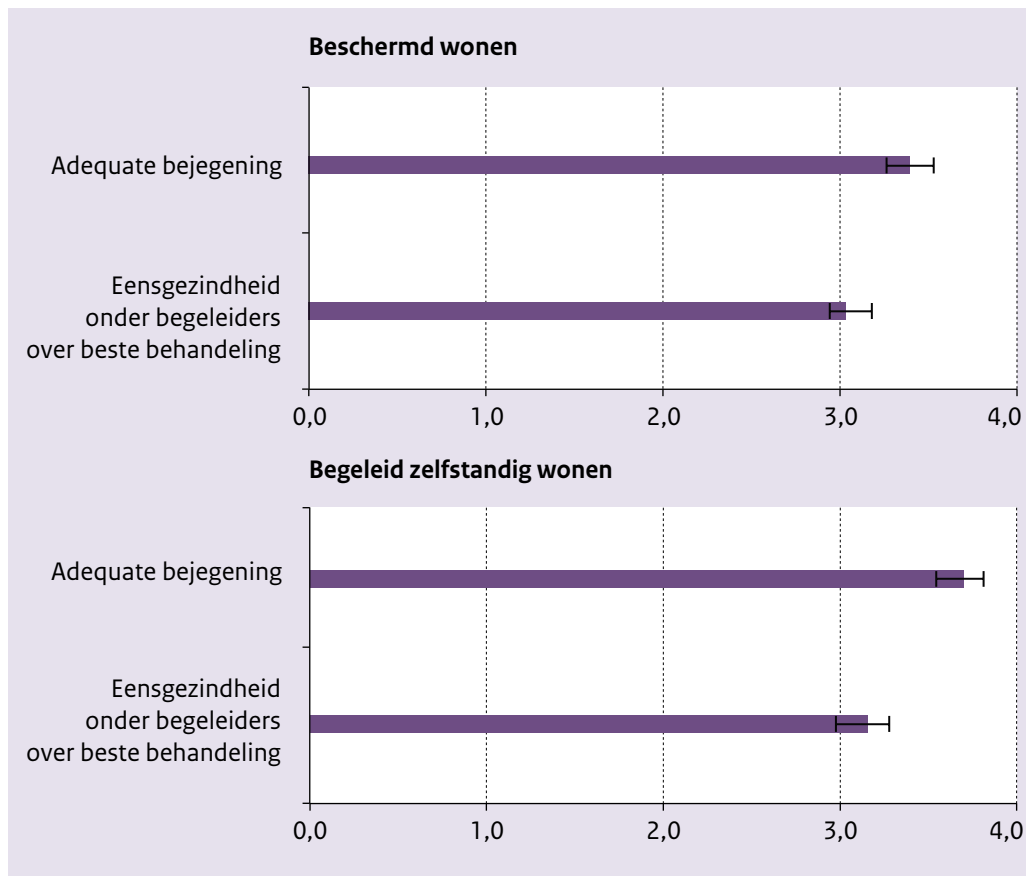
De spreiding in mediane scores over instellingen wordt in de figuren weergegeven door het segment tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore. De 10-percentielscore is de score waar tien procent van de instellingen onder zit en de 90-percentielscore is de score waar tien procent van de instellingen boven zit. De spreiding is zowel bij beschermd wonen als begeleid zelfstandig wonen beperkt. Alleen bij het in overleg met de cliënt bijstellen van de begeleidingsplannen voor cliënten die begeleid zelfstandig wonen is de spreiding tamelijk groot. Dat betekent dat er voor deze indicator flinke verschillen zijn tussen aanbieders. Dat kan

**Figuur 6.10a:** Ervaringen van cliënten die gebruik maken van beschermd wonen (boven) en begeleid zelfstandig wonen (onder), in 2012 (Bron: ZiZo, 2013a).



De ervaringen zijn gemeten met vragen met twee antwoordcategorieën, en zijn hier weergegeven op een schaal van 1 (nee) tot 2 (ja). De balken geven de mediane score over alle zorgaanbieders weer, de spreidingssegmenten het 10e en het 90e percentiel van de aanbiederscores. Gebaseerd op 26 aanbieders van beschermd wonen en 25 aanbieders van begeleid zelfstandig wonen

**Figuur 6.10b:** Ervaringen van cliënten die gebruik maken van beschermd wonen (boven) en begeleid zelfstandig wonen (onder), in 2012 (Bron: ZiZo, 2013a).



De ervaringen zijn gemeten met vragen met vier antwoordcategorieën, en zijn hier weergegeven op een schaal van 1 (nooit) tot 4 (altijd). De balken geven de mediane score over alle zorgaanbieders weer, de spreidingssegmenten het 10e en het 90e percentiel van de aanbiederscores. Gebaseerd op 26 aanbieders van beschermd wonen en 25 aanbieders van begeleid zelfstandig wonen

te maken hebben met grote verschillen in geboden kwaliteit van zorg, maar ook met verschillen in cliëntkenmerken tussen de instellingen. Zo kunnen sommige instellingen meer cliënten met verslavingsproblematiek hebben, andere juist meer jong volwassenen met een ontwikkelingsstoornis. Tussen deze groepen kunnen er bijvoorbeeld verschillen zijn in aangeboden zorg, optreden van incidenten en waarden van ervaringen.

## **Nederland scoort goed ten opzichte van andere Europese landen wat betreft de kwaliteit van de dementiezorg**

Voor mensen met dementie die thuiszorg ontvingen, bleek de kwaliteit van zorg in Nederland beter of gelijkwaardig te zijn aan die in andere Europese landen. Voor de indicatoren gebruik van psychofarmaca, sterfte, gebruik van vrijheidsbeperkende middelen en valincidenten, waren de scores in Nederland significant beter dan gemiddeld. Ook de subjectieve beoordeling door mantelzorgers van de kwaliteit van zorg was significant beter dan gemiddeld. Voor de indicatoren depressieve symptomen, gewichtsverlies, pijn en decubitus waren de scores vergelijkbaar met die in andere landen (Beerens et al., 2014).

Ook voor mensen met dementie die in een instelling woonden, bleek de kwaliteit van zorg beter of gelijkwaardig te zijn aan die in andere landen. Voor de indicatoren depressieve symptomen en vrijheidsbeperkende middelen, waren de scores in Nederland significant beter dan gemiddeld. Voor de indicatoren psychofarmaca, sterfte, gewichtsverlies, pijn, decubitus en valincidenten waren de scores vergelijkbaar met die in andere landen. Ook de subjectieve beoordeling van de kwaliteit van zorg was vergelijkbaar met die in andere landen.

In de periode 2010-2012 werd de kwaliteit van dementiezorg in acht Europese landen gemeten, te weten: Nederland, Engeland, Estland, Finland, Frankrijk, Duitsland, Spanje en Zweden (Beerens et al., 2014). De Nederlandse steekproef werd getrokken uit zorginstellingen in Limburg en Noord-Brabant. Kwaliteit van zorg werd bepaald aan de hand van acht indicatoren: twee procesindicatoren (gebruik van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende middelen) en zes uitkomstindicatoren (depressieve symptomen, sterfte, gewichtsverlies, aanwezigheid van pijn, aanwezigheid van decubitus en valincidenten). Voor de thuiszorg werden de indicatoren gescoord door mantelzorgers; het ging hierbij om mensen die nog thuis woonden maar risico liepen op verpleeghuisopname. Voor de zorg in instellingen werden de indicatoren gescoord door zorgverleners; het ging hierbij om mensen die minder dan drie maanden geleden waren opgenomen. Ook werd de kwaliteit van zorg in beide settings gemeten op basis van de subjectieve beoordeling door mantelzorgers, waarbij gebruik werd gemaakt van een aangepaste versie van het Cliëntinterview Instrument (CLINT) (Vaarama, 2009).

## **Ondersteuning vanuit de Wmo verbetert de ervaren zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie**

Wmo-aanvragers waardeerden hun zelfredzaamheid met gemiddeld 5,2 op een schaal van 0-10 voordat zij ondersteuning vanuit de Wmo kregen van hun gemeente. Na het verkrijgen van ondersteuning steeg dit naar 7,9. In een latere meting (een half jaar na de tweede meting) was de gemiddelde score iets afgenomen naar 7,6. Jonge Wmo-aanvragers (18-54 jaar) gingen er het meest op vooruit als zij ondersteuning vanuit de Wmo kregen. Hun zelfredzaamheid nam tussen de eerste en tweede meting toe van 4,6 naar 7,8. De gemiddelde score die Wmo-aanvragers gaven voor de mate waarin zij voor en na ondersteuning vanuit de Wmo konden participeren in de maatschappij steeg van 5,7 naar 6,8 (Feijten et al., 2013).

In 2011 dienden naar schatting bijna 390.000 mensen een Wmo-aanvraag in bij hun gemeente. Hulp bij het huishouden en vervoersvoorzieningen waren de meest aangevraagde vormen van

ondersteuning (respectievelijk 37% en 38%). Mensen die Wmo-ondersteuning aanvroegen, deden dat omdat zij doorgaans als gevolg van lichamelijke, verstandelijke, psychische en/of psychosociale problemen beperkt waren in het uitvoeren van bepaalde activiteiten. Deze beperkingen kunnen sociale contacten en maatschappelijke participatie in de weg staan. Wmo-aanvragers zijn vaak ouder dan 65 jaar (70%), vrouw (67%) en hebben vaak een ernstige beperking (65%). Van de Wmo-aanvragers heeft 58% een laag opleidingsniveau, woont 47% alleen en heeft 35% een gering inkomen (Feijten et al., 2013).

### **Het verlenen van mantelzorg belemmert de maatschappelijke participatie**

Het SCP heeft mantelzorgers in 2012 gevraagd of zij, omdat zij mantelzorg verleenden, minder vaak deelnamen aan een aantal vormen van maatschappelijk participatie. Het bleek dat 26% van de mantelzorgers vaak belemmeringen ervoer bij vrijetijdsbesteding buitenshuis, 17% bij huishoudelijk werk in het eigen huis en 18% bij het ontmoeten van vrienden, familie en kennissen. Van de mantelzorgers ervoer 36% belemmeringen bij minstens één van deze activiteiten. Daarnaast bleek dat 13% belemmeringen ervoer bij hobby's thuis, 12% bij aandacht en tijd aan gezinsleden, 11% bij betaald werk en 9% bij vrijwilligerswerk. Van de mantelzorgers die deelnamen aan het onderzoek verleende 60% minimaal vier uur hulp per week en gedurende een periode langer dan drie maanden (Feijten et al., 2013).

In 2012 gaven ruim twee miljoen volwassenen mantelzorg. Dit komt neer op iets meer dan 18% van de totale volwassen Nederlandse bevolking. Verhoudingsgewijs verlenen 55-59 jarigen het vaakst mantelzorg (Van den Brink & Savelkoul, 2013). Hoewel de mate van belemmering in maatschappelijke participatie niet direct iets zegt over de kwaliteit van zorg, is het wel een belangrijke indicator. De hervorming van de langdurige zorg vraagt een grotere inzet van mantelzorgers. Het is relevant om te monitoren wat hier op termijn de consequenties van zullen zijn.

## **6.3.3 Uitgaven**

### **De totale AWBZ-uitgaven stegen in de periode 1972-2013 met bijna 27 miljard euro**

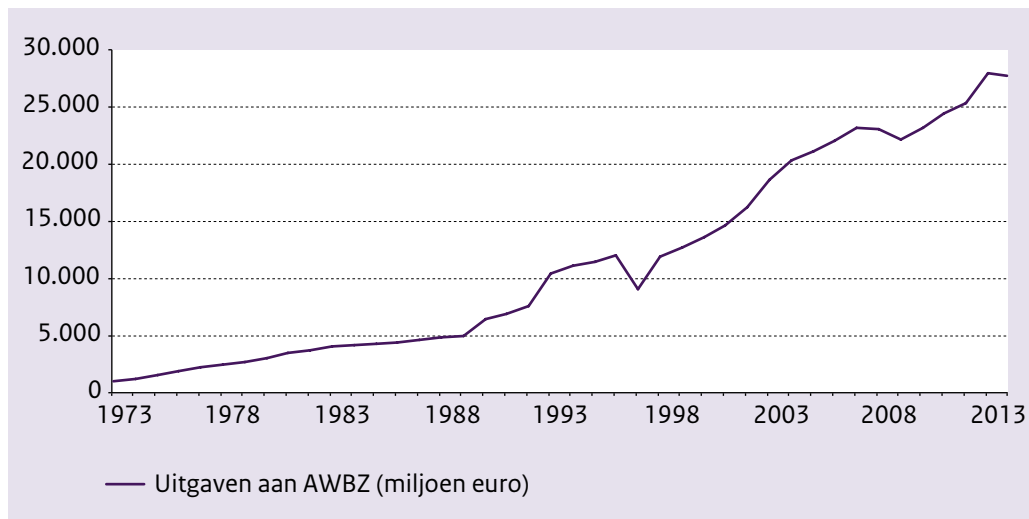
Vanaf de introductie in 1968 zijn de AWBZ-uitgaven sterk gestegen (zie *figuur 6.11*). Daar liggen verschillende ontwikkelingen aan ten grondslag. Eén daarvan is dat de AWBZ in de loop der jaren behoorlijk is uitgebreid doordat er steeds meer vormen van zorg in ondergebracht werden, maar ook de vergrijzing speelt een rol. In 2013 is voor het eerst sinds 40 jaar een lichte daling van de AWBZ-uitgaven te zien (CBS Statline, 2014d). In de volgende alinea zal gedetailleerder op de uitgaven in 2013 worden ingegaan.

### **In 2013 bedroegen de AWBZ-uitgaven bijna 28 miljard euro**

De AWBZ-uitgaven in 2013 worden geschat op circa 27,7 miljard euro (zie *tabel 6.2*). Hierbinnen waren de uitgaven met circa 16 miljard euro het hoogst voor de sector Verpleging en Verzorging. De uitgaven voor de zorg die werd geleverd via "zorg in natura (ZIN)" bedroegen circa 24,5 miljard euro (CBS Statline, 2014e). Uitgaande van cijfers over eerdere jaren, zal hiervan circa tachtig procent zijn besteed aan intramurale AWBZ-zorg en circa twintig procent aan extramurale AWBZ-zorg (Monitor Langdurige zorg, 2013a). De uitgaven voor de zorg die



**Figuur 6.11:** Totale AWBZ-uitgaven, 1972-2013 (Bron: CBS Statline, 2014d).



**Tabel 6.2:** Totale AWBZ-uitgaven, in 2013, met onderscheid naar de sectoren V&V, GZ en GGZ (Bron: CBS Statline, 2014e).

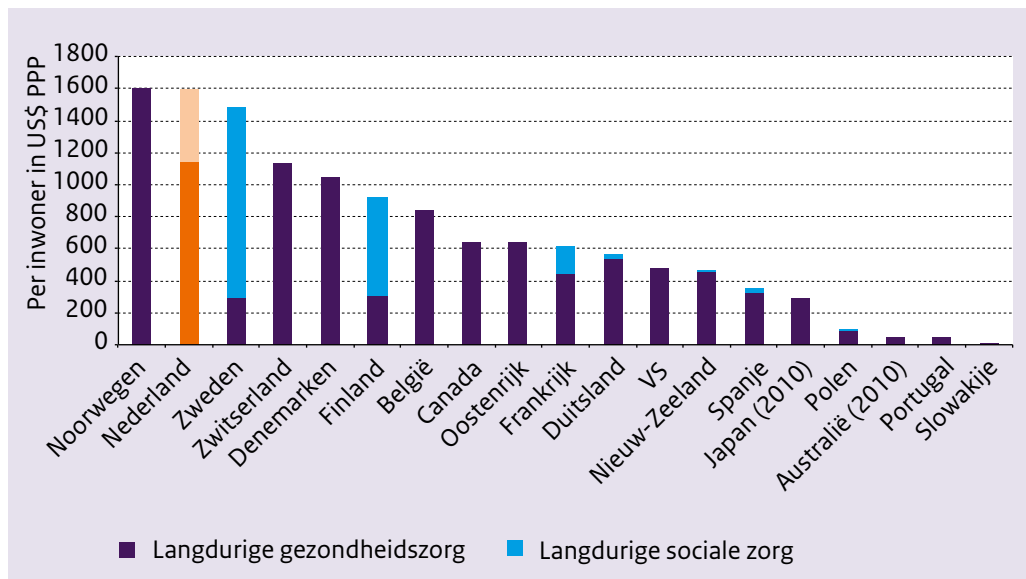
Sector	2013 (miljard euro)
V&V	16,0 <sup>a</sup>
GZ	8,4 <sup>a</sup>
GGZ	2,5
Overige uitgaven	0,7
Totaal	27,7 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Deze cijfers wijken iets af van de cijfers die zijn opgenomen in hoofdstuk 8 (ouderenzorg: 18,2 miljard euro en gehandicaptenzorg: 9,4 miljard euro). De verklaring hiervoor is dat de cijfers in hoofdstuk 8 per zorgaanbieder worden gegeven, met uitsplitsing naar verschillende financieringsbronnen (waaronder AWBZ, Zvw en Wmo), terwijl de cijfers in tabel 6.2 functioneel van aard zijn (bijvoorbeeld V&V-zorg ongeacht door wie deze zorg wordt aangeboden) en bovendien alleen betrekking hebben op de AWBZ

<sup>b</sup> Waarvan zorg in natura (ZIN) ca. 24,5 miljard euro en PGB's ca. 2,5 miljard euro (samen 27 miljard euro); Door afronding tellen de weergegeven bedragen (16,0 + 8,4 + 2,5 + 0,7) niet precies op tot het totaalbedrag van 27,7 miljard euro

V&V = Verpleging en Verzorging, GZ = Gehandicaptenzorg, GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg

**Figuur 6.12:** Internationale vergelijking van de uitgaven aan langdurige zorg (in US\$ PPP)<sup>a</sup> met waar mogelijk onderscheid naar uitgaven voor langdurige gezondheidszorg en sociale zorg, 2011 (tenzij anders aangegeven) (Bron: OECD, 2013d).



<sup>a</sup> Met het gebruik van US\$ Purchasing Power Parities wordt gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen tussen landen (2013d)

werd geleverd via PGB's bedroegen circa 2,5 miljard euro. In 2012 bedroegen de gemiddelde uitgaven per gebruiker van AWBZ-zorg 24.000 euro (Vektis, 2013a).

### De uitgaven voor langdurige zorg in Nederland zijn hoog vergeleken met die in Finland en Frankrijk

In 2011 bedroegen de uitgaven voor de langdurige zorg in Nederland, rekening houdend met het verschil in koopkracht ten opzichte van het OECD-gemiddelde, 1600 dollar (1350 euro) per persoon (zie *figuur 6.12*). Om internationale vergelijkingen van uitgaven voor de langdurige zorg mogelijk te maken, wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde methoden en definities van langdurige gezondheidszorg (o.a. verpleging en verzorging inclusief ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen) en langdurige sociale zorg (o.a. huishoudelijke hulp, begeleiding bij de uitvoering van instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen, verblijf) volgens het System of Health Accounts (OECD, 2013d; OECD et al., 2011). Ondanks het gebruik van deze gestandaardiseerde definities, bleek het in de praktijk nog niet voor alle landen mogelijk te zijn geweest om cijfers betreffende de uitgaven voor de langdurige sociale zorg aan te leveren (zie *figuur 6.12*). Hierdoor zijn de uitgaven voor de langdurige zorg per inwoner in Nederland niet goed vergelijkbaar met die in de meeste andere OECD-landen. Daarnaast speelt dat in deze cijfers de uitgaven via PGB's veelal niet zijn meegenomen. De

**Tabel 6.3:** Gemiddelde eigen maandelijkse bijdragen voor intramurale en extramurale zorg voor personen van 18 jaar en ouder, exclusief eigen bijdragen van PGB-houders, 2010-2012 (Bron: CAK, in NZa, 2013c).

Plaats		2010	2011	2012
Intramurale zorg	Gemiddelde lage eigen bijdrage per cliënt per maand	-	€ 192	€ 195
	Gemiddelde hoge eigen bijdrage per cliënt per maand	-	€ 607	€ 620
Extramurale zorg	Gemiddelde eigen bijdrage per cliënt per jaar	€ 170	€ 219	€ 226

Nederlandse uitgaven zijn het best vergelijkbaar met die in Finland, Frankrijk en Zweden, onder andere omdat deze landen zowel gegevens over de langdurige gezondheids- als sociale zorguitgaven hebben aangeleverd. De uitgaven in deze landen bedroegen respectievelijk 58%, 38% en 93% van de Nederlandse uitgaven. Rekening houdend met PGB financiering zijn de percentages voor Finland en Frankrijk respectievelijk 86% en 82%.

### **Het totaal aan eigen bijdragen aan AWBZ-zorg is in de afgelopen jaren met ruim 10% gestegen**

In de periode 2009-2012 is het totaal aan eigen bijdragen die zijn opgelegd door het CAK aan cliënten voor het ontvangen van langdurige zorg in natura ten laste van de AWBZ gestegen met 12%; van ruim 1,6 miljard euro in 2009 naar bijna 1,8 miljard euro in 2012 (Monitor Langdurige Zorg, 2013b). Deze stijging kan deels verklaard worden door een toename van het aantal mensen dat een eigen bijdrage is gaan betalen, van ruim 830.000 in 2010 naar ruim 885.000 in 2012. Ook de hoogte van de eigen bijdrage is over de jaren toegenomen (zie tabel 6.3). In 2012 bedroeg de gemiddelde lage eigen bijdrage voor intramurale AWBZ-zorg 195 euro per cliënt per maand en de hoge eigen bijdrage 620 euro per cliënt per maand. Voor extramurale AWBZ-zorg bedroeg de gemiddelde eigen bijdrage per cliënt 226 euro per maand (NZa, 2013c).

Het CAK is een uitvoeringsorganisatie in de zorg- en welzijnssector die onder andere verantwoordelijk is voor het vaststellen, opleggen en incasseren van de wettelijk verplichte eigen bijdragen voor geleverde zorg. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen, de gezinssamenstelling, de leeftijd en de zorg die de cliënt heeft ontvangen.

**Tabel 6.4:** Gemiddelde Zvw-uitgaven (2011) en AWBZ-uitgaven (2012) voor verschillende groepen (Bron: Vektis, 2013a).

Groep	Zvw-uitgaven (2011)	AWBZ-uitgaven (2012)
Verzekerde	€ 2.070	€ 1.200
Verzekerde met multimorbiditeit	€ 9.500	€ 6.000
Verzekerde met een handicap	€ 4.600	€ 52.000

### **Zvw- en AWBZ-uitgaven voor mensen met meerdere chronische aandoeningen of een handicap zijn hoger dan gemiddeld**

In 2011 bedroegen de gemiddelde Zvw-uitgaven 2070 euro per verzekerde per jaar. De gemiddelde AWBZ-uitgaven bedroegen 1200 euro per verzekerde, uitgaande van cijfers over 2012. Tabel 6.4 laat zien dat de gemiddelde Zvw-uitgaven en AWBZ-uitgaven per verzekerde met multimorbiditeit of met een handicap (verstandelijk, lichamelijk of zintuiglijk) jaarlijks hoger zijn dan gemiddeld (Vektis, 2013a).

### **De gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde lopen regionaal uiteen**

In 2012 liepen de gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde per jaar tussen regio's uiteen van 800 euro tot 1715 euro (Vektis, 2013a). In de berekening van deze gemiddelden is geen rekening gehouden met regionale verschillen in demografische en epidemiologische kenmerken van de populatie, zoals leeftijdsopbouw en de prevalentie van chronische aandoeningen. Het is onbekend waarom de gemiddelde AWBZ-uitgaven per verzekerde uiteenlopen. Naast toeval kunnen zowel verschillen in populatiesamenstelling, als verschillen in het regionale zorgaanbod en prijsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier een rol spelen. Om zicht te krijgen op de AWBZ-uitgaven per regio werd Nederland opgedeeld in 43 regio's die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van een samenhangend aanbod van maatschappelijke opvang. De uitgaven werden bepaald op basis van declaratiegegevens die door Vektis beheerd worden (Vektis, 2013a).

### **De Wmo-uitgaven van gemeenten bedroegen in 2010 gemiddeld 225 euro per inwoner**

De totale Wmo-uitgaven van 37 gemeenten die deelnamen aan een onderzoek van het SCP naar Wmo-uitgaven bedroegen in 2010 ruim 323 miljoen euro. Dat is gemiddeld 225 euro per inwoner. De uitgaven varieerden tussen gemeenten van 157 euro tot 330 euro per inwoner. Gemiddeld ontvingen 29 per 1000 inwoners hulp bij het huishouden. Gemiddeld ontvingen zij 160 uur huishoudelijke hulp per jaar (Wapstra et al., 2014). Het totale aantal Nederlandse burgers dat in de periode 2009-2012 huishoudelijke hulp ontving, fluctueerde tussen de 430.000 en 445.000 (Monitor Langdurige zorg, 2013c).

Het SCP deed onderzoek naar de Wmo-uitgaven in 2010 van 37 Nederlandse gemeenten, met gezamenlijk 1,4 miljoen inwoners. Deze gemeenten waren representatief voor alle Nederlandse gemeenten op de kenmerken vergrijzing, stedelijkheid, regio en huishoudens met een laag inkomen. Geen van de G4 (de vier grote steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en

**Tabel 6.5:** Gemiddeld aantal PGB-houders en PGB-uitgaven, 1996, 2009-2012 (Bron: Van der Torre et al., 2013).

	1996	2009	2010	2011	2012
Gemiddeld aantal PGB-houders per jaar <sup>a</sup>	5400	113.000	122.000	133.000	Ca. 132.500
PGB-uitgaven (miljard) <sup>b</sup>	€ 0,045	€ 2,1	€ 2,3	€ 2,5	€ 2,7
Gemiddelde uitgaven per PGB-houder	€ 8.000	€ 18.700	€ 19.200	€ 18.500	€ 20.000

<sup>a</sup> Het gemiddelde is bepaald op basis van het aantal gebruikers per maand

<sup>b</sup> Cijfers in deze tabel kunnen, vanwege een iets andere berekeningswijze, niet direct vergeleken worden met het cijfer voor 2013 dat in het bijschrift staat van *tabel 6.2*

Utrecht) heeft aan het onderzoek deelgenomen. De resultaten zijn dus vooral te generaliseren naar de middelgrote en kleine gemeenten in Nederland (Wapstra et al., 2014).

### **PGB-maatregelen hebben in 2012 het aantal PGB-houders teruggedrongen; de totale uitgaven voor PGB's zijn echter gestegen**

Het aantal PGB-houders is sinds de invoering van het PGB sterk toegenomen. Het gemiddelde aantal PGB-houders per jaar wordt weergegeven in *tabel 6.5*. In 1996 hadden ongeveer 5400 mensen een PGB. In 2012 lag het gemiddelde aantal PGB-houders op ongeveer 132.500. In 1996 bedroegen de uitgaven aan de zorg die door PGB-houders werd ingekocht ruim 45 miljoen euro (destijds circa 100 miljoen gulden). In 2012 waren deze uitgaven gestegen naar 2,7 miljard euro. Hoewel het gemiddelde aantal PGB-houders in 2012 ongeveer gelijk was als in 2011, nam het aantal PGB-houders in 2012 maandelijks af; van bijna 137.000 in januari 2012 naar bijna 129.000 in december 2012. Ondanks deze afname, zijn de totale uitgaven voor PGB's niet gedaald. Dit betekent dat de gemiddelde uitgaven per PGB-houder zijn gestegen; van circa €8.000 in 1996 naar circa €20.000 in 2012 (Van der Torre et al., 2013). Deze cijfers zijn exclusief PGB's die bekostigd worden vanuit de Wmo. In totaal liep in 2012 ongeveer 10% van alle AWBZ-uitgaven via een PGB.

Het PGB bestaat uit een geldbedrag waarmee mensen die zijn geïndiceerd voor zorg of ondersteuning, zelf de benodigde hulp kunnen inkopen bij zowel professionele als niet-professionele zorgverleners. Het PGB is bedoeld als alternatief voor zorg in natura (ZIN: zorg die rechtstreeks door een zorginstelling wordt geleverd). Een PGB stelt mensen in staat om zelf vorm en inhoud te geven aan hun hulpvraag. Met ingang van 2012 is een aantal PGB-maatregelen getroffen om de sterke groei van het aantal PGB's en de daarmee gepaard gaande zorguitgaven te beperken. De PGB-maatregelen hielden onder andere in dat de toegang tot het PGB werd beperkt tot personen die anders zouden moeten worden opgenomen in een zorginstelling. Per 1 januari 2013 werden deze maatregelen echter weer gedeeltelijk teruggedraaid. Bovendien werd een nieuwe PGB-regeling ingevoerd en werd een

aantal maatregelen getroffen om fraude tegen te gaan. De PGB-maatregelen hebben de instroom in 2012 sterk afgeremd. Het effect op het totale aantal PGB's is nog betrekkelijk gering omdat deze maatregelen alleen van toepassing zijn op nieuwe cliënten (Van der Torre et al., 2013).

## 6.4 Conclusie

Als we kijken naar de prestaties van de verschillende sectoren in de langdurige zorg valt een aantal zaken op. Het aantal cliënten dat langer dan de Treeknorm moet wachten en geen overbruggingszorg krijgt, is voor alle zorgfuncties beperkt. Het aantal wenswachtenden is nog wel aanzienlijk. Dit zijn mensen die wachten op zorg van een specifieke aanbieder die aan hun zorgvraag kan voldoen. De wachttijd tussen de aanvraag van Wmo-hulp bij gemeenten en de daadwerkelijk toezegging ervan, ervoer 8% van de aanvragers als een groot probleem. Een positieve ontwikkeling is dat het aantal plaatsen in meerbedskamers aanzienlijk is gereduceerd. Ook met betrekking tot vermijdbare zorgproblemen in zorginstellingen zijn over het algemeen positieve ontwikkelingen te zien. De prevalentie van decubitus en (risico op) ondervoeding en het optreden van valincidenten zijn gedaald. Het reduceren van het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen verdient echter nog aandacht; deze middelen worden nog vaak toegepast in instellingen voor wonen, zorg en welzijn.

Hoewel cliënten de warmte, aandacht, respectvolle benadering en deskundigheid van zorgverleners waarderen (ActiZ, 2013a), gaven cliënten die intramurale zorg ontvingen en hun vertegenwoordigers vaker dan cliënten die extramurale zorg ontvingen aan dat zorgverleners niet voldoende aandacht of tijd voor hen hadden. Ook gaven zij vaker aan dat zij niet kunnen meebeslissen over de zorg of hulp die zij ontvangen. Deze bevindingen zijn in lijn met wat verpleegkundigen en verzorgenden uit de verschillende sectoren aangaven. Verzorgenden in verpleeghuizen waren over het algemeen het minst positief over de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling. Ook gaven zij, samen met verzorgenden in verzorgingshuizen, vaker dan verzorgenden en verpleegkundigen in de thuiszorg aan dat de door hun afdeling/team verleende kwaliteit van zorg regelmatig of vaak niet goed was en dat er niet voldoende (gekwificeerd) personeel was. Ondanks de aanzienlijke, en steeds verder toenemende, uitgaven aan de intramurale zorg, is er blijkbaar nog steeds ruimte voor verbetering. Aandachtspunten volgens (vertegenwoordigers van) bewoners zijn onder andere de inzet van personeel en de faciliteiten die de organisatie biedt, onder andere om bewoners voldoende te activeren (ActiZ, 2013a). In 2012 werd door de minister van VWS 372 miljoen euro extra geïnvesteerd in de langdurige zorg, middels de zogeheten intensiveringsmiddelen, om de kwaliteit van de langdurige zorg te bevorderen door extra medewerkers op te leiden en aan te nemen, huidige medewerkers op te leiden tot een hoger kwalificatieniveau, en administratieve lasten terug te dringen. Ongeveer twee derde daarvan is door zorginstellingen aangewend voor 'extra handen' (VWS, 2013f). Het is van belang om te monitoren of deze investering zich uiteindelijk zal gaan vertalen in een betere (ervaren) kwaliteit van zorg. Dit is met name van belang omdat uit onderzoek van de IGZ blijkt dat in veel zorginstellingen de beschikbaarheid en deskundigheid van personeel vaak nog onvoldoende zijn afgestemd op de zorgbehoeften

van cliënten. De IGZ geeft aan dat de deskundigheid de komende jaren steeds belangrijker zal worden, met name omdat naar verwachting de ouderen die in de toekomst in een intramurale zorginstelling terecht komen vaak nog complexere zorg nodig zullen hebben dan nu (IGZ, 2014d).

In de afgelopen jaren hebben diverse ontwikkelingen plaatsgevonden om de transparantie van de kwaliteit van de zorg te bevorderen (zie *hoofdstuk 11*). Niet alleen de overheid, maar ook brancheorganisaties, patiënten- en consumentenorganisaties en zorgverzekeraars hebben zich ingezet om de prestaties van de langdurige zorg meetbaar en zichtbaar te maken. Het gevolg is dat er een grote diversiteit is ontstaan aan indicatorensets en gegevenssets voor de langdurige zorg, met name voor de verpleging, verzorging en thuiszorg. In de Zorgbalans van 2010 werd de wens uitgesproken om in de Zorgbalans van 2014 meer aandacht te besteden aan de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz. Inmiddels zijn er belangrijke beginstappen gemaakt om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld door middel van CQ-metingen door ggz-instellingen in het kader van Zichtbare Zorg, Routine Outcome Monitoring (ROM) in ggz-instellingen (zie *paragraaf 5.3.2*) en instellingen voor beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen (RIBW Alliantie, 2013) en gegevensverzameling in het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg (VNG, 2014). Vooralsnog is inzicht in de prestaties van de GZ echter nog beperkt.

Door de hervorming van de langdurige zorg zullen er belangrijke veranderingen en verschuivingen gaan plaatsvinden in onder andere de bekostiging en verantwoordelijkheden omtrent de organisatie en levering van de zorg. Monitoring van deze veranderingen in de verschillende sectoren inclusief de gevolgen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten/doelmatigheid van de zorg is daarom belangrijker dan ooit (Algemene Rekenkamer, 2014). Inmiddels zijn er verschillende trajecten in gang gezet om de beleidsdoelen te vertalen naar meetbare doelen om de (neven-)effecten van de hervorming van de langdurige zorg in beeld te kunnen brengen, niet alleen voor burgers (Peeters & Rademakers, 2014), maar ook voor bijvoorbeeld de arbeidsmarkt (Panteia et al., 2013). Hiertoe zullen monitors waarmee dit proces kan worden bewaakt opgezet moeten worden. Momenteel wordt nagedacht over de aandachtspunten binnen deze monitors en of nieuwe indicatoren een plaats zouden kunnen krijgen binnen bestaande indicatorensets. Het zal nog wel enkele jaren duren voordat bruikbare gegevens beschikbaar komen.

Een eerste aandachtspunt betreft de mate waarin mensen met chronische aandoeningen en functionele beperkingen in staat zullen zijn om zelfstandig te wonen. In de beleidsvisie over de hervorming van de langdurige zorg staat dat mensen ondanks hun aandoeningen en beperkingen gestimuleerd zullen worden om zo lang mogelijk maatschappelijk te blijven participeren en zo lang mogelijk in de eigen omgeving, met hulp van mantelzorg en eventueel thuiszorg en huishoudelijke hulp, te blijven wonen (VWS, 2013e; VWS, 2013f). Eigen regie, zelfredzaamheid en het versterken van zelfstandigheid zijn belangrijke thema's binnen de hervorming van de langdurige zorg. De vraag rijst echter of door uitstel van intensieve, intramurale zorg wel voldoende kan worden voldaan aan de zorgvraag en/of ondersteuningsbehoefte van mensen met complexe problematiek. Verschillende partijen

hebben daarom hun zorgen geuit over de consequenties van de hervorming van de langdurige zorg voor bijvoorbeeld ouderen, mensen met een verstandelijke beperking en kwetsbare patiënten in de langdurige ggz (Evenhuis & Hermans, 2012; Evenhuis & Hermans, 2013; GGZ Nederland & RIBW Alliantie, 2013; LHV, 2014b). Het is daarom van belang om te monitoren of de hervorming van de langdurige zorg bijvoorbeeld zal leiden tot (extra) problemen op het gebied van gezondheid, welzijn en zelfredzaamheid (Peeters & Rademakers, 2014) of zorgvragen waaraan niet voldaan kan worden, maar ook tot verkeerde bedproblematiek in bijvoorbeeld ziekenhuizen, frequente (her)opnames, meer acute zorg (ambulanceritten, behandelingen op de SEH) of vaker onopgemerkt overlijden van mensen thuis.

Een ander belangrijk aandachtspunt betreft mantelzorgers. Langdurige zorg zal in de toekomst niet langer primair gericht zijn op verpleging, verzorging en begeleiding door professionals. Uitgangspunt is dat allereerst wordt gekeken of ondersteuning en zorg geleverd kunnen worden vanuit het eigen sociale netwerk, en of eigen financiële middelen daarvoor aangewend kunnen worden. Pas daarna zal nagegaan worden of professionele en eventuele intramurale zorg moet worden ingezet. Dit vraagt dus om een grotere inzet van mantelzorgers. In 2012 gaven ruim twee miljoen volwassenen mantelzorg. Ruim een derde van de mantelzorgers gaf aan vaak belemmeringen in hun maatschappelijke participatie te ervaren. Van de mantelzorgers van mensen met dementie gaf een ruime meerderheid aan zich belast te voelen. Het is belangrijk om de consequenties van het verlenen van mantelzorg te monitoren. Hierbij gaat het niet alleen om de consequenties in termen van bijvoorbeeld overbelasting, maar ook om bijvoorbeeld arbeidsparticipatie van mantelzorgers of andere vormen van maatschappelijke participatie. Dit is met name van belang omdat uit onderzoek blijkt dat een gebrek aan participatie negatieve gevolgen kan hebben voor de gezondheid (Bath & Deeg, 2005; Mendes de Leon, 2005).

Aangezien de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg ook één van de motieven voor de herziening van het stelsel van de langdurige zorg is, zou een derde aandachtspunt het monitoren van de consequenties van de hervorming voor de zorguitgaven kunnen zijn. Dit hoofdstuk heeft laten zien dat de uitgaven voor de langdurige zorg aanzienlijk zijn. In Nederland vormen de uitgaven aan de langdurige zorg ongeveer een derde van de totale zorguitgaven (zie *hoofdstuk 8*). Naast het monitoren van de zorguitgaven, is het ook van belang na te gaan wat de gevolgen van de hervormingen zullen zijn voor het zorggebruik. Hierdoor kan inzicht verkregen worden of van bepaalde vormen van zorg meer of juist minder gebruik gemaakt gaat worden.

Omdat er door de hervorming van de langdurige zorg steeds meer verantwoordelijkheden worden toegedicht aan gemeenten, is het ten slotte ook van belang om te monitoren wat de consequenties van de hervorming van de langdurige zorg voor gemeenten zijn. Gemeenten staan voor de uitdaging om de kwaliteit van ondersteuning en zorg in de buurt voor een toenemend aantal mensen met chronische aandoeningen en/of functionele beperkingen te verbeteren, terwijl zij voor verschillende voorzieningen minder budget te besteden hebben dan de rijksoverheid er tot nu toe aan uit heeft uitgegeven. Ook kan er ongelijkheid ontstaan tussen gemeenten en daarmee tussen burgers, omdat gemeenten beleidsvrijheid hebben ten



aanzien van de uitvoering van de Wmo. Het is van belang om na te gaan wat de mogelijke gevolgen van deze uitdagingen zullen zijn voor bijvoorbeeld de toegankelijkheid maar ook de kwaliteit van de zorg.

