

Volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging

Aanbevelingen voor het scheiden van wonen en zorg



1 maart 2022

Inleiding

In dit paper presenteren wij de resultaten van een verkenning naar het gebruik van het volledig pakket thuis (vpt) in de verpleging en verzorging (V&V) in de Wet langdurige zorg (Wlz). Het vpt is onder de AWBZ geïntroduceerd met als doel het scheiden van wonen en zorg te stimuleren en keuzemogelijkheden (diversiteit in woonvormen) voor cliënten te vergroten.

De inzichten die wij in deze verkenning hebben opgedaan zijn bruikbaar voor de verdere beleidsontwikkeling bij het scheiden van wonen en zorg. We doen hiervoor een aantal aanbevelingen.

Toelichting verkenning

Een aantal ontwikkelingen vormden de aanleiding om deze verkenning uit te voeren:

- Het vpt is nu enkele jaren (sinds 2015) in de Wlz als leveringsvorm opgenomen; daaruit ontstond de vraag of de destijds beoogde doelstellingen worden behaald: het vergroten van de keuzemogelijkheden in woonzorgvormen, en het langer thuis wonen.
- We zagen een sterke stijging in het gebruik van het vpt en wilden daarom meer zicht hebben op de manier waarop het vpt wordt ingezet: In welke woonvormen zien we het vpt? En verschilt de inhoud en de organisatie van de vpt-zorg van de intramurale zorg? Maar ook: welke overwegingen spelen een rol bij de keuze voor het vpt? Voor welke uitdagingen en nieuwe dilemma's worden de betrokken partijen gesteld?
- We lopen in diverse beleids- en uitvoeringsvraagstukken aan tegen de vraag hoe het vpt gepositioneerd moet worden: als zorg in de thuissituatie, zorg in het verpleeghuis, en/of ergens ertussenin. Zo valt het geclusterde vpt bijvoorbeeld onder de reikwijdte van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, maar is de afbakening tussen geclusterde en ongeclusterde zorg niet goed te maken. Daardoor kan de bekostiging niet goed aansluiten op de reikwijdte van het kwaliteitskader.

Onze focus lag op het vpt in de V&V in de Wlz, omdat het positioneringsvraagstuk daar het meest urgent is, in verband met de vergrijzing, en de daarmee gepaard gaande vraagstukken rondom capaciteit (bouwopgave en personele capaciteit) en wachtlijsten.

We hebben kwantitatief onderzoek gedaan naar het zorggebruik, cliëntgroepen, zorgpaden en zorguitgaven bij het vpt. Daarnaast hebben we door middel van kwalitatief onderzoek gekeken naar woonvormen, zorginhoud en organisatie van de vpt-zorg. In acht praktijkvoorbeelden schetsen we verschillende vormen waarin het vpt wordt geboden.

Gedurende ons onderzoek is bekend geworden dat het voornemen tot scheiden van wonen en zorg voor deze sector in het nieuwe regeerakkoord is opgenomen. Daarom hebben wij onze bevindingen in het licht van deze actualiteit geplaatst, en doen we een aantal aanbevelingen aan VWS voor de beleidsontwikkeling bij het scheiden van wonen en zorg.

We hebben de verkenning op hoofdlijnen uitgevoerd, aan de hand van beschikbare data en openbare bronnen, en gesprekken met een aantal zorgaanbieders en partijen die het cliëntperspectief vertegenwoordigen. Input vanuit zorgkantoren hebben wij verkregen via een informatieverzoek vanuit toezicht over 'zorg (als) thuis' en gesprekken daarover in 2021, in het kader van het toezicht op de uitvoering van de Wlz door zorgkantoren.

Samenvatting conclusies en aanbevelingen



Op basis van onze verkenning komen wij tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

Conclusies

- Het gebruik van het vpt groeit sterk;
- De diversiteit in woonvormen, zorginhoud en organisatie van de vpt-zorg is groot;
- Het vpt wordt gebruikt in verschillende thuissituaties; 'thuis' is een breed begrip;
- Cliënten kiezen niet altijd bewust voor een leveringsvorm.

De groei van het vpt lijkt op het eerste gezicht te verklaren vanuit de wens van de cliënten om thuis of in een huiselijke setting te willen (blijven) wonen. Zorgkantoren maken daarom de verschuiving naar meer extramurale zorg onderdeel van hun inkoopbeleid. Zorgkantoren en zorgaanbieders geven daarnaast aan dat het vpt vaak makkelijker is op te schalen dan verblijfszorg. Bovendien zijn de zorguitgaven bij de inkoop van Wlz-zorg via vpt (en ook mpt) lager dan bij de inkoop via een zzp, en kunnen zorgkantoren daardoor meer cliënten helpen met dezelfde financiële middelen.

Wanneer we echter dieper kijken naar de (financiële) afwegingen waar cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren elk vanuit hun eigen perspectief voor staan bij de keuze voor het vpt, dan blijkt er echter geen sprake te zijn van gelijkgerichte prikkels. Die analyse leidt tot een genuanceerder beeld. Situaties van willekeur of ongelijkheid kunnen ontstaan als gevolg van het ontbreken van regie op de wooncomponent.

Bij de introductie van het vpt werd vooral beoogd de keuzemogelijkheden (diversiteit in woonvormen) voor cliënten te verruimen. Het vpt is destijds ingevoerd als extra mogelijkheid, als alternatief voor de opname met verblijf, zonder dat hier een duidelijke sturing op is gezet. Bovengenoemde bevindingen laten weliswaar zien dat er een grote diversiteit in het aanbod is ontstaan, maar dit gaat niet in alle gevallen samen met meer keuzemogelijkheden voor cliënten. Vanuit de Wlz-regelgeving niet is geborgd dat vraag en aanbod voor de wooncomponent op elkaar afgestemd worden.

Onze verkenning leidt tot een aantal aanbevelingen die voortkomen uit de huidige praktijk van het vpt. Met het voornemen om in te zetten op het verder scheiden van wonen en zorg wordt het belang van deze aanbevelingen groter.

Aanbevelingen

- Bepaal op basis van welke waarden wordt beoordeeld of scheiden van wonen en zorg een succes is;
- Versterk de mogelijkheden om via de zorginkoop te sturen op extramurale leveringsvormen;
- De toegankelijkheid van het wonen kan een risico vormen voor de toegankelijkheid van zorg. Daarom is meer regie nodig vanuit het woondomein;
- Kijk breder naar de doelmatigheid in de thuissituatie;
- Betrek de kwaliteit van zorg in de thuissituatie bij de herinterpretatie van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg;
- Herstel het continuüm van zorg in de thuissituatie om passende zorg mogelijk te maken.

Verkenning gebruik volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging

Het scheiden van wonen en zorg is een actueel thema in discussies over een toekomstbestendige langdurige zorg voor ouderen. In het [coalitieakkoord 2021-2025](#) 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' (VVD, D66, CDA en ChristenUnie, 15 december 2021) wordt ingezet op stapsgewijze scheiding van wonen en zorg. Hoewel op dit moment nog veel onduidelijk is over de verdere uitwerking van dit beleidsvoornemen, valt uit de tekst van het akkoord wel op te maken dat veel verwacht wordt van de sturing op scheiden van wonen en zorg via de zorginkoop door zorgkantoren, en dat de leveringsvormen vpt en mpt, en het pgb behouden blijven.

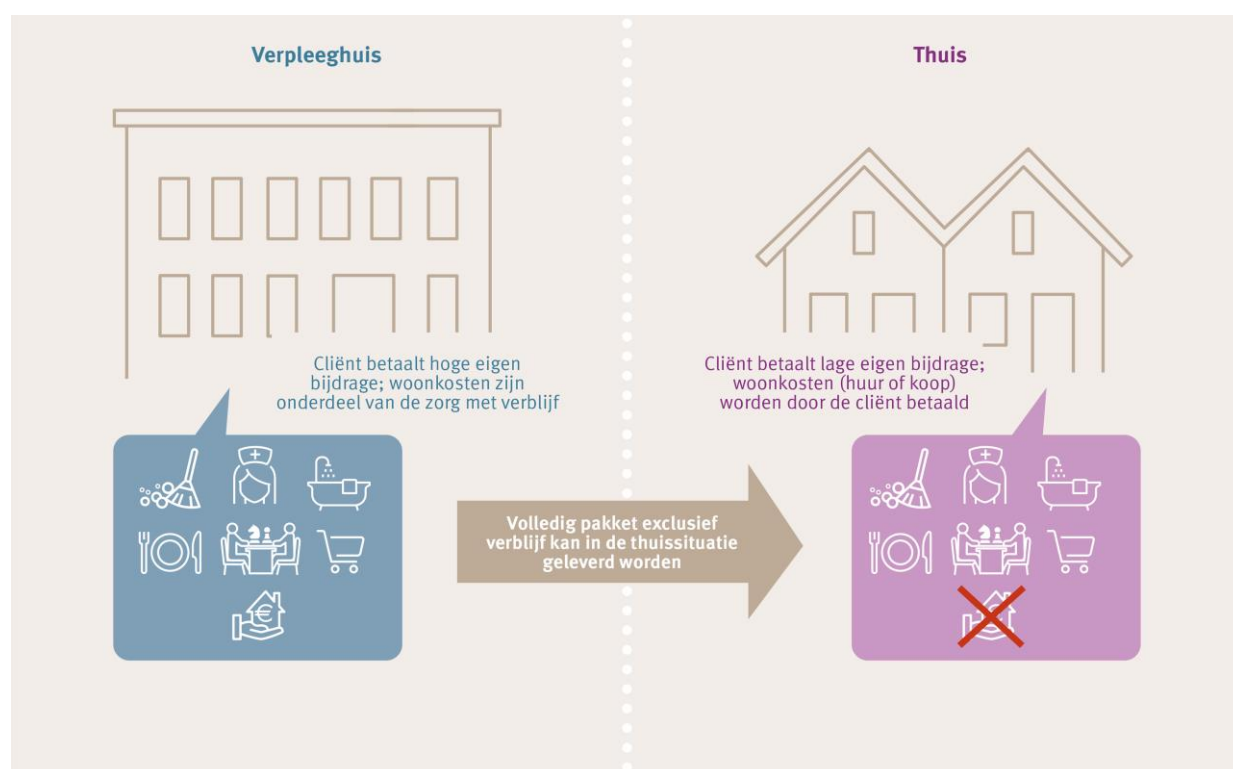
In het licht van dit onderdeel van het coalitieakkoord publiceren wij in dit paper een aantal bevindingen van een verkenning die wij hebben uitgevoerd naar de wijze waarop het vpt in de ouderenzorg wordt ingezet. We doen daarnaast aanbevelingen voor de verdere beleidsontwikkeling bij het scheiden van wonen en zorg.

Het vpt is onder de AWBZ geïntroduceerd met als doel het scheiden van wonen en zorg te stimuleren en keuzemogelijkheden (diversiteit in woonvormen) voor cliënten te vergroten.

Sinds 2015 is het vpt als leveringsvorm verankerd in de Wlz en heeft de cliënt het recht om voor deze leveringsvorm te kiezen. De cliënt behoudt daarbij ook het recht om te kiezen voor opname met verblijf (zzp), het modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb).

In onze verkenning hebben wij het vpt met name vergeleken met zorg met verblijf (opname in een zorginstelling), vanuit de gedachte dat beide leveringsvormen een vergelijkbaar integraal zorgpakket bieden. Deze vergelijking van deze twee leveringsvormen staat ook centraal in de discussie over het scheiden van wonen en zorg. Met het vpt krijgt de cliënt in principe thuis dezelfde zorg geleverd als in het verpleeghuis. Bij het vpt betaalt de cliënt zelf de woonkosten (koop of huur), en is de lage eigen bijdrage voor de Wlz van toepassing. Bij opname in het verpleeghuis zijn de woonkosten onderdeel van de aanspraak op de zorg met verblijf, en betaalt de cliënt de hoge eigen bijdrage.

Figuur 1: Opname met verblijf en volledig pakket thuis*



* Op de website van het Zorginstituut Nederland worden de vormen van zorg binnen de leveringsvormen beschreven: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>

De belangrijkste bevindingen van onze verkenning zijn:

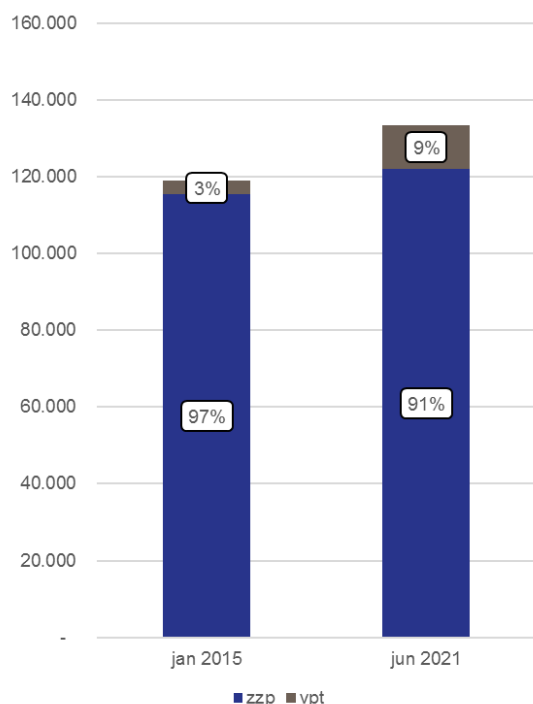
1. Het gebruik van het vpt groeit sterk

Hoewel de absolute aantallen cliënten met een vpt nog klein zijn, zien we een sterke groei in het vpt. Hieronder geven we de belangrijkste kerncijfers van het vpt weer.

Kerncijfers vpt

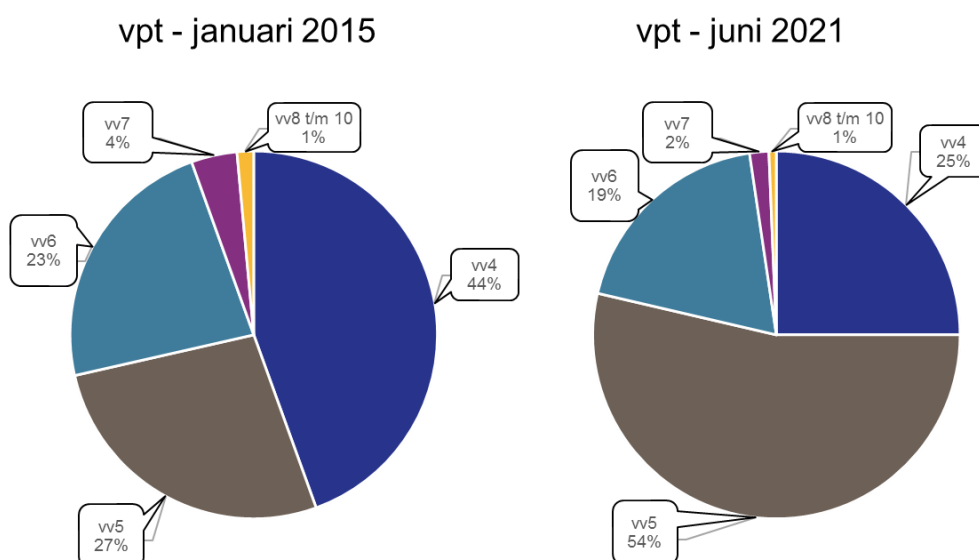
- Sinds 2015 is het aantal vpt declaraties voor vv4 t/m 10 meer dan verdrievoudigd, van ruim 3.400 gemiddeld per dag in januari 2015 tot ruim 11.400 in juni 2021. Ter vergelijking: het aantal zzp declaraties nam in deze periode toe met 'slechts' 6%, van ruim 115.300 gemiddeld per dag, naar bijna 122.000.
- De groei in vpt is groter, en de groei in zzp is kleiner dan de groei in het aantal indicaties voor vv4 t/m 10. Bij nieuwe instromers lag de verhouding vpt/zzp in 2015 op 4% vpt en 96% zzp; in 2021 was dit verschoven naar 10% vpt en 90% zzp.
- Het aandeel vv5 (grotendeels cliënten met dementie) in vpt is verdubbeld tussen januari 2015 en juni 2021. Het absolute aantal vv5 declaraties in vpt is in deze periode is daarmee meer dan verzesvoudigd (655%).
- Daarnaast zien we binnen het vpt relatief veel lichtere Wlz-cliëntgroepen, en een zeer beperkte groep van cliënten die zorg met behandeling via het vpt ontvangt.
- De zorguitgaven voor cliënten met vv4 tot en met vv10 bedragen in 2022 naar schatting circa € 875 miljoen in vpt, en circa € 12,8 miljard in zzp.

Figuur 2: Gemiddeld aantal declaraties per dag, januari 2015 en juni 2021



Bron: Vektis declaratiedata, bestand januari 2022

Figuur 3: Verdeling zorgprofielen vv4 t/m 10 binnen het vpt, januari 2015 en juni 2021



Bron: Vektis declaratiedata, bestand januari 2022

In absolute aantallen declaraties is de groei in het vpt in de periode januari 2015 tot 1 juni 2021 ongeveer gelijk aan de groei in het zzp.

In de factsheet Kerncijfers vpt zijn meer kwantitatieve analyses opgenomen.

Achter dit cijferbeeld gaat een grote variatie in de inzet van het vpt schuil. Lees hierover meer in het artikel De diversiteit in woonvormen, zorginhoud en organisatie van het vpt is groot en in de factsheet Praktijkvoorbeelden.

De groei van het vpt lijkt op het eerste gezicht gemakkelijk verklaard te kunnen worden. Allereerst vanuit de wens van de cliënten: zij willen niet (naar een verpleeghuis) verhuizen, of willen in de vertrouwde omgeving, thuis of in een huiselijke setting blijven wonen, en zoveel mogelijk de eigen regie behouden en bij hun partner blijven wonen. Ook kan de voorkeur van cliënten om dezelfde zorgverleners uit de wijkverpleging (Zvw) te kunnen behouden meespelen. Om aan deze wensen van cliënten tegemoet te komen maken zorgkantoren de verschuiving naar meer extramurale zorg onderdeel van hun inkoopbeleid. Zorgkantoren en zorgaanbieders geven daarnaast aan dat het vpt vaak makkelijker is op te schalen dan verblijfszorg: in de thuissituatie of in reeds - binnen of buiten het zorgdomein - ontwikkelde wooninitiatieven, kan de zorgvraag opgevangen worden zonder dat daarvoor grootschalige nieuwbouw van intramurale capaciteit nodig is. Bovendien zijn de zorguitgaven bij de inkoop van Wlz-zorg via vpt (en ook mpt) lager dan bij de inkoop via een zzp, en kunnen zorgkantoren daardoor meer cliënten helpen met dezelfde financiële middelen.

Deze verklaringen wekken mogelijk de indruk dat er sprake is van gelijkgerichte prikkels voor alle partijen, en dat de beweging naar langer thuis wonen of scheiden van wonen en zorg min of meer vanzelf zal doorzetten. Maar die conclusie zou te kort door de bocht zijn. Hierna gaan we dieper in op de (financiële) afwegingen waar de betrokken partijen voor staan bij de keuze voor het vpt. Dit leidt tot een genuanceerder beeld. Verderop bij onze aanbevelingen gaan we in op de grenzen aan de sturing op extramurale leveringsvormen via de zorginkoop.

2. Het vpt wordt gebruikt in verschillende thuissituaties; 'thuis' is een breed begrip

Het vpt is een leveringsvorm waarmee de aanspraak op zorg kan worden verzilverd in de thuissituatie. In de praktijk blijkt het begrip 'thuis' heel breed te zijn. We zien dat het vpt geleverd wordt in alle woonvormen tussen de twee uitersten: van de echte thuissituatie, waar de cliënt al woonde voordat de zorgvraag ontstond, tot in het verpleeghuis, als de cliënt op die locatie de woning huurt. En in alle denkbare tussenvormen, zoals de geclusterde wooninitiatieven.

Dit heeft een paar implicaties:

De eerste is dat de aantallen vpt die we lieten zien alle verschillende vormen van de thuissituatie representeren. Er zijn geen data beschikbaar waarmee we kwantitatief in beeld kunnen brengen wat de aard van de locatie is waar de zorg wordt geleverd.

De tweede is dat de verschillende thuissituaties passen bij een andere uitleg van wat onder langer thuis wonen of scheiden van wonen en zorg kan worden verstaan. Als de cliënt verhuist naar het verpleeghuis en daar de woning huurt, wordt dat in de praktijk niet ervaren als langer thuis wonen; wel zijn wonen en zorg financieel gescheiden.

De derde is dat zorgaanbieders en zorgkantoren de leveringsvorm vpt ook als financieringsvorm gebruiken op locaties waar de zorg ook door middel van verblijf zou kunnen worden geboden.

Dit gegeven, gecombineerd met de (financiële) afwegingen waar cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren, elk vanuit hun eigen invalshoek voor staan, maakt dat (onbedoeld) situaties van willekeur en ongelijkheid kunnen ontstaan.

Financiële afwegingen bij de keuze tussen het vpt en verblijfszorg

- De **cliënt** maakt afwegingen in de **woonkosten** (behorend bij een bepaald woongenot) en de **eigen bijdrage**. Het inkomen (AOW, pensioen) en vermogen van de cliënt, en de situatie van een eventuele partner zijn bepalend voor de hoogte van de eigen bijdrage, maar ook voor de mogelijkheden op de woningmarkt. Bij zorg met verblijf geldt de hoge eigen bijdrage en zijn de woonkosten onderdeel van de zorg; bij het vpt geldt de lage eigen bijdrage en betaalt de cliënt zelf de woonkosten. Bij het vpt heeft de cliënt die dat kan betalen de keuze om luxere woonvormen te betrekken.
- De **zorgaanbieder** maakt afwegingen ten aanzien van het **vastgoed**: afstoten of exploiteren; financiering via **zorgprestaties** (onderdeel van het zzp) of via **huuropbrengsten** (naast het vpt). Bij het vpt heeft de aanbieder meer mogelijkheden om een ruimer aantal vierkante meters te bieden en die (uit aanvullende inkomsten) te financieren.
- Het **zorgkantoor** maakt keuzes in de manier waarop de **zorgplicht** doelmatig* kan worden ingevuld: met vpt-financiering kunnen met dezelfde middelen meer cliënten geholpen worden dan met zzp-financiering.

*Onder doelmatig wordt verstaan: in een optimale balans tussen kosten, volume en kwaliteit van zorg

De betrokken partijen kunnen met de keuzes die ieder vanuit zijn perspectief maakt (onbedoeld) ongelijkheid voor andere partijen veroorzaken, of omgekeerd, ermee geconfronteerd worden. Een zorgaanbieder kan zich bijvoorbeeld richten op een bepaald woonsegment, dat voor cliënten met beperkte financiële mogelijkheden niet toegankelijk is. Een cliënt kan geconfronteerd worden met een leveringsvorm, omdat het zorgkantoor en de zorgaanbieder deze als financieringsvorm hebben afgesproken (waarbij de cliënt de gevolgen van deze afspraak voor zijn woonlasten en eigen bijdrage niet altijd goed kan overzien). Zorgaanbieders kunnen te maken krijgen met een ongelijk speelveld bij de financiering van het vastgoed, terwijl dezelfde zorg wordt geleverd.

We zien dus dat vanuit de Wlz-regelgeving niet is geborgd dat vraag en aanbod voor de wooncomponent op elkaar afgestemd worden.

De willekeur of ongelijkheid die hierdoor ontstaat kan partijen dan ook meestal niet aangerekend worden, omdat zij geen zicht of invloed hebben op de keuzes die andere partijen vanuit hun perspectief maken, binnen en buiten het zorgdomein. Dit kan leiden tot suboptimale uitkomsten, als gevolg van versnippering en het ontbreken van regie op de wooncomponent.

We benadrukken dat ook andere dan alleen financiële afwegingen een rol spelen bij de keuze voor het vpt.

3. Cliënten kiezen niet altijd bewust voor een leveringsvorm

Hiervoor noemden we de wens van de cliënt om langer thuis te wonen als mogelijke verklaring voor de groei in het vpt. Maar dat ligt mogelijk genuanceerder.

Allereerst weten we niet of cliënten louter uit positieve overwegingen voor zorg in de thuissituatie kiezen: zorgen de wachtlijsten ervoor dat mensen niet de mogelijkheid hebben om naar een instelling te verhuizen? Of speelt de reputatie van verpleeghuizen een rol? En verandert dat met de komst van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, waar een aanzuigende werking van werd verwacht?

Daarnaast hebben we gezien dat het vpt ook gebruikt wordt in de 'thuissituatie' waarbij de cliënt de woning huurt in een kleinschalig wooninitiatief of in het verpleeghuis. Met name in die laatste gevallen lijkt de wens om langer thuis te wonen dus geen rol te spelen. Bovendien blijkt dat wanneer cliënten naar een instelling of wooninitiatief verhuizen, ze vaak niet bewust voor een leveringsvorm kiezen, maar voor de locatie of de zorgaanbieder, als er in hun - soms urgente - situatie al iets te kiezen valt. In de praktijk is de cliënt vaak al in zorg bij de aanbieder voordat hij de Wlz instroomt. Als de cliënt bij de domeinovergang bij dezelfde zorgaanbieder in zorg blijft, heeft hij geen andere keuze dan de leveringsvorm die deze aanbieder in het (gecontracteerde) aanbod heeft.

De diversiteit in woonvormen, zorginhoud en organisatie van het vpt is groot

Er bestaat een grote diversiteit in de woonvormen, zorginhoud en organisatie van het vpt in de verpleging en verzorging. Lokale aspecten spelen daarbij een rol, maar ook verschillen in visies en uitgangspunten die zorgaanbieders hanteren bij de ontwikkeling van hun aanbod. Dit artikel is gebaseerd op een inventarisatie van een aantal praktijkvoorbeelden van zorgaanbieders.

Lokale aspecten spelen een rol bij de inrichting van het vpt-aanbod

Bij de inrichting van woonzorgconcepten vanuit het zorgdomein kunnen verschillende lokale aspecten een rol spelen.

Dit zijn bijvoorbeeld:

- de situatie op de arbeidsmarkt;
- de (kwaliteit van de) woningvoorraad;
- de inrichting van de wijk (en aanwezigheid van voorzieningen) en de sociale context binnen de wijk (de aanwezigheid van een sociaal mantelzorgnetwerk);
- de reisafstanden die het zorgpersoneel moet afleggen om bij de cliënten thuis te komen;
- de mate waarin nieuw te bouwen capaciteit gerealiseerd kan worden (afhankelijk van de beschikbaarheid van bouwlocaties en de aantrekkingskracht op investeerders);
- de mogelijkheden voor samenwerking met zorgaanbieders in de keten, gemeenten en woningcorporaties of andere vastgoedexploitanten.

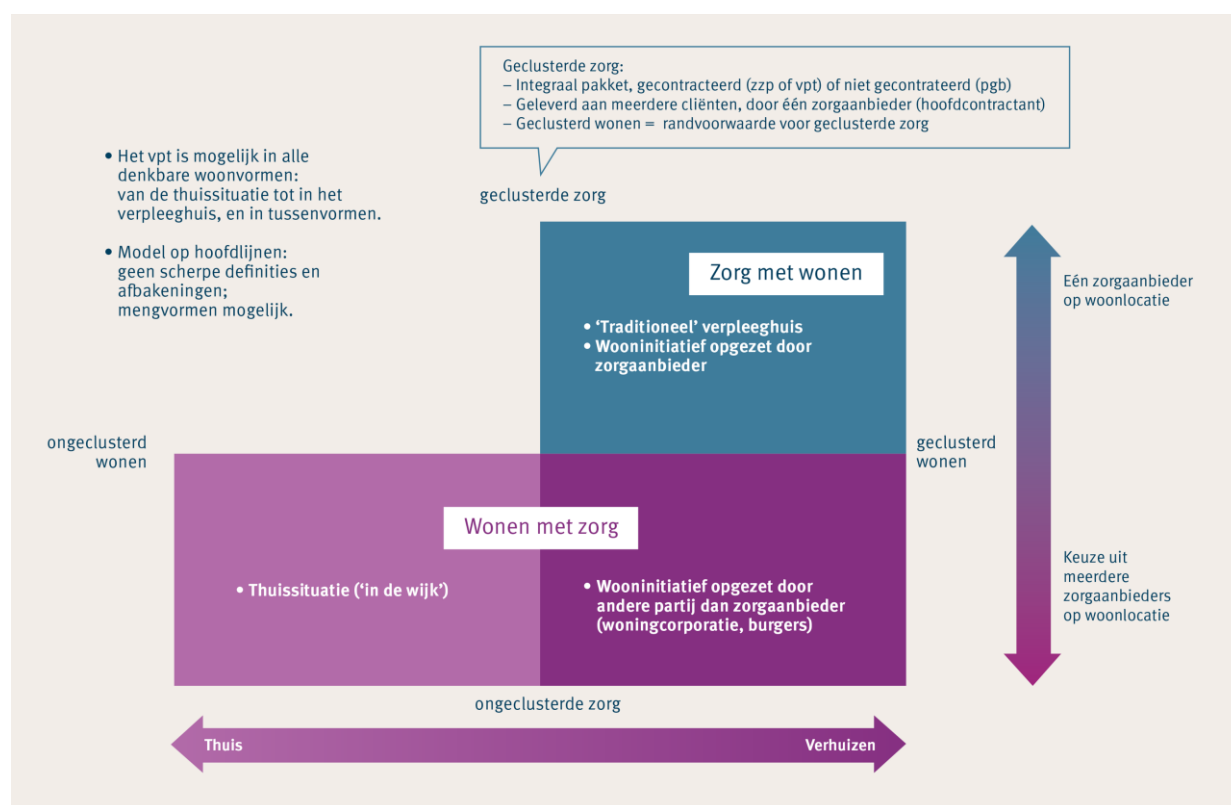
Woonvormen

We zien dat het vpt in verschillende woonvormen geleverd wordt. Lang niet altijd worden de woon(zorg)vormen opgezet vanuit de zorg. Wooninitiatieven voor senioren kunnen ook ontwikkeld worden door bijvoorbeeld burgers, woningcorporaties of andere marktpartijen. Dat is ook logisch, omdat wonen op hoge leeftijd lang niet altijd samen hoeft te gaan met (langdurige) zorg. Bij het anticiperen op het ouder worden zullen mensen vaak wel voor ogen hebben hoe bij het wonen rekening kan worden gehouden met toenemend ongemak, bijvoorbeeld door gelijkvloers te gaan wonen of aanpassingen aan de woning te doen. Of mensen kiezen vanuit een behoefte aan veiligheid voor een geclusterde woonvorm, waar bewoners naar elkaar omzien. Maar of en welke zorgbehoefte zal ontstaan, kan iemand meestal niet voorspellen. Kortom: het organiseren van voldoende geschikte woningen voor ouderen is een opgave die voor een belangrijk deel los kan worden gezien van de zorg.

Dat neemt overigens niet weg dat het zinvol kan zijn om bij het inrichten van een wijk rekening te houden met een (toekomstige) zorgbehoefte van de bewoners. Maar het ligt niet voor de hand dat de regie op het wonen voor ouderen vanuit het zorgdomein wordt gevoerd; het wonen staat voorop, en de zorg wordt er indien nodig bij gezocht. Dat is ook de manier waarop we in de wijkverpleging naar de relatie tussen wonen en zorg kijken. Slechts voor een kleine groep mensen, die de meest complexe en zware zorg nodig hebben, zullen voorzieningen nodig zijn waarbij de zorg voorop staat, en het wonen gekoppeld wordt aan de te ontvangen zorg.

In perspectief: van de 3,4 miljoen ouderen (65+) in Nederland hebben circa 175.000 mensen een Wlz-indicatie vv4 en hoger.

Figuur 1: Schematische weergave van woonvormen waarin het vpt wordt geleverd



We zien dat het vpt geleverd wordt in alle woonvormen tussen de twee uitersten: van de echte thuissituatie, waar de cliënt al woonde voordat de zorgvraag ontstond, tot in het verpleeghuis, als de cliënt op die locatie de woning huurt. En in alle denkbare tussenvormen, zoals de geclusterde wooninitiatieven. De diversiteit aan woonzorgvormen laat ook zien dat het onderscheid tussen de begrippen 'thuis' en 'in het verpleeghuis' niet goed te maken is.

Er zijn geen landelijke cijfers beschikbaar over aantallen cliënten per woonvorm. Dat heeft niet alleen te maken met het ontbreken van eenduidige definities en afbakeningen, maar ook met het feit dat waar wonen en zorg gescheiden zijn, er geen (centrale) partij is, noch in het zorgdomein, noch in het woondomein, die deze informatie nodig heeft om zijn taken goed te kunnen uitvoeren. Bij scheiden van wonen en zorg is het immers niet vanzelfsprekend dat er regievoering op de combinatie van wonen en zorg plaatsvindt.

Dit wil overigens niet zeggen dat zorgkantoren geen zicht hebben op de wooncontext van de cliënt; immers vanuit hun zorgplicht moeten toegankelijkheid en kwaliteit van zorg (naast betaalbaarheid) gewaarborgd worden; de passendheid van, en toegang tot woonvormen zijn daarvoor mede bepalend.

Zorgaanbieders hanteren verschillende visies en uitgangspunten voor de ontwikkeling van het vpt-aanbod

Aan de ene kant van het spectrum leeft de overtuiging dat mensen zoveel mogelijk in hun eigen omgeving moeten blijven als zij zorg nodig hebben: een verhuizing kan onrust veroorzaken bij de cliënt, en daardoor treedt vaak ook een verzwaring van de zorgvraag op. Veel cliënten ontlenen daarnaast hun identiteit aan de wijk en de omgeving waarin zij wonen. Ook speelt de verbondenheid met de omgeving

een rol, omdat mantelzorgers (uit de buurt) vaak een belangrijk deel van de zorg op zich nemen. En de ervaring is dat niet alle mensen goed gedijen in groepszorg, zodat bij deze mensen zorg in de eigen thuissituatie het beste past.

Aan de andere kant heerst de gedachte dat geclusterde woonzorgvormen de sociale cohesie kunnen bevorderen, een veilige omgeving kunnen bieden, en eraan bijdragen dat de zorg van goede kwaliteit is en doelmatig georganiseerd wordt, passend bij de zorgvraag van de cliënt. Na een verhuizing naar zo'n woonvorm knappen cliënten op, en komen ze tot rust. Bovendien kan daarmee de doorstroming op de woningmarkt bevorderd worden.

We zien dus dat ook de diversiteit in (de wensen en kenmerken van) cliënten medebepalend zijn voor de ontwikkeling van het vpt-aanbod.

De woonvorm, de zorginhoud en de organisatie van het vpt kunnen niet altijd los van elkaar worden gezien

Bij de **ongeclusterde vpt** 'in de wijk' zien we dat de zorginhoud van het vpt vaak anders is dan bij het intramurale zorgpakket: vaak worden niet alle onderdelen van het pakket geleverd in de thuissituatie. Als na overleg met de cliënt en zijn partner of mantelzorger duidelijk is dat er verantwoorde alternatieve oplossingen zijn, worden onderdelen als maaltijdverstrekking, schoonmaak van de woning en boodschappen doen, uit het zorgarrangement gelaten. Soms betaalt de zorgaanbieder een vergoeding aan de cliënt voor de niet geleverde maaltijd, die de cliënt als tegemoetkoming in de eigen bijdrage kan zien. Of er wordt voor een andere invulling gekozen: in plaats van het verstrekken van de maaltijd kookt de zorgverlener samen met de cliënt.

Sommige zorgaanbieders kiezen ervoor om in hun zorgorganisatie aparte teams op te zetten voor het leveren van vpt-zorg. Zij doen dit omdat dit volgens hen mogelijk maakt dat de medewerkers in het vpt-team de cliënt onverdeelde aandacht kunnen geven, en om personeel in te zetten dat andere kwalificaties heeft dan in de wijkverpleging: meer gericht op welzijnsactiviteiten dan op verpleegkundige handelingen. Hiermee boort de zorgaanbieder ander arbeidspotentieel aan op de arbeidsmarkt, en kan vpt-zorg worden opgeschaald zonder dat dat ten koste gaat van personele capaciteit voor de wijkverpleging. Vaak gaat dit ook gepaard met meer werkplezier onder deze medewerkers, aldus de zorgaanbieders.

Andere zorgaanbieders maken juist de keuze om de vpt-zorg door dezelfde teams als in de wijkverpleging te laten uitvoeren. Op die manier behoudt een cliënt dezelfde zorgverleners bij de overgang van de wijkverpleging (Zvw) naar het volledig pakket thuis (Wlz). Deze continuïteit kan vooral van belang zijn voor de cliënt wanneer sprake is van psychogeriatrische problematiek. In de organisatie van de zorg blijkt het vpt dus te worden gezien in het verlengde van de wijkverpleging, terwijl het vpt in de Wlz is geïntroduceerd als alternatief voor de opname met verblijf.

We zien zorgaanbieders die sterk inzetten op technologie om het vpt in de thuissituatie mogelijk te maken. Zij vinden dat het gebruik daarvan niet vrijblijvend kan zijn, omdat hierdoor efficiënter omgegaan kan worden met schaarse arbeidskrachten. Aan de andere kant zijn er ook zorgaanbieders die juist terughoudend zijn in het vervangen van menselijk contact door technologie, omdat dat de eenzaamheid bij cliënten zou kunnen vergroten.

Verschillen in bedrijfsmatige keuzes (efficiëntie), maar ook in taakopvatting (het tegengaan van eenzaamheid als taak voor het zorgpersoneel) van zorgaanbieders spelen dus ook mee in hun afweging

of zij het vpt verantwoord, rendabel en met het beschikbare personeel in de thuissituatie kunnen leveren.

In de **geclusterde vorm**, in kleinschalige wooninitiatieven of in traditionele verpleeghuizen, is het vpt vaker identiek aan de zorg met verblijf, zowel voor wat betreft de inhoud als de organisatie van de zorg. Toch zien we ook hier een cultuurverandering, waarbij het vanzelfsprekender wordt gevonden dat meer wordt uitgegaan van de eigen regie van de cliënt, en ook meer geleund wordt op het netwerk rondom de cliënt (partner, familie en mantelzorg) dan zoals lange tijd gebruikelijk was in een verblijfssetting.

Dat meer wordt ingezet op eigen regie en inzet van het netwerk van de cliënt in het vpt hangt ook samen met de relatief lichte cliëntengroep binnen de Wlz die de zorg via deze leveringsvorm afneemt. Omgekeerd geldt overigens ook dat het stimuleren van eigen regie en blijvend contact met het eigen netwerk maakt dat cliënten meer leefplezier ervaren, waarmee het leven betekenis houdt en dat leidt dan ook tot een minder zware zorgvraag.

Een gedeeld uitgangspunt onder aanbieders van de verschillende woonzorgvormen waarin het vpt wordt geboden is dat het vpt een volwaardig alternatief kan zijn voor de verblijfszorg, ook wanneer de zorgvraag verzwaart.

Aanbevelingen voor scheiden van wonen en zorg

Onze verkenning leidt tot een aantal aanbevelingen die voortkomen uit de huidige praktijk van het vpt. Met het voornemen om in te zetten op het verder scheiden van wonen en zorg wordt het belang van deze aanbevelingen groter.

A. Bepaal op basis van welke waarden wordt beoordeeld of scheiden van wonen en zorg een succes is

Er zijn verschillende invalshoeken van waaruit beoordeeld kan worden of de beweging naar meer scheiding van wonen en zorg geslaagd is. Bij de introductie van het vpt werd destijds vooral beoogd de keuzemogelijkheden (diversiteit in woonvormen) voor cliënten te verruimen. Het vpt is daarbij ingevoerd als extra mogelijkheid, als alternatief voor de opname met verblijf, zonder dat hier een duidelijke sturing op is gezet. We hebben gezien dat er hierdoor weliswaar een grote diversiteit in het aanbod is ontstaan, maar dat er daarmee nog niet in alle gevallen ook meer keuzemogelijkheden voor cliënten zijn.

Een andere invalshoek om te beoordelen of de beweging naar scheiden van wonen en zorg succesvol is, zou een financiële benadering kunnen zijn. Als het realiseren van een besparing een doel is, dan moet helder zijn welke balans in kosten en baten binnen en buiten het zorgdomein wordt nagestreefd.

We hebben berekend dat wanneer – bij het huidige volume - alle zorg met verblijf naar vpt zou zijn omgezet de collectieve zorguitgaven circa € 2,2 miljard lager zijn. Dit is een ruwe inschatting van de zorguitgaven die gepaard gaan met de wooncomponent binnen de verblijfszorg. Tegenover deze verlaging van de zorguitgaven staat dat de opbrengsten uit eigen bijdragen afnemen, en extra kosten ontstaan door de afschrijving van het vastgoed en uitgaven aan huurtoeslagen. Hoe de balans uitpakt is moeilijk te berekenen. We weten dus nu ook nog niet wat scheiden van wonen en zorg de maatschappij in financieel opzicht gaat opleveren of kosten. Dit vraagstuk wordt bovendien gecompliceerd doordat ook de vraagstukken rondom doelmatigheid en kwaliteit van zorg in de thuissituatie, waar we verderop op ingaan, nog niet beantwoord zijn.

Maar alleen een financiële blik lijkt te beperkt: het ligt voor de hand dat ook andere aspecten worden betrokken bij de vraag wanneer scheiden en wonen geslaagd is, zoals het welzijn van cliënten en de organiseerbaarheid van de ouderenzorg (waaronder het opvangen van de arbeidsmarktproblematiek en de bouwopgave).

We adviseren om helder te zijn over de (primaire en secundaire) doelen die met scheiden van wonen en zorg beoogd worden, zodat gemonitord kan worden of deze doelen behaald worden. Ook zullen de doelstellingen medebepalend zijn voor welke aanpassingen in de aanspraak en de bekostiging van de zorg nodig zijn.

B. Versterk de mogelijkheden om via de zorginkoop te sturen op extramurale leveringsvormen

We zien dat de beweging naar meer scheiden van wonen en zorg in gang is gezet binnen het huidige stelsel. Deze beweging wordt gestimuleerd via de inkoop door zorgkantoren. De ontwikkeling van nieuwe woonvormen wordt zowel door zorgaanbieders als door andere partijen opgepakt. Toch zijn er enkele redenen waardoor de grenzen in de sturingsmogelijkheden via de zorginkoop snel bereikt kunnen zijn:

De eerste reden is dat het criterium om in aanmerking te komen voor Wlz zorg is gedefinieerd als de behoefte aan 24-uurs zorg in de nabijheid van en/of permanent toezicht op de (geïndiceerde) cliënt. Het recht op Wlz-zorg kan verzilverd worden via zorg met verblijf. Cliënten behouden hun recht op verblijf, ook als zij ervoor kiezen hun aanspraak te verzilveren via vpt, mpt of pgb. Zorgkantoren hebben bij het invullen van hun zorgplicht geen gronden om verblijf te weigeren. Als er te weinig intramurale verblijfs capaciteit is, en de cliënt ter overbrugging zorg via een andere leveringsvorm krijgt, blijft de cliënt

op de wachtlijst voor zorg met verblijf staan en zal het zorgkantoor zich moeten inspannen om de opname mogelijk te maken. Daarmee wordt de mogelijkheid tot sturing op extramurale leveringsvormen via de inkoop beperkt: dit zou tegen de keuze (en het recht) van de cliënt om verblijfszorg te ontvangen in kunnen gaan.

De tweede reden is dat de huidige Wlz twee (dwingende) gronden kent voor een Wlz-uitvoerder om te kunnen besluiten dat de zorg niet zonder daadwerkelijk verblijf in een zorginstelling kan worden geboden:

- Als de zorg buiten de zorginstelling niet op verantwoorde wijze kan worden verleend;
- Als de kosten van de zorg buiten de zorginstelling hoger zijn dan bij verblijf in een instelling.

Zolang deze wettelijke bepalingen van kracht zijn, is de opname met verblijf het uitgangspunt, waar slechts onder voorwaarden van kan worden afgeweken. Het valt, gezien de omvang van de wachtlijsten voor verpleeghuiszorg, overigens niet uit te sluiten dat het punt al bereikt is dat verdere extramuralisering niet meer past binnen de huidige zorgplicht. Hier is verder verdiepend onderzoek naar nodig, waarbij gekeken wordt naar de relatie tussen de toename in extramurale leveringsvormen en de ontwikkeling van de wachtlijsten.

Scheiden van wonen en zorg komt dus binnen het huidige wettelijke kader niet vanzelf tot stand. Dit blijkt ook uit het feit dat we, naast de toename in vpt, ook nog steeds een groei zien in het aantal opnamen met verblijf. (Deze opnamen zijn in sommige gevallen een alternatief voor de keuze voor een extramurale leveringsvorm; in andere gevallen gaat het om de doorstroming naar opname met verblijf vanuit een extramurale leveringsvorm.) Om verdere groei in de zorgvraag geheel via extramurale zorg te bedienen zijn wetswijzigingen nodig, zodat zorgkantoren niet in de knel komen bij de invulling van hun zorgplicht.

Als zorg thuis als uitgangspunt in de aanspraak wordt opgenomen, wordt scheiden van wonen en zorg waarschijnlijk sterker gestimuleerd dan in de huidige situatie. Het verkennen van die 'nee tenzij' variant voor het recht op verblijf is de moeite waard. Daarbij wordt de thuissituatie het uitgangspunt, en de verblijfssituatie de uitzondering op de regel. Dit zal echter wel de vraag oproepen wat de gevolgen zijn voor de indicatiestelling en de rol van het zorgkantoor, en voor het onderscheid met de zorg thuis in de Zvw en Wmo.

Ook de aanbevelingen hierna, die voor een deel ingaan op de randvoorwaarden om het scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken, kunnen bijdragen aan een versterking van de mogelijkheden voor zorgkantoren om te sturen op extramurale leveringsvormen.

C. De toegankelijkheid van het wonen kan een risico vormen voor de toegankelijkheid van zorg. Daarom is meer regie nodig vanuit het woondomein.

Bij het scheiden van wonen en zorg is het niet vanzelfsprekend dat zorgaanbieders zich verantwoordelijk voelen voor het bouwen van woningen voor (huidige en toekomstige) cliënten, terwijl cliënten niet altijd in hun bestaande woonsituatie de Wlz-zorg kunnen ontvangen. Evenmin is het logisch om te verwachten dat zorgkantoren de financiële positie van hun cliënten zullen betrekken bij hun zorginkoop, om daarmee te kunnen inschatten wat de mogelijkheden van de cliënt zijn om in een wooninitiatief te gaan wonen. Met het scheiden van wonen en zorg komt het wonen juist verder op afstand van de partijen in het zorgstelsel. Daarmee kan de toegankelijkheid van het wonen een risico vormen voor de toegang tot zorg. De aanhoudende krapte op de woningmarkt versterkt dit.

Anders gezegd: er dreigt een tweedeling in de langdurige zorg als er geen gelijke toegang is voor cliënten tot bepaalde woonvormen. Er kan een situatie ontstaan waarbij nieuwe wooninitiatieven alleen bereikbaar zijn voor cliënten met ruimere financiële mogelijkheden, en waarbij voor cliënten met minder financiële armslag alleen de mogelijkheid overblijft om thuis te blijven wonen als dat doelmatig en verantwoord kan, of om naar een traditioneel verpleeghuis, met relatief kleine kamers, te verhuizen. De keuzevrijheid wordt voor de laatste groep dan eerder ingeperkt dan verruimd.

Als een dergelijke tweedeling onwenselijk wordt gevonden zullen dus condities gecreëerd moeten worden die het voor investeerders aantrekkelijk maken om zich te richten op het sociale huursegment, of die woningcorporaties stimuleren om huisvesting te realiseren die mogelijk maakt dat senioren in hun doelgroep daar hun Wlz-zorg kunnen ontvangen. Dit vraagt dus om regie vanuit het woondomein: het Rijk, gemeenten en woningcorporaties hebben daar een opdracht.

De Bestuurlijke afspraken tussen Aedes, ActiZ, VNG, Taskforce Wonen en Zorg, ZN en de ministeries BZK en VWS over de woonzorgopgave zouden nader tegen het licht gehouden moeten worden, als de verantwoordelijkheden op het gebied van wonen binnen de Wlz veranderen.

D. Kijk breder naar de doelmatigheid in de thuissituatie

Wanneer verder wordt ingezet op scheiden van wonen en zorg komt allereerst de vraag op of hiermee beoogd wordt om een doelmatigheidswinst te behalen. Als het antwoord daarop bevestigend is, is de vervolgvraag of het mogelijk is om de zorg in de thuissituatie doelmatiger te organiseren dan in een intramurale setting. Bij geclusterde woonvormen zal het doelmatigheidsniveau misschien vergelijkbaar zijn met dat van intramurale zorg, maar voor de ongeclusterde setting kan dat anders liggen.

Daarbij is ook de vraag op welk niveau die doelmatigheid bekeken moet worden: binnen de Wlz, of daarnaast ook in de aangrenzende zorgdomeinen Zvw en Wmo, of nog breder, door het woondomein (gemeenten en de corporatiesector) hierin te betrekken. Het woondomein heeft een rol bij het organiseren van het geclusterd wonen, dat een randvoorwaarde is om geclusterde zorg te kunnen bieden. Daarnaast zouden aanspraken en voorzieningen in de verschillende domeinen die de thuissituatie of de woning betreffen, nader tegen het licht moeten worden gehouden, zodat de doelmatigheidswinsten over de grenzen van de domeinen behaald kunnen worden.

Ook kan de vraag gesteld worden welke verantwoordelijkheid van mensen zelf mag worden verwacht (bijvoorbeeld bij het aanpassen van hun woning, of bij het inschakelen van mantelzorg) en welke eigen bijdragen van cliënten gevraagd kunnen worden. Met andere woorden: tot hoe ver de rekening en de verantwoordelijkheden kunnen worden verschoven, om het langer thuis wonen voor de maatschappij betaalbaar en organiseerbaar te houden. Dit vraagt om politieke keuzes.

E. Betrek de kwaliteit van zorg in de thuissituatie bij de herinterpretatie van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Bij scheiden van wonen en zorg komt de vraag op welke kwaliteit van zorg in de thuissituatie verwacht mag worden. Kwaliteit van zorg en kwaliteit van huisvesting zijn dan losgekoppeld. Op dit moment valt de vpt-zorg onder het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg als het om geclusterde zorg gaat. De zorg in de ongeclusterde setting valt erbuiten. Het onderscheid is vanuit het oogpunt van passende zorg onwenselijk: het geeft een ongewenste prikkel om vanuit schaarste van financiële middelen te sturen op

zorg in de thuissituatie als daar minder strikte kwaliteitseisen gelden. Het verdient aanbeveling om dit aspect mee te nemen bij de herinterpretatie van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

F. Herstel het continuüm van zorg in de thuissituatie om passende zorg mogelijk te maken

Bij de vergelijking van het vpt met andere zorgvormen is het onderscheid in de componenten 'wonen', 'hoteldiensten' (zoals de maaltijdverstrekking en de schoonmaak van de woning) en 'zorg' relevant. De zorg met verblijf omvat alle drie de componenten, het vpt de laatste twee. Daarbij is er in de zorg voor een belangrijk deel een overlap met de wijkverpleging in de Zvw, en in de hoteldiensten, maar ook in de dagbesteding en ondersteuning, met name een overlap met de Wmo. Verschil in intensiteit vormt het criterium voor de toegang tot Wlz: als 24-uurs zorg in de nabijheid van de cliënt en/of permanent toezicht nodig is, komt een cliënt in aanmerking voor de Wlz, met daarbij de mogelijkheid om de zorg af te nemen in de thuissituatie, of in een verblijfssetting, die kan worden gezien als 'last resort'.

Bij de inrichting van de verschillende domeinen Wmo, Zvw en Wlz is echter niet aangesloten bij dit continuüm van zorg in de thuissituatie tot in de intramurale setting, dat de cliënt doorloopt bij een steeds zwaarder wordende zorgvraag. In het stadium voorafgaand aan de Wlz (Zvw en Wmo) zijn de onderdelen die in de Wlz tot het integrale pakket behoren versnipperd, waardoor zorgaanbieders onvoldoende in staat zijn om te beoordelen of aan het 24-uurs criterium wordt voldaan. Daarnaast past de keuze om in de Wlz de 'last resort' functie verblijf als uitgangspunt te nemen, en de zorg thuis als uitzondering op de regel, niet goed bij de steeds zwaarder wordende zorgvraag vanuit de thuissituatie.

Dit leidt tot onduidelijkheid bij zorgaanbieders over wanneer een cliënt de overstap naar de Wlz zou moeten maken, en over waar de grens tussen vpt-zorg en andere vormen van zorg thuis ligt. Die grens lijkt willekeurig. Dat manifesteert zich in de roep bij zorgaanbieders om integrale zorg te kunnen bieden in de andere domeinen Zvw of Wmo, of de roep om strakkere richtlijnen of voorschriften voor de overstap naar de Wlz. Het ontbreken hiervan leidt tot willekeurig of strategisch gedrag. Bij verdere scheiding van wonen en zorg zal dit probleem vergroten, omdat meer cliënten zich in de thuissituatie op het grensvlak tussen de domeinen begeven. En precies daar ontstaan de risico's voor passende zorg.

Een logischer aansluiting van de domeinen (in inkoop en bekostiging) bij het continuüm in de zorg in de thuissituatie is nodig om passende zorg te realiseren. De 'nee tenzij' variant voor het recht op verblijf die we hierboven noemden zou daarbij kunnen helpen. Dit kan een opmaat zijn naar een logischer vervolg op het scheiden van wonen en zorg in de toekomst: de overheveling van de zorg thuis uit de Wlz naar de Zvw en Wmo. In dat geval wordt de Wlz beperkt tot de verblijfszorg. Dit is een mogelijk perspectief voor de lange termijn, waarvoor uiteraard uitgebreid onderzoek naar de voor- en nadelen nodig zal zijn.

Praktijkvoorbeelden

Hierna beschrijven we voor acht zorgaanbieders hoe zij het vpt leveren.

De beschrijvingen richten zich meestal op één specifiek model per zorgaanbieder; als zorgaanbieders meerdere varianten in het aanbod hebben worden die dus niet altijd allemaal weergegeven. De beschrijvingen zijn bedoeld om verschillen en overeenkomsten te laten zien. Het gaat dus niet altijd om een volledige beschrijving van een model. We lichten specifieke elementen uit waarin zorgaanbieders verschillende, of juist gelijke keuzes maken in hun vpt-aanbod.

Eventuele voor- en nadelen die worden genoemd zijn verwoord door de zorgaanbieders.

Bij elk van de praktijkvoorbeelden zijn één of meer citaten van de zorgaanbieder opgenomen.

Voorbeeld 1

Zorgaanbieder en type zorg

Grote zorgaanbieder; levert (o.a.) verpleging en verzorging in de Wlz, zowel thuis als in woonzorgcentra, en in de Zvw (wijkverpleging).

Werkgebied

Grote stad in de Randstad.

Vormgeving vpt

Woonvorm

Ongeclusterd ('in de wijk')

Organisatie vpt

- Via screening van het cliëntenbestand in de thuiszorg wordt gekeken welke cliënt in aanmerking komt voor vpt en de bijbehorende overgang naar de Wlz;
- Aparte vpt teams, die enkele uren per dag zorg leveren aan de cliënt;
- De organisatie met vpt-teams en het rondmaken van de roosters brengt met zich mee dat er wordt gewerkt met een beschikbaar aantal 'plekken' voor vpt, en bijbehorende wachtlijsten;
- Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van het netwerk van de cliënt.

Doelgroep, aantal cliënten

Cliënten met dementie, circa 150 cliënten.

Inhoud vpt

- Meer accent op welzijnsactiviteiten, en minder op verpleegkundige handelingen;
- In plaats van maaltijden verstrekt de zorgaanbieder een vergoeding aan de cliënt.

Samenwerkingsverbanden

Samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio om het vpt in de stad meer bekendheid te geven en het vpt neer te kunnen zetten als een concept dat er bij verschillende zorgaanbieders vergelijkbaar uitziet.

Visie/uitgangspunten

- Cliënten moeten zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, indien mogelijk tot aan overlijden. Dit geldt voor cliënten met en zonder partner, en in alle lagen van de bevolking;
- Vpt dient niet als overbrugging tot het verpleeghuis, maar is een volwaardig alternatief voor het verpleeghuis;
- Cliënten met dementie zijn gebaat bij de bekende thuisomgeving. Een verhuizing leidt vaak tot onrust en tot een verzwaring van de zorgbehoefte en moet daarom zoveel mogelijk voorkomen worden;
- Bijbouwen van verpleeghuiscapaciteit is in deze omgeving niet goed haalbaar; ook daarom wordt ingezet op zorg in de thuissituatie.

Uitdagingen

- Het vergroten van de bekendheid van het vpt, zowel bij cliënten als bij verwijzers;
- Het wegnemen van drempels in de kosten bij de cliënt: de huur en eigen bijdrage bij vpt kan soms hoger zijn dan de eigen bijdrage bij opname in het verpleeghuis.
 - Via verleiding: de cliënt overtuigen van de voordelen van het vpt ten opzichte van de wijkverpleging: het integrale pakket omvat meer dan verpleegkundige handelingen
 - Via de vergoeding voor de maaltijd, die voor een deel de eigen bijdrage compenseert.
- Het organiseren van de nachtzorg;
- Uitstralen dat de eigen regie bij de cliënt ligt, en dat de cliënt hierop voorbereid moet zijn: bijvoorbeeld in het kunnen omgaan met technologie (digivaardigheden, aanwezigheid wifi);
- Het meekrijgen van (deel van) het personeel, en/of nieuw personeel aantrekken:
 - Koudwatervrees bij sommige verpleegkundigen in de wijkverpleging: verliezen ze cliënten?
 - Het gaat (deels) om andere werkzaamheden naast verpleegkundige handelingen.

Opmerkelijk

- Een grote, bestaande zorgorganisatie kan dit concept gemakkelijker invoeren dan een kleine nieuwe aanbieder, vanwege:
 - de bekendheid met de cliënten, die al in zorg zijn in de thuiszorg
 - een bestaand netwerk in de keten van verwijzers en samenwerkingspartners
 - het kunnen inzetten van een projectleider die het implementeren van het concept begeleidt
 - de flexibiliteit in de inzet van verschillende typen medewerkers en het rondkrijgen van de roosters
 - de mogelijkheid/bereidheid tot voorfinancieren bij de overgang naar de WlzAls het eerste team draait, ontstaat een sneeuwbaaleffect en is verdere opschaling relatief eenvoudig;
- De aanbieder stelt het aanvragen van de Wlz-indicatie uit tot het moment dat de cliënt voor vv5 in aanmerking komt, omdat te veel vv4 cliënten in één team het onrendabel zou maken voor de aanbieder.

“We moeten werken aan de bekendheid van het vpt, zowel bij cliënten als bij verwijzers. Veel burgers denken nog in ‘thuiszorg’ of ‘verpleeghuis’. Voor cliënten moet duidelijker worden dat “verpleeghuiszorg thuis” (vpt) ook een optie is. Ook huisartsen zeggen nog te vaak: ‘u moet naar het verpleeghuis’. Het gevolg is dan dat iedereen die niet naar een verpleeghuis wil, ook geen indicatie aanvraagt. Het is belangrijk dat het hebben van een indicatie los kan worden gezien van de overstap naar het verpleeghuis.”

Voorbeeld 2

Zorgaanbieder en type zorg

Zorgaanbieder die (o.a.) verpleging en verzorging in de Wlz levert, zowel thuis als in woonzorgcentra, en in de Zvw (wijkverpleging); ook beschikt de zorgaanbieder over een eerstelijns behandelcentrum.

Werkgebied

Stad en aantal omliggende dorpen in de provincie Noord-Brabant.

Vormgeving vpt

Woonvorm

- Geclusterd vpt in appartementencomplex van de woningcorporatie, waarbij een derde van de woningen beschikbaar is voor cliënten met een Wlz-indicatie;
- De woningcorporatie verhuurt woningen aan de doelgroep (sociale huur), maar woningcorporatie mag maximaal 10% van woningen ook verhuren buiten de doelgroep. Die woningen zijn beschikbaar voor middeninkomens.

Organisatie vpt

Vergelijkbaar met intramurale zorg.

Doelgroep, aantal cliënten

Maximaal 30 cliënten in het appartementencomplex. Er vindt geen selectie op specifieke cliëntgroepen plaats bij de toelating, maar in de praktijk krijgen cliënten met urgentie voorrang (er is een grote wachtlijst).

Inhoud vpt

Via vpt wordt alle zorg geleverd die cliënt nodig heeft, inclusief huishouden, maaltijden, etc. Wel wordt zo veel mogelijk zorg 'met handen op de rug' geleverd.

Samenwerkingsverbanden

- Samenwerking met de woningcorporatie; de zorgaanbieder doet de toewijzing van een derde van de woningen;
- Samen met woningcorporatie en gemeente wordt geïnvesteerd in sociale innovatie in de wijk. In de gemeenschappelijke ruimte van het complex worden veel activiteiten georganiseerd, samen met en door bewoners uit het complex en de omgeving. De verbinding die hieruit voortkomt, zorgt dat mensen weer naar elkaar blijven omkijken.

Visie/uitgangspunten

- Sterke nadruk op de sociale omgeving, voorkomen van zwaardere zorg, verminderen van het oproepen van de zorgprofessional;
- De gemengde samenstelling van bewoners met en zonder zorg in het wooncomplex is hierbij een belangrijke factor;

- Uitgangspunt is de 'Schijf van 5' voor cliënten (en medewerkers) om zorgvraag te verminderen en efficiënter zorg te verlenen. Op volgorde:
 - 1 Wat kan ik zelf? (zelfredzaamheid verhogen)
 - 2 Welke hulpmiddelen helpen de cliënt?
 - 3 Wat kan familie/mantelzorg?
 - 4 Wat kan met het netwerk? (andere instanties, sociale omgeving gebruiken)
 - 5 Wat kan de zorgprofessional?
- Inzet van technologie staat gelijk aan zorgverlening. Er moet afgestapt worden van de vrijblijvendheid: technologie moet gaan helpen om arbeidstekorten op te vangen, en dat kan niet alleen als keuzemogelijkheid; soms moet het ook een plicht zijn om ermee te werken.

Uitdagingen

- Huisartsen vinden het lastig veel nieuwe patiënten aan te nemen. Ondersteuning door het Mobiel Geriatriesch Team (uit de wijkverpleging-tak van de zorgaanbieder) helpt in het ontlasten van zorgvraag richting huisarts. Doordat verpleegkundigen veel kennis hebben, houden ze veel huis-tuin-en-keukenkwaaltjes weg bij de huisarts;
- Zorgmedewerkers vinden het soms niet prettig dat ze minder tijd per cliënt mogen besteden en bijvoorbeeld het aantrekken van steunkousen over moeten laten aan een machine; ze kiezen er dan voor op zoek te gaan naar een werkgever waar de oude werkwijze nog wel bestaat;
- Gemiddeld genomen duurt het circa twee jaar voordat een medewerkers écht op een andere manier werken.

Opmerkelijk

- Ongeclusterd vpt leveren in de thuissituatie vindt de zorgaanbieder niet realistisch: verpleeghuiszorg volledig thuis leveren is niet te doen qua verantwoordelijkheid (24*7 zorg; schoonmaken en de was doen; maaltijden koken. De zorgaanbieder vindt niet alle criteria altijd nodig om gepaste zorg te kunnen leveren; het zorgkantoor houdt hier echter aan vast). De woningvoorraad is ook niet geschikt voor zorg thuis: het zijn huizen die veel woningaanpassingen zouden vergen, met grote tuinen die onderhouden moeten worden;
- Samen met de gemeente en de woningcorporatie wordt ingezet op het op gang brengen van de verhuisbeweging van ouderen met een zorgvraag naar het appartementencomplex. Dat draagt ook bij aan de doorstroming op de woningmarkt;
- De zorgaanbieder pleit voor soepelere bekostiging van technologie, zodat zorgprofessionals minder zorg hoeven te leveren.

“Het is een illusie dat er de komende jaren tienduizenden verpleeghuisplekken bijgebouwd kunnen worden en dat daarvoor voldoende personeel kan worden gevonden.”

“We maken de switch van ‘u komt bij ons wonen, wij doen alles voor u’ naar ‘u komt bij ons wonen, u doet zoveel mogelijk zelf’.”

Voorbeeld 3

Zorgaanbieder en type zorg

Grote zorgaanbieder; levert (o.a.) verpleging en verzorging in de Zvw en in de Wlz, in de thuissituatie.

Werkgebied

Stedelijke omgeving in de provincie Zuid-Holland.

Vormgeving vpt

Woonvorm

Ongeclusterd ('in de wijk')

Organisatie vpt

- Toegewijde teams (10-12 medewerkers) leveren vpt-zorg, op 4 tot 5 momenten per dag per cliënt;
- 6 teams op 100 cliënten;
- Teams hebben een andere samenstelling dan in de wijkverpleging; meer aandacht voor begeleiding en welzijnswerk, en minder verpleegkundige handelingen.

Doelgroep, aantal cliënten

- Circa 100 cliënten met een goed en actief netwerk, waarmee samen de zorg wordt georganiseerd;
- 30% cliënten met somatische aandoeningen, 70% cliënten met dementie: veelal vv4-vv6.

Inhoud vpt

- In overleg veel gebruik van mantelzorgers en technologie;
- In overleg is mogelijk dat de zorgaanbieder een vergoeding (€ 200 per maand) aan de cliënt verstrekt in plaats van een maaltijd.
- Maatwerk per cliënt: per cliënt wordt het zorgplan besproken, waarbij per cliënt wordt gekeken hoe het vpt geleverd kan worden. Bij sommige cliënten wordt meer verpleging geleverd, terwijl bij andere cliënten meer aandacht is voor begeleiding.

Samenwerkingsverbanden

De zorgaanbieder is aangesloten bij een netwerkorganisatie van zorgaanbieders die zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken leveren.

Visie/uitgangspunten

- Een passend aanbod van zorg kunnen leveren voor de cliënt, afhankelijk van de cliënt zelf, het netwerk, budget, mate van regie;
- De cliënt zo lang mogelijk thuis laten wonen, zoals de cliënt vraagt;
- Vpt wordt alleen thuis geleverd in goed overleg met naasten, meestal na verwijzing door huisarts, wijkverpleegkundige of casemanager dementie;
- Naast nadrukkelijke inzet van mantelzorgers, speelt technologie ook een belangrijke rol.

Uitdagingen

De reistijd bij het ongeclusterde vpt moet uit het zelfde tarief worden bekostigd dat ook geldt voor de geclusterde setting.

Opmerkelijk

Het opzetten van het concept, met nieuwe teams, heeft grote investeringen (miljoenen euro's) gekost.

“De overgang van de Zvw naar de Wlz is voor cliënten vervelend. De cliënt moet een eigen bijdrage gaan betalen, terwijl er minder uren zorg worden geleverd. Daar staat tegenover dat binnen het vpt meer ruimte bestaat voor welzijnszorg, die binnen de Zvw niet geleverd kan worden.”

Voorbeeld 4

Zorgaanbieder en type zorg

Zorgaanbieder die geclusterde vpt voor cliënten met dementie biedt.

Werkgebied

Dorp in de provincie Zuid-Holland.

Vormgeving vpt

Woonvorm

- Kleinschalig geclusterd; nu nog één locatie, uit te breiden naar meerdere locaties;
- Open locatie (geen wzd-zorg);
- Partners mogen meeverhuizen;
- Het vastgoed is in eigendom van de zorgaanbieder;
- Wooneenheden mogen door de cliënt zelf ingericht worden en zijn doorgaans luxer dan intramurale plekken;
- De huurprijs die bij deze luxere wooneenheden wordt gerekend maakt dat deze woonvorm mogelijk niet toegankelijk is voor lagere inkomens.

Organisatie vpt

- Identiek aan intramurale setting, met uitzondering van in-huis huisarts of specialist ouderengeneeskunde;
- Zorg 24*7 in nabijheid.

Doelgroep, aantal cliënten

Cliënten met dementie, 30 cliënten per locatie.

Inhoud vpt

- Identiek aan intramurale setting: inclusief dagbesteding, maaltijden, etc.;
- Cliënten hebben in deze geclusterde vpt setting meer zelfstandigheid en eigen regie dan in een intramurale setting.

Samenwerkingsverbanden

De zorgaanbieder is aangesloten bij een netwerkorganisatie van zorgaanbieders die zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken leveren.

Visie/uitgangspunten

- Een passend aanbod van zorg kunnen leveren voor de cliënt, afhankelijk van de cliënt zelf, het netwerk, budget, mate van regie;
- Geclusterde vpt is een volwaardige woon- en zorgvorm, zoveel mogelijk erop gericht dat er geen verdere doorstroom naar andere leveringsvormen hoeft plaats te vinden. Dat is wel mogelijk als de zorgvraag meer specialisme (specialist ouderengeneeskunde in plaats van huisarts) vraagt.

Uitdagingen

Samenwerking met lokale huisartsen: het vergt overtuiging de huisarts 30 nieuwe patiënten in deze doelgroep aan te laten nemen. Als duidelijk is dat huisarts vooral voor 'normale' somatische klachten ingeschakeld zal worden, is de huisarts sneller akkoord.

Opmerkelijk

- De zorgaanbieder geeft aan dat het tarief voor vv4-cliënten in zowel vpt als zzp ontoereikend is om de zorg rendabel te kunnen leveren. Cliënten worden daarom bewust langer in de Zvw gehouden, of via mpt gefinancierd voor ze naar het wooninitiatief verhuizen. De aanbieder stuurt op een mix bestaande uit een beperkt aantal cliënten met vv4 en het merendeel cliënten met vv5. Door beperkte capaciteit krijgen meer kwetsbare cliënten voorrang op een plek;
- Het zou helpen als de inkoop van systeemfuncties (alarmering en acute zorg in avond en nacht) per regio bij één partij gebeurt door zorgverzekeraars in de Zvw. De verpleegzorg thuis in de Wlz kan hier dan bij aansluiten. Landelijke afspraken hierover worden nog niet goed nageleefd. Zou dat beter lopen, kan personeel efficiënter ingezet worden. De aanbieder heeft nu standaard een eigen nachtdienst rondlopen (niveau 3ig of 4), en heeft afspraken gemaakt met het Verpleegkundig Team over bijspringen indien nodig. Daar betaalt de aanbieder een maandelijks fee voor en een bedrag voor een 'uitruk'. In de praktijk komt zo'n uitruk maar zelden voor;
- Voor cliënten met een hoger inkomen is vpt snel aantrekkelijker dan zzp, met als bijkomstigheid dat de wooneenheden luxer en ruimer zijn.

"Het vpt is een aantrekkelijk concept, omdat het voor het zorgkantoor goedkoper is dan intramurale zorg."

Voorbeeld 5

Zorgaanbieder en type zorg

Grote zorgaanbieder; levert (o.a.) verpleging en verzorging in de Wlz, zowel thuis als in woonzorgcentra, en in de Zvw (wijkverpleging).

Werkgebied

Grote delen van de provincie Noord-Holland.

Vormgeving vpt

Woonvorm

Zowel ongeclusterd in de eigen woning, als geclusterd in een seniorenwoning van een woningcorporatie.

Organisatie vpt

- De wijkverpleegkundige vormt samen met de zorgconsulent voor elke cliënt een arrangement dat wordt afgestemd op de zorg die vanuit het netwerk kan worden georganiseerd;
- Er wordt gebruik gemaakt van dezelfde teams als in de wijkverpleging; de zorg wordt geleverd door wijkverpleegkundigen die verpleegkundige handelingen mogen uitvoeren en verzorgenden die ondersteuning bieden;
- Een bereikbaarheidsdienst van een wijkverpleegkundige die geen standaard ronde doet vormt de achtervang wanneer acuut zorg nodig is.

Doelgroep, aantal cliënten

Vv4, vv5, vv6 en vv8, waaronder ook veel cliënten met dementie, vaak nog met partner. Momenteel 330 cliënten in vpt, waarvan 250 ongeclusterd, de rest geclusterd. Op jaarbasis ongeveer 500 cliënten in 2020. Ambitie: groei van 100 cliënten vpt per jaar om marktaandeel te behouden.

Inhoud vpt

- De zorgaanbieder verstrekt een vergoeding van € 7,50 per dag voor maaltijden indien zelf nog wordt gekookt;
- De zorg is gericht op de zorgvraag van de cliënt – de ene dag meer dan de andere dag. Er wordt niet vastgehouden aan specifieke tijden per cliënt, problemen of zaken die zich aandienen worden direct opgepakt zodat die zich niet opbouwen. Gemiddeld genomen wordt circa 25 uur per week zorg geleverd per cliënt.

Samenwerkingsverbanden

De zorgaanbieder heeft afspraken met gemeenten en woningcorporaties gemaakt om de toewijzing te doen van ouderen naar seniorenwoningen van woningcorporaties waar de aanbieder zorg levert. Hiervoor krijgt de zorgaanbieder geen vergoeding.

Visie/uitgangspunten

- De insteek van de zorg is: wat kan een cliënt zelf nog (eventueel met wat hulp)? Dit zorgt ervoor dat ouderen zo lang mogelijk actief blijven en draagt bij aan hogere tevredenheid over de zorg;
- Waar een cliënt ook woont kan de zorg thuis geleverd worden;
- Het vpt wordt geleverd door dezelfde teams als in de wijkverpleging, zodat de cliënt bij de overgang naar de Wlz dezelfde zorgprofessionals behoudt;
- Het vpt wordt in principe niet ter overbrugging ingezet, maar met als doel thuis te blijven wonen tot aan het overlijden.

Uitdagingen

- Een deel van de cliënten moet toch doorstromen naar een intramurale setting (relatief vaker bij PG problematiek). Het aandeel is de afgelopen jaren al afgenomen. Voor het creëren van zzp-plekken voor deze groep moet meer bijgebouwd worden, maar marktpartijen pakken dit niet altijd op (in het bijzonder in landelijk gebied);
- Aanvullende delen van de zorg, zoals dagbesteding, zijn niet altijd ingesteld op de zorgbehoefte van de cliënten. Vaak hebben cliënten meer zorg nodig dan andere cliënten in de dagbesteding;
- Wanneer in de toekomst veel meer wordt ingezet op extramuraliseren, is de belangrijkste uitdaging het organiseren van 'doorbraakfaciliteiten', voor als er een crisissituatie ontstaat en/of het thuis niet meer verantwoord kan.

Opmerkelijk

- Een cultuuromslag maken van reguliere verpleeghuiszorg naar zorg die is afgestemd op wat een cliënt zelf nog kan (zorg 'met de handen op de rug') vraagt aan de voorkant een investering in de organisatie en het meenemen van het netwerk rondom de cliënt. Veiligheid van de cliënt is hierbij het belangrijkste criterium. De zorgverlener krijgt hierbij meer een rol van observator en rapporteur; hij checkt bijvoorbeeld of de cliënt wel eet;
- Op een locatie van aansluitende zelfstandige seniorenwoningen werd zorg (zzp en Zvw wijkverpleging) geleverd vanuit het naastgelegen verpleeghuis. Dat is 'omgekat' naar vpt waarbij de uitdaging is aangegaan bestaande bewoners opnieuw aan te leren welke zorg binnen het vpt verwacht kan worden;
- Meer reistijd voor het personeel bij vpt wordt gecompenseerd door mantelzorgstructuur die wordt opgezet;
- De manier waarop de vpt zorg wordt georganiseerd maakt mogelijk dat meer uren kunnen worden geboden in de contracten met medewerkers, zonder dat zij veel dagen beschikbaar hoeven te zijn.

"Intramurale zorg wordt vaak gezien als een all inclusive concept, waar de cliënt wordt ondergebracht met de gedachte dat alles voor hem/haar wordt geregeld. Het netwerk rondom de cliënt doet makkelijker een stap achteruit wanneer een cliënt intramuraal wordt opgenomen. Bij het vpt wordt het vanzelfsprekender gevonden dat het netwerk bijspringt."

"Van het realiseren van voldoende verpleeghuisplekken voor cliënten voor wie het vpt niet langer passend is, kan ik wel wakker liggen."

Voorbeeld 6

Zorgaanbieder en type zorg

Zorgaanbieder van geclusterde zorg in wooncomplexen, van wijkverpleging tot Wlz-indicatie met behandeling.

Werkgebied

Provincie Noord-Brabant.

Vormgeving vpt

Woonvorm

- Geclusterde vpt in gemengde appartementencomplexen (in elke wijk van de stad een wooncomplex) met bewoners zonder zorg, met wijkverpleging, Wlz zonder en met behandeling;
- Partners verhuizen doorgaans samen of mee;
- Alle cliënten krijgen bij het aanvragen van de Wlz-indicatie de keuze tussen zzp of vpt.

Organisatie vpt

- Identiek aan intramurale zorg;
- Er wonen zowel cliënten met zzp als met vpt in het complex, er is geen verschil in de organisatie van de zorg;
- Een handjevol cliënten woont in de nabijheid van de wooncomplexen en krijgt vpt thuis, maar dat wordt als moeilijk te organiseren gezien.

Doelgroep, aantal cliënten

Geen selectie, als het maar bewoners van hun complexen zijn. In totaal zijn er 2000 huurders; 800 ontvangen thuiszorg, 80 vpt. Cliënten komen op hoge leeftijd in het complex wonen (gemiddeld 81 jaar); de gemiddelde leeftijd in het complex is 86 jaar.

Inhoud vpt

- Identiek aan intramurale zorg;
- Zowel bij vpt als bij zzp wordt samen met de cliënt de precieze inhoud bepaald.

Samenwerkingsverbanden

- Samenwerkingsverband met de woningcorporatie, waarmee afspraken zijn gemaakt over gemeenschappelijke ruimten;
- Wanneer een bewoner de Wlz instroomt en zzp afneemt, dan neemt de zorgaanbieder de huurbetaling aan de woningcorporatie van de cliënt over;
- Veel samenwerking en afstemming met lokale huisartsen, van wie veel patiënten in het complex zijn gaan wonen.

Visie/uitgangspunten

- De woonervaring van de bewoner staat centraal. Een fijne, veilige plek om te wonen, met veel activiteiten (kunst en cultuur) en gezelligheid;
- Als er een zorgvraag bij een bewoner ontstaat, wordt de zorg geregeld. Ongeacht de gekozen leveringsvorm wordt dezelfde zorg geleverd.

Uitdagingen

- De zorgaanbieder vindt het ingewikkeld, en een zware last voor de medewerkers, dat er geen harde norm bestaat voor wanneer iemand een Wlz-indicatie zou moeten aanvragen. De aanbieder hanteert een eigen norm en houdt daar strikt aan vast (>30 uur per maand en verlies van regie);
- Vpt bij cliënten thuis leveren is moeilijk te organiseren vanwege de verantwoordelijkheid voor de was, maaltijden, etc.;
- De relatie met de woningcorporatie wordt soms als ingewikkeld gezien: het zijn hele verschillende werelden. De woningcorporatie is gericht op de lange termijn, en de financiële waarde van het vastgoed. De zorgorganisatie is gericht op de korte termijn en praktische zaken die voor de cliënt belangrijk zijn: Als er een storing in de spoelkeuken is, moet die meteen opgelost worden; het is ondoenlijk om alle cliënten de afwas met de hand te laten doen.

Opmerkelijk

- In deze woonzorgvorm, en bij deze doelgroep (lagere inkomens, sociale huurwoningen), is er geen meerwaarde voor vpt boven zzp, niet voor de bewoner en niet voor de zorgaanbieder;
- Het zorgkantoor is bereid beide leveringsvormen in te kopen.

“In ons geval heeft het vpt geen meerwaarde ten opzichte van het zzp. In tegendeel: het vpt levert veel meer regel en administratief gedoe op voor de cliënt.”

Voorbeeld 7

Zorgaanbieder en type zorg

Grote zorgaanbieder die zowel ondersteuning en zorg thuis biedt als tijdelijk verblijf of permanent verblijf in een zorginstelling.

Werkgebied

Noordelijke provincie.

Vormgeving vpt

Woonvorm

- De organisatie richt zich onder andere op het aanbieden van het vpt in de eigen woonomgeving. Zorg wordt dus verleend in de eigen woning van de cliënt (ongeclusterde vpt);
- Het concept is bewust niet bedoeld voor geclusterde wooninitiatieven/ seniorencomplexen.

Organisatie vpt

- Aparte vpt-teams bestaande uit cliëntcoaches en cliëntondersteuners voeren alle taken uit (inclusief huishoudelijke werkzaamheden en welzijnsactiviteiten), in nauwe samenwerking met het sociale netwerk van de cliënt;
- Per cliënt wordt het pakket flexibel ingevuld (maatwerk);
- Binnen de organisatie wordt samengewerkt met de wijkverpleegkundige, de casemanager dementie en lokale thuiszorgteams voor verpleegtechnisch handelen, achterwacht en de nachtzorg.

Doelgroep, aantal cliënten

- Nu nog op kleine schaal toegepast: 1 vpt-team dat zorg levert aan 10 tot 12 cliënten. Uitbreiding naar 5 vpt teams is in voorbereiding;
- De doelgroep is cliënten met een Wlz-indicatie 4, 5 of 6 (V&V en LG). De nadruk ligt op de psychosociale zorgvraag. Het concept is minder geschikt voor een somatische zorgvraag. De cliënt moet mobiel zijn of zich zelfstandig kunnen voortbewegen binnen het eigen huis. Ook moet de cliënt behoefte hebben aan een bepaalde mate van regie en autonomie;
- De grens voor de keuze om deze vorm aan te bieden of zorg in een meer intramurale setting ligt verder bij de veiligheid van cliënt en medewerker. Daarnaast moet er voor de cliënt echt een meerwaarde zijn om thuis te blijven wonen.

Inhoud vpt

- Per cliënt wordt het pakket flexibel ingevuld in een individueel arrangement (maatwerk). Bij vv5 wordt gemiddeld 24 uur zorg per week geleverd;
- Vaste elementen zijn onder andere personenalarmering en deurtoegang. Verder flexibele invulling met ruimte voor uitruil tussen bijvoorbeeld domotica, maaltijden, schoonmaak, welzijn en zorg.

Visie/uitgangspunten

- Volwaardig aanbod leven in de thuissituatie, in plaats van overbruggingszorg;
- Er moet aandacht zijn voor de wensen en mogelijkheden van de cliënt: maatwerk en flexibele invulling leidt tot een individueel arrangement.

Uitdagingen

- De zorg thuis bij cliënten leidt wel tot reisafstanden voor een vpt-team, met name in een landelijke omgeving;
- De zorgaanbieder zoekt, in samenspraak met het zorgkantoor, de grenzen van de regelgeving op, zoals ten aanzien van de vereiste 24-uurs beschikbaarheid. Dit vereist goede afspraken met andere netwerken om bijvoorbeeld ongeplande nachtzorg te waarborgen.

Opmerkelijk

- De zorgaanbieder ervaart dat integrale zorg activeert, preventief werkt, en mantelzorgers steunt;
- De zorgverlener besteedt veel meer tijd bij de cliënt (niet slechts zorg/behandeling, maar ook 'pure' aanwezigheid (praatje maken)). Dit in combinatie met de individuele invulling (maatwerk) leidt tot activatie van de cliënt (betrekken bij huishoudelijke taken: samen met de cliënt koken, de was doen);
- Daardoor is er veel minder behoefte aan dagbesteding;
- De 'interventies' kunnen ook bestaan uit het spelen van een spelletje; dit past ook bij de 'sociale benadering' en zorgt bijvoorbeeld voor afbouw van slaapmedicatie;
- Inzet van medewerkers op niveau 2 en 3 waardoor nieuw arbeidspotentieel op de arbeidsmarkt wordt aangeboord;
- Er kan volgens de zorgverleners betere kwaliteit van zorg worden geleverd. Anders dan in de wijkverpleging of bij verblijf in een geclusterde setting wordt een zorgverlener niet ieder moment weggeroepen door een andere cliënt;
- Het werkplezier onder medewerkers is toegenomen.

“Wij kiezen er bewust voor het vpt-concept niet in geclusterde wooninitiatieven of seniorencomplexen toe te passen: dan zou het te veel op een verzorgingshuis gaan lijken.”

Voorbeeld 8

Zorgaanbieder en type zorg

Kleinschalige zorgaanbieder voor mensen met een geheugenstoornis (dementie).

Werkgebied

Dorp in de provincie Noord-Brabant.

Vormgeving vpt

Woonvorm

- Zorgcomplex bestaande uit vier woonvleugels met ieder veertien appartementen en twee gemeenschappelijke woonkamers met eigen keuken;
- Appartementen zijn aan elkaar gelijk en worden direct aan de cliënten verhuurd (vrije sector huurprijzen).

Organisatie vpt

Er wordt uitsluitend vpt geleverd, in een intramurale setting.

Doelgroep, aantal cliënten

Ouderen met een geheugenstoornis (dementie). Er wonen in totaal 56 cliënten.

Inhoud vpt

Gelijk aan zzp/intramurale (verblijfs)zorg, alleen bekostigd via het vpt.

Samenwerkingsverbanden

- Er wordt gewerkt met een vaste huisarts en een specialist ouderengeneeskunde uit de regio die wekelijks langskomen;
- Tevens veel contact met zorgaanbieders uit de regio (maar geen concrete samenwerking).

Visie/uitgangspunten

Uitgangspunt is kleinschaligheid in de zorg, waar bewoners uit de regio in een kleine dorpsgemeenschap kunnen (blijven) wonen. Huiselijkheid en vrijheid staan centraal.

Uitdagingen

- Intentie was om een intramurale setting op te zetten. Het was even schakelen toen het zorgkantoor de zorg alleen via vpt wilde inkopen. Daardoor werd de zorgaanbieder geconfronteerd met het feit dat bij vpt verschillende behandelaars moeten worden aangetrokken. Uiteindelijk beschouwt de zorgaanbieder dit juist als een voordeel;
- Cliënten die vanuit de thuissituatie bij de zorgaanbieder kwamen wonen vonden scheiding van wonen en zorg helemaal prima; cliënten die vanuit andere zorgaanbieders zijn verhuisd hadden hier meer moeite mee. Dit omdat nu een deel van de zorg ten laste van hun zorgverzekering komt. Nieuwe bewoners worden hierop voorbereid door ze hierop te wijzen, uitleg te geven en te onderzoeken of aanpassing van de zorgverzekering nodig is.

Opmerkelijk

- Het wooncomplex is gebouwd met het idee om zorg met verblijf te leveren, maar het zorgkantoor contracteerde alleen vpt-zorg waardoor zorgaanbieder is overgestapt op vpt-zorg.
- De zorgaanbieder heeft niet bewust voor vpt gekozen, en heeft daar in principe ook geen visie op. De zorgaanbieder is gestart als nieuwe zorgaanbieder met een visie op hoe Wlz-zorg in een dorpsgemeenschap eruit zou moeten zien. De zorgaanbieder is opgericht vanwege de behoefte aan en ervaring met Wlz-zorg van eigen ouders. Als het zorgkantoor niet uitsluitend een contract had aangeboden als vpt-zorg geleverd zou worden, zou de zorgaanbieder geen aanbieder van vpt-zorg zijn geweest.
- De zorgaanbieder heeft ook niet de intentie om vpt zorg in de regio, bij mensen thuis buiten de instelling, te gaan leveren. De aanbieder houdt vast aan de intramurale setting.
- De intramurale setting heeft daarbij volgens de aanbieder het voordeel dat zorg centraal geleverd wordt; ook speelt de woningnood daarbij een rol.

“Wij leveren uitsluitend vpt. Dit was een voldongen feit; het zorgkantoor bood anders geen contract aan.”

“Ons streven is om cliënten zo lang mogelijk bij ons te kunnen laten wonen, ook als de zorg zwaarder wordt en mogelijk een herindicatie nodig is.”

Kerncijfers vpt



Aantal cliënten V&V per leveringsvorm

Tabel 1: Aantal cliënten per leveringsvorm in juni 2021 (week 26)

	verblijf (zzp)	vpt	mpt of (mpt+pgb)	uitsluitend pgb
aantal	127.445	10.910	27.810	8.270
%	73%	6%	16%	5%

Bron: CBS, Monitor langdurige zorg

- Deze CBS data laten de verhoudingen in gebruik van leveringsvormen zien.
- Ze zijn niet een-op-een vergelijkbaar met de Vektisdata die hierna volgen, vanwege kleine verschillen in dataselectie, volledigheid van de datasets, en definitieverschillen (o.a. personen versus gedeclareerde dagen).
- De focus in de hierna volgende analyse ligt op het vpt. We vergelijken meestal met verblijf (zzp).

Sterke groei vpt

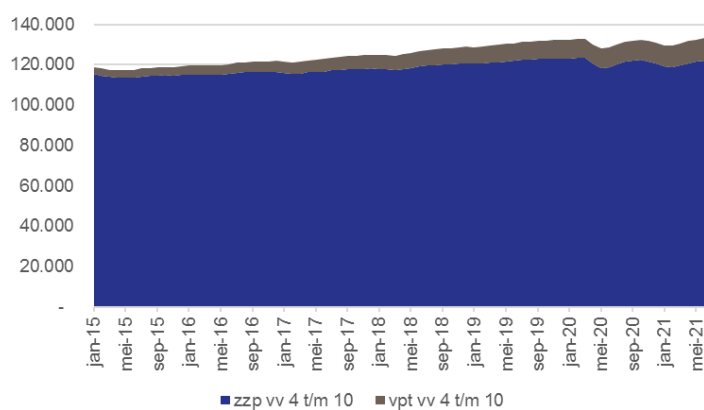
- In de periode januari 2015 – juni 2021 groeit het aantal vpt-declaraties vv4 t/m 10 met 329%, van ruim 3.400 gemiddeld per dag, naar ruim 11.400.
- In dezelfde periode neemt het aantal zzp-declaraties vv4 t/m 10 toe met ‘slechts’ 6%, van ruim 115.300 gemiddeld per dag, naar bijna 122.000.
- De groei in vpt is groter, en de groei in zzp is kleiner dan de groei in het aantal indicaties voor vv4 t/m 10 (gegevens sinds 2018):

Tabel 2: Ontwikkeling declaraties en indicaties

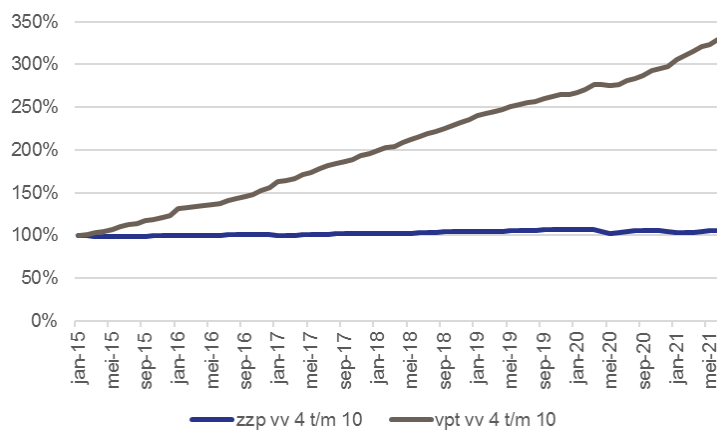
	vpt-declaraties	zzp-declaraties	indicaties
ontwikkeling januari 2018 –juni 2021	+65%	+3%	+16%

Bron: CIZ databank, aanspraaktabellen VV profielen (gegevens beschikbaar vanaf 1 januari 2018)

Figuur 1: Gemiddeld aantal declaraties per dag in de maanden januari 2015 t/m juni 2021



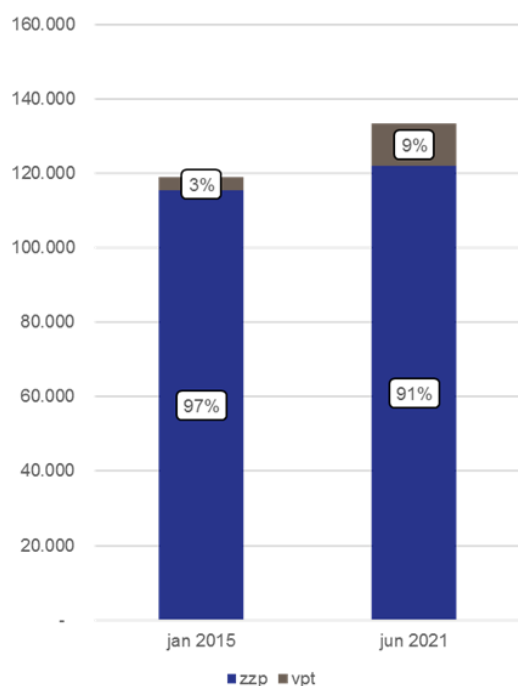
Figuur 2: Ontwikkeling gemiddeld aantal declaraties per dag ten opzichte van 1 januari 2015



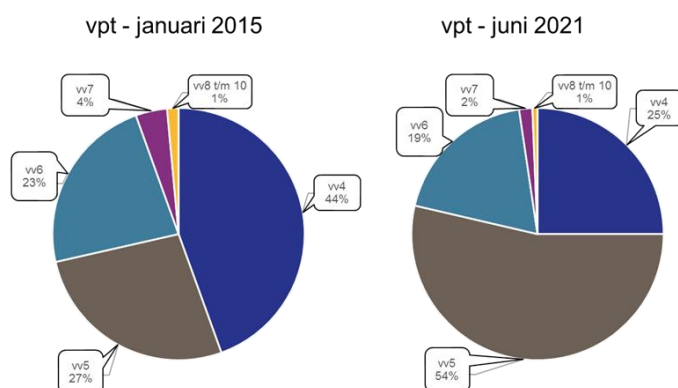
Bron: Vektis declaratiedata, bestand januari 2022. Vanaf begin 2020 zijn trendbreuken veroorzaakt door de corona-epidemie te zien.

- Het aandeel vpt in het totaal van vpt en zzp bedraagt 3% in januari 2015; dit groeit naar 9% in juni 2021.

Figuur 3: Gemiddeld aantal declaraties per dag, januari 2015 en juni 2021



Figuur 4: Verdeling zorgprofielen vv4 t/m 10 binnen het vpt



Bron: Vektis declaratiedata, bestand januari 2022.

- Het aandeel vv5 in vpt is verdubbeld tussen januari 2015 en juni 2021. Het aantal vv5 declaraties in vpt is in deze periode daarmee meer dan verzesvoudigd (655%).

Verdeling cliënten met en zonder behandeling

- Van de ruim 133.000 cliënten met zzp of vpt heeft circa 70% zorg met behandeling.
- Bij de groep met behandeling heeft 1% de leveringsvorm vpt.
- Bij de groep zonder behandeling heeft 26% de leveringsvorm vpt.
- Voor de totale groep cliënten is het aandeel vpt 9%.
- Binnen de totale groep cliënten zien we voor de grootste groepen (vv4 t/m 7) een duidelijke afname in het aandeel vpt naarmate de zorgzwaarte toeneemt: 13% vpt bij vv4, afnemend tot 2% vpt bij vv7.

Tabel 3a: Verdeling cliënten met behandeling (vpt en zzp) – volume juni 2021

profiel	% vpt	% zzp	aantal
vv4	3%	97%	3.835
vv5	1%	99%	51.760
vv6	1%	99%	21.953
vv7	1%	99%	11.577
vv8	0%	100%	2.300
vv9	0%	100%	903
vv10	2%	98%	400
totaal	1%	99%	92.727

Tabel 3b: Verdeling cliënten zonder behandeling (vpt en zzp) – volume juni 2021

profiel	% vpt	% zzp	aantal
vv4	15%	85%	18.095
vv5	43%	57%	12.996
vv6	22%	78%	8.877
vv7	46%	54%	251
vv8	29%	71%	135
vv9	1%	99%	110
vv10	12%	88%	154
totaal	26%	74%	40.617

Tabel 3c: Verdeling cliënten totaal (vpt en zzp) – volume juni 2021

profiel	% vpt	% zzp	aantal
vv4	13%	87%	21.930
vv5	9%	91%	64.756
vv6	7%	93%	30.830
vv7	2%	98%	11.827
vv8	2%	98%	2.434
vv9	0%	100%	1.013
vv10	4%	96%	553
totaal	9%	91%	133.344

Bron: Vektis declaratiedata, bestand januari 2022. (Aantallen cliënten zijn benaderd aan de hand van aantallen declaraties).

Instroom in vpt en doorstroom naar vpt

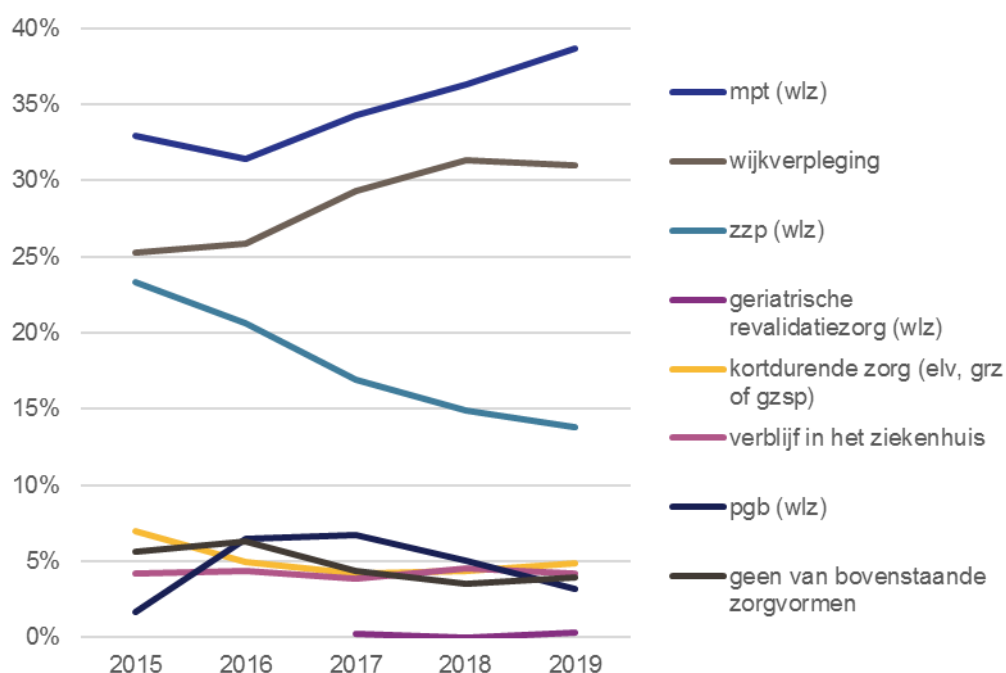
- In 2015 lag de verhouding vpt/zzp bij nieuwe instromers op 4% vpt en 96% zzp.
- In 2020 is dit verschoven naar 10% vpt en 90% zzp.

Tabel 4: Aantal cliënten dat instroomt in de Wlz in vpt en zzp

jaar	vpt	zzp	totaal vpt+zzp	% vpt	% zzp
2015	1.880	41.506	43.386	4%	96%
2016	2.503	43.092	45.595	5%	95%
2017	3.337	44.265	47.602	7%	93%
2018	4.077	46.418	50.495	8%	92%
2019	4.281	44.789	49.070	9%	91%
2020	5.296	45.443	50.739	10%	90%

Bron: Data monitor ouderenzorg (in voorbereiding), selectie cliënten 65 jaar en ouder

Figuur 5: Percentage ouderen per zorgvorm voorafgaand aan vpt, 2015-2019



Bron: Data monitor ouderenzorg (in voorbereiding), selectie cliënten 65 jaar en ouder

Wanneer we kijken naar instroom en/of doorstroom naar vpt dan zien we dat

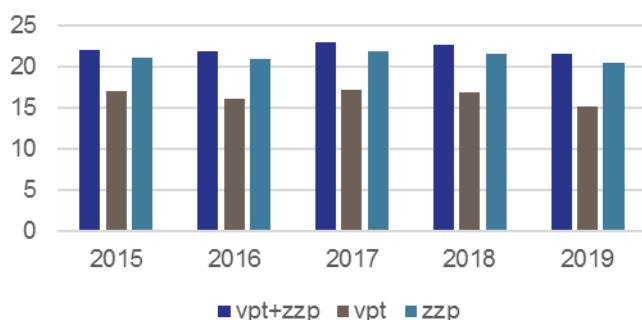
- de meeste cliënten in vpt instromen vanuit mpt (Wlz thuis) en vanuit de wijkverpleging; deze aandelen zijn toegenomen sinds 2015;
- het aandeel omzettingen van zzp naar vpt sinds 2015 afneemt.

Mediane verblijfsduur in vpt en zzp

Mediane verblijfsduur: het aantal maanden waarop de helft van de personen die in een bepaald jaar zijn ingestroomd weer is uitgestroomd. Als iemand in 2015 is ingestroomd, wordt de verblijfsduur van deze cliënt bij het jaar 2015 weergegeven, ook al is deze persoon in een later jaar uitgestroomd.

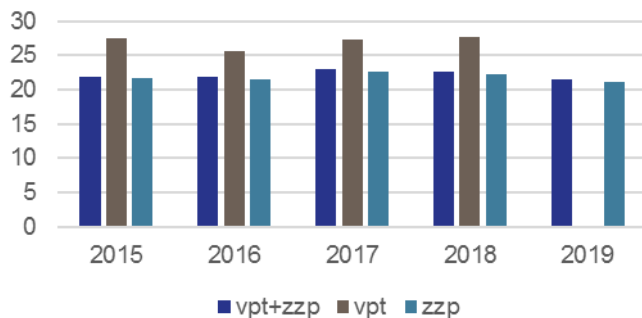
De volgende figuur laat zien hoe lang iemand verblijft in de leveringsvorm zzp of vpt vóór uitstroom naar andere leveringsvorm of overlijden. Personen die meer dan twee keer switchen van leveringsvorm zijn niet meegenomen.

Figuur 6: Mediane verblijfsduur (in maanden) in leveringsvorm per jaar van instroom



De figuur hierna laat zien hoe lang iemand verblijft in de Wlz na instroom in vpt of zzp.

Figuur 7: Mediane verblijfsduur (in maanden) in de Wlz per jaar van instroom



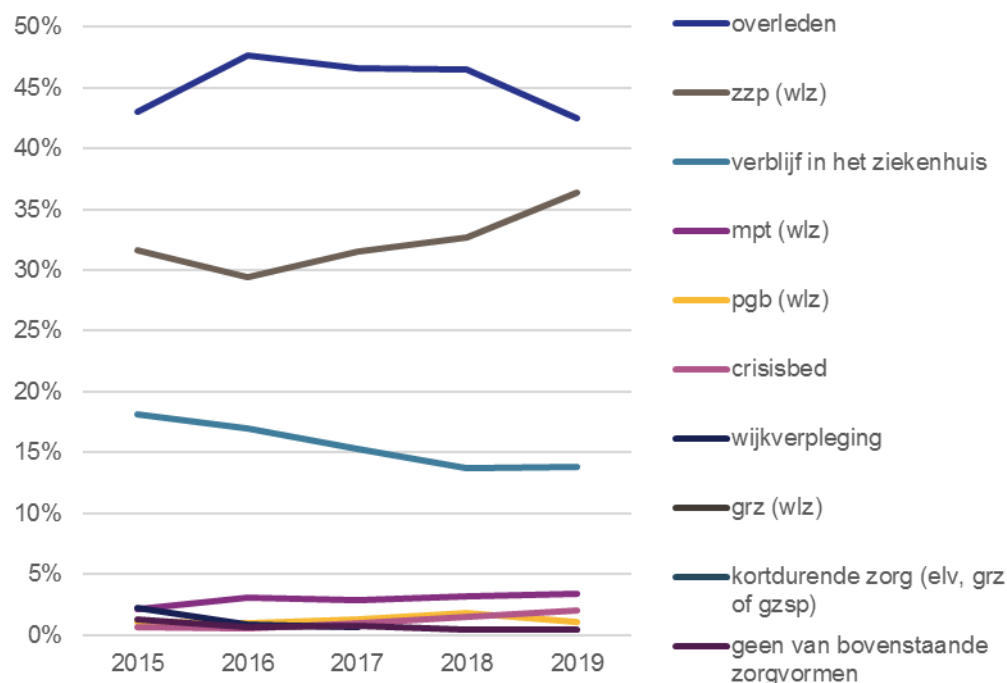
Bron: Data monitor ouderenzorg (in voorbereiding), selectie cliënten 65 jaar en ouder

Verschillen in mediane verblijfsduur tussen zzp en vpt moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden:

- In zzp wordt vaker ingestroomd vanuit vpt dan andersom (uitstroom naar overlijden is bij vpt minder dan bij zzp);
- Er is verschil in de verdeling van de zorgprofielen binnen de leveringsvormen vpt en zzp (relatief meer lichtere profielen binnen vpt).

Uitstroom uit vpt

Figuur 8: Percentage ouderen per zorgvorm na vpt, 2015 – 2019



- De belangrijkste vorm van uitstroom uit vpt is overlijden.
- Een toenemend aandeel stroomt door naar zzp.

Tabel 5: Aantallen cliënten uitgestroomd uit vpt (naar overlijden/zzp), en uit zzp (naar overlijden/vpt)

jaar van instroom	vpt→overleden	vpt→zzp	zzp→overleden	zzp→vpt
2015	1.319	696	36.892	460
2016	1.713	867	35.578	554
2017	1.947	1.157	33.048	552
2018	1.801	1.391	29.246	618
2019	1.404	1.295	21.063	615
2020	706	733	10.317	488

Bron: Data monitor ouderenzorg (in voorbereiding), selectie cliënten 65 jaar en ouder

Toelichting bij tabel 5: Als iemand in 2015 is ingestroomd, wordt deze persoon bij het jaar 2015 weergegeven, ook al is deze persoon in een later jaar overleden of doorgestroomd.

Kanttekening: Hoe recenter het jaar, des te korter de periode is dat iemand kan uitstromen of overlijden.

Zorguitgaven

Hierna geven we een **inschatting** van de zorguitgaven voor vpt en zzp op basis van:

- Het volume in juni 2021 (*365/30 voor een heel jaar). Dit is waarschijnlijk een onderschatting (geen volumegroei meegenomen, en mogelijk is er een corona-effect);
- Beleidsregelwaarden 2022 (inclusief kwaliteitsmiddelen);
- Landelijk gemiddelde kortingspercentages (96,5% voor vpt en 97,2% voor zzp).

Tabel 6: Inschatting zorguitgaven 2022 voor vpt en zzp vv4 t/m 10

profiel	vpt (€ mln)	zzp (€ mln)	totaal (€ mln)
vv4	€ 128	€ 1.157	€ 1.284
vv5	€ 543	€ 6.503	€ 7.046
vv6	€ 171	€ 2.926	€ 3.097
vv7	€ 21	€ 1.577	€ 1.599
vv8	€ 7	€ 401	€ 408
vv9	€ 0	€ 122	€ 122
vv10	€ 4	€ 99	€ 103
totaal	€ 874	€ 12.785	€ 13.659

Bron: Vektis declaratiedata, bestand januari 2022. (Aantallen in juni 2021 zijn geëxtrapoleerd naar een heel jaar).

- Wanneer alle zzp zouden zijn omgezet naar vpt zou dit een verlaging van de collectieve zorguitgaven van circa € 2,2 miljard opleveren.
- Daar staat tegenover dat de opbrengsten uit eigen bijdragen lager zijn, en dat kosten verschuiven, bijvoorbeeld naar uitgaven aan huurtoeslagen en de afschrijving van het vastgoed.

