



JAARGANG 20 - NR.4  
Okt./nov. 2017

IN DIT NUMMER:

De rechter deed onlangs uitspraak  
in de zaak van een mevrouw die  
haar bad wilde vervangen door een  
inloopdouche 2

Is het huidige zorgstelsel nog te  
handhaven? 4

Ongelijkheid door 'gentrificatie' 6

Outreaching werken met  
wijkteams 8

Valpartij vaak fataal 9

Wat heeft de nieuwe regering  
voor u in petto? 10

Zorgfraude 12

Informatie  
en advies  
seniorenbeleid

Het bestuur van de stichting bestaat uit:

A.P.J. (Bram) Strookman, voorzitter/redactie  
M.T. (Theo) Fambach, bestuurslid/redactie  
Mw B. (Baukje) van Hes, penningmeester

Vormgeving Luukzwerv.nl  
Redaktieadres De Dissel 22  
8332 JH Steenwijk  
0521 514017  
e-mail info@loisweb.nl  
website www.loisweb.nl

De donateurs mogen – mits met vermelding – de nieuwsbrief kopiëren voor hun leden en andere belangstellenden.

We wisten al een lange tijd dat Gerard van der Meer aan een ernstig medisch probleem had. Met intensieve doktersbehandelingen leek het goed te gaan. Maar eind juli keerde het tij, elders in onze nieuwsbrief leest u zijn in memoriam.

### Gemeenteraadsverkiezingen in maart 2018

De laatste weekjes voordat de verkiezingsprogramma's gereed moeten zijn. 16 november 2017 moeten ze ingeleverd zijn bij uw gemeente. Daarna gaat de kieswijzer er mee aan de slag. Let goed op dat u duidelijke stellingen opponeert want daar meet de Kieswijzer mee.

### Zorgenquête in Zwammerdam

Ik heb u er al eerder over geschreven. Inmiddels hebben we een keuze gemaakt: vervoer door vrijwilligers naar meer of minder kortdurende afspraken. Een telefooncirkel om de eenzaamheid te bestrijden en kleine klussen in huis en kleine klusjes in de tuin. Klein betekent maximaal voor 3 uur. Ondanks het feit dat in mijn dorp 50% 60 plus is vallen de vraag en aanbod reacties tegen. Oproepen op onze lokale website, oproepen in ons Dorpssignaal en formulieren bij de dokter en de bakker hebben nog niet geleid tot een stormloop. We gaan binnenkort een flyer huis aan huis bezorgen! Ik hoop dat hier nog wel enig respons uit komt. Want

anders zullen we wellicht de Zorg nog wat moeten uitschuiven naar de toekomst.

### Veiligheid

Tijdens het ophalen van de enquêtes viel me iets op. Bij het aanbellen in het begin van de avond werd er gelukkig wel open gedaan. Alleen duurde het soms lang voordat alle sloten op de voordeur opengemaakt waren. Uiteraard uit veiligheidsoverwegingen. Maar heeft u zich wel eens gerealiseerd dat als er brand is u geen tijd heeft om al die sloten snel open te krijgen, zeker niet als de hal en het huis in de dikke rook staat. Misschien is het verstandig eens na te denken over hoe u wel snel en veilig in paniek situaties uw huis kunt verlaten! Tot slot buigt het bestuur zich over het voortbestaan van LOIS. Velen van u krijgen al jaren de nieuwsbrief. En als we daar dan de donatiebijdrage voor in rekening brengen lijkt het of er nooit een overeenkomst zou bestaan hebben.... Ook ontvangen we zelden respons op onze artikelen. Ik denk dat we wellicht meer moeten samenwerken met andere partners. Als u suggesties heeft dan bent u welkom.

Fijne feestdagen, voor velen het gezelligste seizoen van het jaar komt er immers weer aan.

Bram Strookman  
Voorzitter



In memoriam  
**Gerard van der Meer**

Op 27 september 2017 kreeg het bestuur

van het LOIS het overlijdensbericht van ons medebestuurslid Gerard van de Meer. Boven de rouwbrief stond de tekst: *C'est merveilleux la vieillesse, dommage que ça finisse si mal.* Vrij vertaald: de ouderdom is mooi maar jammer genoeg komt er een eind aan. Aan het leven van Gerard is toch nog vrij onverwacht een eind gekomen. Voor het bestuur van LOIS betekent dit een verlies, Gerard was een betrokken en deskundig bestuurslid. Hij werd door ons allen zeer gewaardeerd. Gerard was geruime tijd voorzitter van de Ouderenraad in Hoorn en werd op een themamiddag door de voormalige voorzitter gevraagd om zitting te nemen in het bestuur van LOIS. Dat heeft hij geruime tijd met verve gedaan, zijn specialiteit was de correctie van de nieuwsbrief. En hij vond het ook leuk om als technisch voorzitter de bestuursvergaderingen te leiden. Het gaf de voorzitter de gelegenheid en ruimte om tijdens de vergaderingen extra aandacht te schenken aan hetgeen besproken werd. Zijn gave tot voorzitter benutte Lois ook bij de themadagen waar hij of voorzitter was, dan wel gespreksleider. Wij zullen hem missen, maar ons missen valt in het niet vergeleken met het verlies voor zijn vrouw, kinderen en kleindochter.

## De rechter deed onlangs uitspraak in de zaak van een mevrouw die haar bad wilde vervangen door een inloopdouche

Zij komt niet in aanmerking voor subsidie, volgens de gemeente, maar gaat bij de rechter in beroep. Deze oordeelt: de badkamer van mevrouw komt wél in aanmerking voor Wmo, ook al is die volgens de gemeente niet 'tijdig' aangepast. Ook hoeft mevrouw haar opgebouwde spaargeld niet aan te wenden voor de aanpassing. Hoe zit het nu precies?

### Gemeente wijst Wmo-vergoeding af omdat aanvrager de aanpassing kan voorzien. Mag dit?

In juni van dit jaar doet de rechtbank Oost-Brabant uitspraak in een zaak waarin een seniore vrouw in beroep gaat tegen de (gedeeltelijke) afwijzing van haar Wmo-aanvraag. De gemeente wil haar (noodzakelijke) badkamer aanpassing maar gedeeltelijk vergoeden. De gemeente is van mening dat mevrouw deze aanpassing zelf kan voorzien en er daarom voor had moeten sparen. Ook is haar badkamer te 'oud' om in aanmerking te komen voor een gesubsidieerde aanpassing.

### Gemeente moet 'maatwerkvoorziening' leveren indien een bewoner dit niet zelf kan regelen

De overheid stimuleert mensen om langer zelfstandig thuis te blijven wonen. Ook met beperkingen die horen bij het ouder worden. Woningaanpassingen, zoals een inloopdouche of aangepast toilet zijn vaak noodzakelijk om veilig thuis te blijven

wonen. De gemeente kan hier financieel aan bijdragen via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Wanneer iemand zelf de middelen niet heeft om zijn woning aan te passen, kan deze zich tot het Wmo-loket van de gemeente wenden.





### Gemeente toetst of de aanvrager de aanpassing zelf had kunnen voorzien

Elke gemeente heeft een beperkt budget. Zij toetst daarom elke Wmo-aanvraag nauwkeurig. Zo wordt bijvoorbeeld gekeken of de aanvrager ook andere mogelijkheden heeft. Kan de aanvrager zelf de aanpassingen regelen? In het geval van de seniore vrouw, bekeek de gemeente of ze niet al eerder haar bad had moeten vervangen voor een inloopdouche. Is het niet volkomen normaal dat een persoon eens in de zoveel tijd een nieuwe douche of toilet installeert? Had mevrouw moeten sparen voor deze aanpassing?

### Een inloopdouche is niet 'algemeen gebruikelijk'

De gemeente wijst de aanvraag gedeeltelijk af. Zij vindt dat mevrouw haar badkamer tijdig zelf had moeten aanpassen, omdat voor aanpassingen in de badkamer een afschrijvingstermijn van 25 jaar staat. Aanpassingen aan oude badkamers hoeven niet door de gemeente betaald te worden, vindt de gemeente. Een badkamer tijdig renoveren is namelijk 'algemeen gebruikelijk'. De Brabantse rechtbank is het daar niet mee eens. De vrouw heeft naast haar bad ook een douche in haar woning. Maar door haar beperkingen is ze inmiddels aangewezen op een inloopdouche. Had ze geen fysieke beperkingen gekregen, dan had ze haar gewone douche nooit laten vervangen. Daarmee is de inloopdouche niet algemeen gebruikelijk en kan de vergoeding op deze grond nooit worden afgewezen.

### Sparen voor een woningaanpassing is niet verplicht

Verder meent de gemeente dat

mevrouw zelf moet sparen voor de badkamerrenovatie. Dan kan ze namelijk zelf dit probleem oplossen. Dit klopt niet. Volgens eerdere uitspraken mag een gemeente bij toekenning van voorzieningen geen rekening houden met het inkomen of vermogen van de aanvrager. Een verplichting om te sparen is dan ook een financiële voorwaarde die volgens de Wmo niet gesteld mag worden. De plicht om te sparen is geen onderdeel van de zelfredzaamheid van de aanvrager en de gemeente mag ook geen rekeninghouden met een eventuele spaarrekening. De seniore vrouw wordt dan ook in haar gelijk gesteld en de gemeente is verplicht het volledige bedrag voor haar badkamer aanpassing toe te wijzen.

### Wat betekent deze uitspraak voor uw situatie?

Betekent dit dat u zich geen zorgen hoeft te maken om uw toekomstige Wmo-aanvraag? Helaas is dit niet te voorspellen. De gemeente mag uw eventuele vermogen niet meewegen. Ook is een inloopdouche in plaats van een gewone douche niet 'algemeen gebruikelijk'. Echter, ligt dit anders wanneer u alleen een bad heeft. In dat geval kan de gemeente uw aanvraag terecht afwijzen omdat een bad in de meeste gevallen niet levensloopbestendig is. Het is hoe dan ook verstandig om na te denken over uw toekomst. Niemand weet wat er op uw pad komt. Een goede voorbereiding geeft veel rust. De Thuiscomfort-specialist bij u in de buurt denkt graag mee over de mogelijkheden die er wél zijn.

Bron: KBO-Brabant

# Is het huidige zorgstelsel nog te handhaven?

**O**nlangs werd het Regeerakkoord van de nieuwe regering gepresenteerd. Hierin werd de zorg om de stijgende zorgkosten uitgesproken. Deze blijven volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek stijgen (in 2016 met 1,8 procent tot ruim 96 miljard, cijfers over 2017 zijn er nog niet). Sommige medische innovaties zijn wellicht kosteneffectiever, maar deze halen terecht of onterecht niet de marktsector, waardoor de zorgconsument baanbrekende en veelbelovende technologieën onthouden wordt. In mei van dit jaar pleitte het Centraal Planbureau in een beleidsbrief voor een standaardtoetsing op de (kosten)effectiviteit van nieuwe apparatuur en behandelmethoden om de mate van gezondheids-

winst te verduidelijken en technologie die niet of minder kosteneffectief is uit het verzekerde pakket te weren. Ook wees het CPB op het feit dat zorgaanbieders, specialisten en patiënten niet de (volle) financiële gevolgen van de invoering van de nieuwe technologie dragen, maar wel voordeel hebben van een eventueel effectievere behandeling. Fabrikanten worden daardoor geprikkeld om mogelijk niet-kosteneffectieve technologie toch te ontwikkelen en op de markt te brengen. Kosteneffectiviteit is echter niet de enige reden waarom nieuwe technologie de eindstreep (dus de markt) niet haalt. Een voorbeeld is de AGE Reader, een apparaat dat door lichtmeting aan de huid het risico op het ontstaan van hart- en vaatproble-

men kan bepalen. Bepaalde versuikerde eiwitten in het lichaam, de zogeheten Advanced Glycation End-producten (AGE's), die hart- en vaatproblemen veroorzaken, bleken te reageren op ultravioletlicht en fluorescentie is een maat voor de hoeveelheid AGE's in vaatwand, hart of brein. Een relevante innovatie, aangezien hart- en vaatziekten een van de voornaamste doodsoorzaken is in ons land en elders in de wereld. Ook een aandoening waar preventief en curatief veel zorg (dus kosten) naar toe gaat. Ondanks deze plussen hebben slechts enkele tientallen huisartsenpraktijken de AGE-Reader aangeschaft. Wereldwijd staan er inmiddels maar 3.000 AGE-Readers, waarvan een derde in Japan.

In andere gevallen blijkt de businesscase het struikelblok, zoals bij het CareSensus-platform voor Thuiszorg van Philips. Vorig jaar startte een pilot met slimme sensoren in woningen om kwetsbare ouderen langer thuis te laten wonen. Doel was om na het testen en valideren medio 2017 commercieel te gaan. "Helaas kwamen we tot de conclusie dat de CareSensus-technologie niet toekomstbestendig is, omdat deze niet voldoet aan de eisen die de markt daar over een aantal jaar aan zal stellen. CareSensus is een specifieke technologische oplossing voor een specifiek probleem. De markt vraagt echter om een geïntegreerde oplossing in één product, waarbij leefstijlmonitoring wordt gecombineerd in een oplossing met bijvoorbeeld valdetectie of medicijnafgifte.

Philips wil ook onderzoeken welke technologie gebruikt kan worden voor het meten van beweging en ook of één technologie geschikt is voor meerdere toepassingen. "Zorg op afstand is iets nieuws, waar nog

veel werk voor verricht moet worden. Vaak zijn ook klinische studies noodzakelijk. Allemaal factoren die van invloed zijn op het verdienmodel." Ouderenzorg c.q. onafhankelijk leven dankzij zorg op afstand blijft een speerpunt. "Zorg op afstand leidt tot een vermindering van ongeplande ziekenhuisopnames, maar alleen de zorgverzekeraar profiteerde van de besparing en de zorgverlener niet. Wil men de zorgkosten beheersbaar houden, dan moet het verdienmodel veranderen".

Een derde voorwaarde voor een succesvolle innovatie is aantoonbare meerwaarde ten opzichte van bestaande oplossingen. Mito Medical Products werkte al jaren aan een non-invasieve en pijnloze manier voor het screenen op borstkanker. Het apparaat (Tiseno) bracht op basis van thermografie de warmteontwikkeling in de borst in kaart. Na jaren van onderzoek bleek deze innovatie om verschillende redenen niet succesvol. In 2015 werd een nieuwe wederom pijnloze en non-invasieve methode, die de energie (aantal joules) in de borst meet, ontwikkeld. Het apparaat stelt zelfstandig de diagnose, de eerste lijn kan zien of er sprake is van een verdachte vlek en zo ja, waar die zich bevindt. Daar is geen radioloog meer voor nodig. Daar draait het om bij innovatie: toegevoegde waarde bieden op bestaande technologie. Dat is ook waar zorgverzekeraars naar op zoek zijn. Dit keer zocht het bedrijf vooraf contact met radiologen en onderzoekers voor draagvlak en om hen een proof of principle te laten zien.

Het Mikrocentrum en organisator van het kennis- & netwerkevenement 'Technology for Health', kent als geen ander de hobbel voor technologische innovatietrajecten in

de verschillende toepassingssectoren. “We zien hoe moeilijk het is voor de maakindustrie om voet aan de grond te krijgen in de zorgmarkt. Bedrijven zijn teleurgesteld in de snelheid, starheid en transparantie. De zorg is erg geprocedureerd en zit vrijwel op slot. Voor een innovatie in procedures terechtkomt, ben je zo 10 tot 15 jaar verder”, stelt men. “Daarnaast kopen grotere bedrijven soms nieuwe technologieën op om investeringen in eigen, minder goede technologieën te beschermen. Zo wordt de zorgconsument baanbrekende en veelbelovende technologieën onthouden.”

Elke innovatie grijpt in op de bestaande werkprocessen en geldstromen. Diverse innovaties lopen stuk op het huidige zorgstelsel, waarbij vooral verdiend wordt aan zieken en preventie zwaar onvoldoende of zelfs niet vergoed wordt. ‘De zorgconsument is erbij gebaat uit het zorgproces te worden gehouden, maar de oude manier van werken is niet meer te betalen. Er komt een nieuw tijdperk aan, met een groeiend aantal nieuwe technologieën, dat gaat botsen. We kunnen steeds meer diagnosticeren, weten steeds meer, steeds preciezer en steeds eerder. In de nabije toekomst wordt het bijvoorbeeld mogelijk om op basis van genpaspoort te voorspellen welke chronische ziekten iemand gaat ontwikkelen en welke specifieke therapie het meest effectief is. Met dat soort ontwikkelingen voor de deur wordt het heel moeilijk om vanuit het huidige stelsel te blijven opereren en de steeds beter geïnformeerde zorgconsument tevreden te houden.’

Bron: FMT Gezondheidszorg en Technologie & Innovatie



## Ongelijkheid door ‘gentrificatie’

**D**oor de steeds grotere woningcrisis ‘gentrificeren’ de grote Nederlandse steden in rap tempo. Dit proces neemt in Nederland echter andere vormen aan dan in Engeland of de VS. Waar in deze landen sprake is van directe verdringing op de woningmarkt zien we in Nederland eerder het tegenovergestelde: mensen met een sociale huurwoning verhuizen steeds minder omdat de alternatieven onbetaalbaar zijn. Dit is de centrale stelling uit het proefschrift ‘Inequality in the gentrifying European city’ van de onlangs cum laude gepromoveerde C. Hochstenbach, die als stadsgeograaf verbonden is aan de Universiteit van Amsterdam.

Dagblad Trouw schreef over gentrificatie als ‘de keerzijde van de buurt in op-

komst’. Er zijn vele voorbeelden te noemen van buurten die na jaren van verloedering ineens veranderen. Allerlei buurtinitiatieven worden genomen, nieuwe bewoners vestigen zich in die buurten en uiteindelijk stijgen de woningprijzen. Dit proces wordt gentrificatie (vaak aangeduid met de Engelse term gentrification) genoemd. RUIMTEVOLK zag het nieuwe fenomeen als ‘een einde van de eerlijke stad’.

In een artikel in dagblad Het Parool sprak men over een prijsstijging bij Amsterdamse woningen van 21,6% in de afgelopen periode. Het Journaal op de televisie maakte melding van forse prijsstijgingen in Amsterdam, Leiden en Delft en ook in andere grote en middelgrote steden stijgen de woningprijzen bovengemiddeld snel. In de populairste regio’s staan huizen

gemiddeld minder dan een maand te koop voordat ze alweer van de markt zijn, aldus Het Parool. Daarnaast verdwijnen de meeste vrijkomende particuliere huurwoningen in de dure vrije sector. Wellicht niet alleen maar het gevolg van gentrificatie, maar het proces levert wel een directe en belangrijke bijdrage.

Door de prijsstijgingen worden woningen in bepaalde wijken onbetaalbaar. Tegelijkertijd ontwikkelt zich een diepe wooncrisis omdat deze wijken ontoegankelijk worden voor bepaalde groeperingen. Volgens het genoemde proefschrift zorgt de hoge prijsdruk binnenstedelijk voor gentrificatie. In de oude arbeiderswijken worden de woningen opgeknapt, hippe horeca vestigt zich in de buurt, de ‘nieuwe’ woningen worden zo populair bij de middenklasse om daarna tegen de hoofdprijs verkocht te worden. Voorheen was gentrificatie een kleinschalige tegenbeweging, maar inmiddels is dit alomtegenwoordig, aldus de promovendus. Ook omdat stadsbesturen er alles aan doen de hooggeleide middenklasse aan zich te binden, stelt hij.

Hoewel de term zelf inmiddels gangbaar is geworden bestaat er nog veel verwarring over gentrificatie en haar gevolgen. Het begrip komt over uit Engeland (met name Londen) en de Verenigde Staten (met name New York). Meer dan in Nederland bepaalt de markt daar de werking van de samenleving, dus ook het wonen. In neoliberale Angelsaksische landen gaat gentrificatie hand in hand met harde, directe verdringing. De armere oude bewoners worden uit hun buurt gejaagd door speculerende huisbazen en vastgoedfondsen omdat de huren exorbitant omhoog worden gebracht. Dit alles sluit ook aan op de stellingen van de beroemde

planologe Jane Jacobs in haar boek ‘Dood en leven van grote Amerikaanse steden’ uit 1961.

Anderen stellen dat in Nederland het omvangrijk corporatiebezit en de huurbescherming er voor zorgen dat dit probleem hier nog niet zoveel voorkomt. Want oude bewoners kunnen blijven wonen waar ze wonen, zelfs wanneer gentrificatie in hun buurt de overhand krijgt. Als de buurt wordt opgeknapt hoeven zittende bewoners vaak niet te vertrekken.

Deze redenering is echter te simpel, stelt het proefschrift. Verdringing door gentrificatie blijft dan wel beperkt in Nederlandse steden, uitsluiting door gentrificatie is aan de orde van de dag, omdat de woningen, nadat ze zijn vrij gekomen, vaak onbetaalbaar zijn geworden. Sociale huurhuizen worden verkocht aan de hoogste bieder of verhuurd tegen de hoge marktprijs, waarop de toegankelijkheid van de betaalbare huursector zienderogen achteruit gaat. Dit sluit aan bij een deze zomer verschenen oproep van een politieke partij om meer aan diversificatie te doen en vooral de middeldure huren te stimuleren. Hierdoor zou de zo gewenste ‘doorstroming’ op gang moeten komen.

Voor zittende bewoners hoeft dit allemaal niet erg te zijn zolang zij in hun huizen blijven zitten. De gentrificatie gaat dan grotendeels aan hen voorbij, omdat de huur slechts geleidelijk stijgt en als er van mogelijk huisuitzetting geen sprake is. Wel verandert de buurt om hen heen. Deze veranderingen worden soms gewaardeerd, maar vaker als buurtverlies ervaren. Maar na gedwongen of vrijwillige verhuizing werpt gentrificatie steeds grotere barrières op. Gezinsuitbreiding, echtscheiding en baanverlies maken verhuizingen vaak noodzakelijk. De huidige woning wordt te

klein, te groot of simpelweg onbetaalbaar ervaren. Huishoudens met een laag inkomen komen steeds vaker klem te zitten in hun woning. In Amsterdam, Leiden en Delft krimpt het aanbod van betaalbare woningen en wordt het voor deze mensen lastig of zelfs onmogelijk een andere, betaalbare woning te vinden.

Één van de gevolgen van uitsluiting, aldus de promovendus, is de ‘suburbanisatie van armoede’: ‘lage inkomens vinden geen plek meer in de stad, maar wijken uit naar nabijgelegen kernen’. Anderen blijven wel in de stad wonen, maar moeten dan genoegen nemen met een te kleine woning, of de woning delen met anderen, of simpelweg hogere woonlasten accepteren. Ook voor nieuwkomers betekent gentrificatie minder woonkansen en dus meer kans op uitsluiting.

Volgens het proefschrift wordt de aanwezigheid van huidige bewoners vaak aangehaald om de gevolgen van gentrificatie te bagatelliseren. Verdringing mag dan nog wel beperkt zijn in Nederland, uitsluiting door gentrificatie blijkt een geduchte vervanger. ‘Het afbreken van huurbescherming en flexibilisering van de woningmarkt maken directe verdringing een steeds waarschijnlijker toekomstbeeld’, is de waarschuwing uit het proefschrift.

*Gentrificatie, vaak met het Engelse woord gentrification aangeduid, is een term die gebruikt wordt om de opwaardering van een buurt of stadsdeel op sociaal, cultureel en economisch gebied aan te duiden. De herwaardering van het stadsdeel gaat gepaard met een stijging van de prijzen voor onroerend goed. Vaak stelt men dat armoede in de wijken wordt tegengegaan, maar het tegendeel is waar. Het verschuift alleen.*



**G**emeenten zetten massaal in op outreachende wijkteams zonder dat ze scherp in beeld hebben welke doelen die wijkteams moeten realiseren, stelt Jurriaan Omlo, eigenaar van Bureau OMLO. Dit bureau verricht evaluatiestudies en onderzoek naar diverse sociale vraagstukken.

Hoewel outreachend werken in Nederland een lange en rijke geschiedenis in het sociaal werk kent, wordt het tegenwoordig opgevat als een werkwijze waarbij sociale professionals niet achter hun bureau blijven zitten, maar zelf initiatief nemen door de mensen op te zoeken. Outreachend werken blijkt een effectieve benadering om sociaal geïsoleerde groepen te bereiken, want door vroegtijdig in te grijpen weten professionals escalatie van bepaalde problematiek te voorkomen. Ook, en dat blijkt uit onderzoek van OMLO, kan outreachend werk veel kosten besparen.

Door enorme bureaucratie en veel papierwerk in de uitvoeringspraktijk komen veel wijkteams onvoldoende toe aan outreachend werk. Bovendien reageren de wijkteams vooral op directe en enkelvoudige hulpvragen van cliënten en richten zij zich vooral op het blussen van brandjes om verdere escalatie te voorkomen. Ondertussen blijven kwetsbare huishoudens met meervoudige problematiek buiten beeld en is er geen tijd voor samenlevingsopbouw. Het gebrek aan visie bij vele gemeenten vormt eveneens een probleem. Hier ligt een taak voor de Adviesraden, zoals Seniorenraden.

In 2014 constateerden de onderzoekers Van Arum en Lub al dat gemeenten nauwelijks onderbouwen waarom ze wijkteams hebben! Outreachend werk lijkt daarmee soms een doel op zich te zijn, zonder dat beleidsmakers expliciet maken



welke baat burgers hierbij hebben. Zolang de legitimatie voor ingrijpen niet helder is voor burgers zullen outreachende professionals op hevig protest en wantrouwen stuiten. Gemeenten moeten daarom veel scherper formuleren waarom, waarvoor en hoe ze wijkteams willen inzetten. Seniorenraden kunnen daarbij behulpzaam zijn. Dat begint bij een duidelijke visie op outreachend werken. Nog te vaak wordt het voorgesteld als een eenduidige benadering, maar in de praktijk kent outreachend werk verschillende doelen, doelgroepen en methoden.

#### **Omlo ziet zes interventierepertoires voor outreachend werken.**

Bij het hulpmodel gaat de aandacht uit

naar kwetsbare mensen die zorg uit de weg gaan (zorgmijders) en mensen die niet de juiste hulp ontvangen (zorgmijders). Het doel is om vroegtijdig problemen te signaleren om vervolgens de kansen op herstel, maatschappelijke participatie en individuele zelfredzaamheid te vergroten. Dit model is het meest bekend.

Terwijl het hulpmodel door vroegtijdig ingrijpen probeert dwang- en drangmaatregelen te voorkomen zet het dwang- en drangmodel hier juist op in, omdat "de situatie al te zeer is geëscaleerd". Waar bij het hulpmodel de noden van het kwetsbare individu aanleiding zijn voor interventie, zijn dit bij het dwang- en drangmodel signalen uit de omgeving over schade en overlast. De doelgroep bestaat uit mensen

met meervoudige en ernstige problematiek. In tegenstelling tot het hulpmodel is het doel niet het bevorderen van positieve idealen zoals ontplooiing en participatie, maar het voorkomen en bestrijden van overlast. Dit model is een repressieve en autoritaire variant van outreachend werken, waarbij de nadruk ligt op controle, handhaving, sancties en straffen. Het doel is dat mensen hun levensstijl aanpassen, ook als dit tegen hun eigen wens ingaat.

In de voorgaande modellen heeft outreachend werken een sterk individualistisch karakter, terwijl het politiserende model met haar collectieve benadering juist de lokale gemeenschap van bewoners als uitgangspunt neemt. Het kent een sterk politieke dimensie en vraagt om een activistische houding van de professional: het verbeteren van de leefomstandigheden en weerbaarheid van groepen mensen. Het doel is om ongelijkheid en uitsluiting weg te nemen of te verminderen door burgers te mobiliseren. Door te investeren in kennis, houding en vaardigheden vergroten professionals de collectieve zelfredzaamheid en politieke emancipatie van groepen burgers om gezamenlijk veranderingen te realiseren.

Het verbindend model kent een meer recente benadering vanuit het opbouwwerk en is eerder pragmatisch dan politiek van aard. Het draait hier niet zozeer om het veranderen van systemen die mensen beperken, maar om het stimuleren van sociale samenhang, het activeren van informele steun- en hulpbronnen en het bevorderen van de participatie en emancipatie van bewoners. De focus ligt op het aanspreken van aanwezige, maar nog onvoldoende benutte, krachtbronnen in en rondom een lokale gemeenschap zonder daarbij al te zeer de aandacht te vestigen

op sociale ongelijkheid en sociale uitsluiting. De professional spreekt mensen aan op straat en komt ongevraagd bij mensen thuis om ze te vragen wat zij voor de wijk kunnen betekenen. Mensen met een hulp- of ondersteuningsvraag moeten worden verbonden aan bewoners die beschikken over de benodigde capaciteiten.

Bij het kwartiermakersmodel gaat het uitdrukkelijk niet om het aanpassen van kwetsbare groepen aan de samenleving, maar om het versterken van acceptatie en waardering voor verschillen in de maatschappij. De aandacht gaat uit naar mensen die structureel niet mee kunnen doen, omdat anderen ze als onaangenaam of onaangepast beschouwen. Hierbij wordt gedacht aan dak- en thuislozen, mensen met verslavingsproblematiek en mensen met een verstandelijke beperking of psychische problematiek. Kwartiermakers doen daarom een beroep op maatschappelijke organisaties en op burgers om relaties met kwetsbare individuen aan te gaan.

Het presentiemodel is een door filosoof Andries Baart ontwikkelde presentie-benadering. Uitgangspunt is dat sociale professionals door hun aandachtige aanwezigheid in de wijk vertrouwd raken met de wijk(bewoners) en signalen opvangen over burgers in kwetsbare situaties. De bewoners gaan de outreachende professional door zijn trouwe aanwezigheid steeds meer zien als een natuurlijk aanspreekpunt. Het contact is niet aan een maximum aantal gesprekken of een vooraf bepaalde termijn gebonden. Hierdoor hebben presentiewerkers meer tijd, ruimte en geduld om te investeren in een goede vertrouwensrelatie en hoeven zij niet direct bovenop de problematiek te springen. Presentiewerkers bieden hulp en

ondersteuning en verbinden zo nodig met andere voorzieningen. Ze bewegen mee met de hulpvrager in plaats van professionele doelen voorop te stellen.

De modellen van outreachend werken zijn geen blauwdrukken. In de praktijk combineren professionals elementen van verschillende modellen. De toenemende vraag naar generalistische professionals maakt bovendien dat het onderscheid tussen de focus op individuen en groepen vervaagt. Dit neemt niet weg dat sommige situaties heel nadrukkelijk vragen om een specifiek handelingsrepertoire. Crisis-situaties lenen zich niet voor geduldige interventies die inzetten op verbinding of politisering, maar vragen om snel en kortdaat optreden. In andere gevallen verdient het inschakelen van het sociale netwerk de voorkeur boven individuele hulpverlening. Idealiter kenmerkt outreachend werk zich door professionals die de verschillende benaderingen beheersen, maar het is niet realistisch om dit van individuele professionals te verwachten. In plaats van te dromen van individuele supergeneralisten ligt het meer voor de hand om in te zetten op generalistische wijkteams die dankzij de inzet van verschillende type professionals als collectief beschikken over een breed interventierepertoire. Op deze manier kunnen de teams afhankelijk van de concrete situatie een geschikt interventiemodel toepassen, aldus OMLO.

#### **Bronnen:**

Het nieuwste dossier in de serie Wat Werkt bij Outreachend Werken, een uitgave van kennisinstituut Movisie, vermeldt de meest recente inzichten vanuit onderzoek en praktijk naar werkzame factoren van outreachend werk.



Verlies van spiermassa grote onderbelichte oorzaak

## Valpartij vaak fataal

Door René Steenhorst

*Klinisch geriater dr. Hester van der Kroon van het Spaarne Gasthuis in Haarlem op bezoek bij een patiënt. Volgens haar is het verlies van spiermassa een fors onderbelichte oorzaak van het vallen.*

**Amsterdam - Er overlijden op dit moment in Nederland elke dag gemiddeld tien ouderen door een val. Dat is zeker vijf keer zoveel als het dagelijkse dodental in het verkeer.**

Die zegt Nathalie van der Velde, internist-geriater in het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam en voorzitter van het landelijke netwerk van valklinieken. „Ernstig letsel door valongevallen neemt sterk toe onder ouderen”, stelt Van der Velde. In heel 2016 stierven 3653 meest ouderen aan de gevolgen van een valpartij. Vorig jaar kwamen 629 mensen om in het ver-

keer, blijkt uit cijfers van het CBS. Volgens klinisch geriater dr. Hester van der Kroon van het Spaarne Gasthuis in Haarlem-Zuid kunnen de gevolgen van een val vaak snel fataal verlopen. „Vijftien tot dertig procent van de ouderen die hun heup breken overlijdt binnen een jaar na de val. Daarvan overlijdt tien procent binnen drie maanden.” Per dag krijgt het Haarlemse ziekenhuis acht tot tien ouderen binnen die een flinke val hebben gemaakt. Een fors onderbelichte oorzaak van het vallen is het verlies van spiermassa, stelt Van der Kroon. „Hierdoor nemen de spierkracht en spierfunctie af. Dit wordt 'sarcopenie' genoemd en is bij veel mensen onbekend. Het komt ook voor bij 'gezond-

de' ouderen en is een rechtstreeks gevolg van het ouder worden. Het kan grote gevolgen hebben voor iemands functioneren. Je kunt er moeilijker door opstaan uit je stoel en de meesten krijgen een rollator.” Volgens de klinisch geriater merken wij rond ons veertigste dat er vaak kilo's vet bijkomen en dat we kilo's spier kwijtraken. „We zien dat gewichtsverandering als gevolg van een veranderende stofwisseling een van de kenmerken is van sarcopenie. Bij mensen die niet heel erg actief zijn begint sarcopenie vaak al op hun dertigste, bij vrouwen al vanaf 35 jaar. Bij een normale veroudering verliezen mensen tussen hun vijftigste en zeventigste jaarlijks een halve tot twee procent van de spiermassa.”

Een val is tevens het symptoom dat er meer aan de hand is met de patiënt, zegt geriater Nathalie van der Velde. „Medicatie blijkt naast verminderde mobiliteit de belangrijkste valrisicofactor bij ouderen. Vallen is dus vaak een veelvoorkomende medicatiebijwerking.”

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) zegt verontrust te zijn over het hoge aantal valpartijen. Elke zes minuten meldt zich ergens in het land een 65-plusser bij de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis met een heupfractuur, een trauma aan het hoofd of een bovenarmbreuk.

NVKG-voorzitter dr. Hanna Willems zegt dat circa een derde van de 65-plussers ten minste één keer per jaar valt; de helft van hen gaat vaker onderuit. „Dat neemt toe met leeftijd, kwetsbaarheid en aantal ziekten en aandoeningen. In verzorgings- en verpleeghuizen is het aantal valpartijen aanzienlijk hoger.”

## Wat heeft de nieuwe regering voor u in petto?

RTL Nieuws berekende de gevolgen van de kabinetsplannen. Daaruit blijkt dat bijna iedereen erop vooruit gaat. Behalve 345.000 huishoudens: die leveren in. Bijna twee derde van de 345.000 huishoudens die erop achteruit gaan is gepensioneerd. We zetten de belangrijkste maatregelen uit het 161 plannen tellende regeerakkoord van Rutte III op een rij.

### Zorg

Het eigen risico voor de zorgverzekering blijft in 2018 385 euro per jaar. De zorgpremie gaat waarschijnlijk omhoog, maar verschilt per pakket en per verzekeraar.

De eigen bijdrage die nu geldt voor thuishulp wordt vervangen door een abonnement van maximaal 17,50 euro per maand. Nu kan die eigen bijdrage voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) per gemeente verschillen. Daar komt dus een eind aan.

Het vermogen telt minder zwaar mee

voor de eigen bijdrage voor verblijf in een verpleeghuis gaat omlaag. De bijtelling gaat van 8 naar 4 procent.

De overheid wordt strenger op medicijnen. Dat betekent minder vergoedingen en strenger inkopen bij farmaceuten.

Tot 2021 mogen ziekenhuizen 700 miljoen minder uitgeven. De wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg moeten het per sector met 100 miljoen minder doen.

Er gaat 2,1 miljard extra naar verpleeghuizen.

Rolstoelen en krukken komen in het voorkeursbeleid: alleen de goedkoopste worden vergoed.

### Pensioen en werk

Het pensioenstelsel wordt behoorlijk omgegooid: ieder krijgt zijn of haar eigen pensioenpot. Over dit plan wordt al langer gepraat, maar heeft nog niet tot een definitieve nieuwe regeling geleid.

Ontslag wordt makkelijker. Werknemers bouwen vanaf de eerste dag het recht op een ontslagvergoeding op. Nu is dat na twee jaar. Maar na 10 jaar wordt de ontslagvergoeding niet meer hoger. Dat is nu wel het geval. Dat maakt het ontslaan van ouder personeel goedkoper.

### Levensende en donorschap

Er is een 'toetsings-kader' afgesproken over medisch-ethische kwesties, zoals donorschap, levensende en onderzoek. Steeds zullen vragen worden gesteld als: zijn er alternatieven? Is het in het belang van de wetenschap? Is er sprake van bezinning etc.

Er komt een onderzoek naar de omvang van de groep mensen die hun leven voltooid acht, maar voor wie de Euthanasiewet niet geldt.

### Belastingen

Wie de hypotheek op zijn huis (bijna) heeft afgelost, is straks ook flink duurder uit, omdat de Wet Hillen vervalt. De voorgenomen maatregel van het nieuwe kabinet raakt vooral 65-plussers. Het plan lekte al eerder uit.

We gaan van vier naar twee tarieven inkomstenbelasting: een basistarief van 36,93 procent over het inkomen tot ongeveer 68.600 euro bruto, een toptarief van 49,5 procent daarboven. Voor AOW-ers blijven er drie schijven bestaan doordat zij geen AOW-premie betalen.

De maximale hypotheekrenteaftrek wordt versneld afgebouwd naar maximaal 46 procent in 2020. Voor 2021 wordt het 43 procent, in 2022 is de maximale aftrek 40 procent en voor 2023 komt het maximum op 37 procent

De onbelaste vrijwilligersvergoeding wordt verhoogd van 1.500 euro naar 1.700 euro per jaar

We mogen meer belastingvrij sparen. Het heffingvrije vermogen gaat van €5.000 naar €0.000. Bij het bepalen van het fictieve rendement wordt straks gekeken naar de rente van 1,5 jaar geleden. Dat is actueler dan nu het geval is en betekent waarschijnlijk een (lichte) verlaging.

De ouderenkorting gaat omhoog met 160 euro. Dat is een fiscaal voordeel, maar de deze korting gaat wel omlaag, afhankelijk van het inkomen. Details worden nog uitgewerkt.

Het lage BTW-tarief gaat omhoog van 6 naar 9 procent. Dat is een tegenvaller voor zieken omdat geneesmiddelen ook onder dit lage tarief vallen.

Energiebelasting gaat omhoog. Ook dat was al eerder bekend.

Bronnen: de Volkskrant, NRC, NOS, Elsevier



# Zorgfraude

**S**teeds meer zorgaanbieders werken zonder een contract met een zorgverzekeraar. Dit is wettelijk toegestaan om patiënten zo voldoende keuzevrijheid te bieden. Maar volgens betrokkenen is het voor fraudeurs zeer aantrekkelijk om zonder contract te werken, omdat ze zich op die manier onttrekken aan extra kwaliteitseisen en controle van zorgverzekeraars.

## Extern zorgtoezicht verdeeld

Nog een andere reden waarom de zorg zo fraudegevoelig is, is de versnippering van het externe toezicht. Er zijn verschillende externe toezichthouders die zich elk met een apart deel van het zorgtoezicht bezighouden. Ondanks betere samenwerking (onder andere via het IKZ), ontbreekt een 'helicopterview'. De overheveling van zorgtaken naar 388 gemeenten, maakt een goed overzicht nóg moeilijker. Kwetsbare groepen doelwit zorgfraudeurs Uit het onderzoek van het FD blijkt dat de fraudegevoeligheid toeneemt naarmate patiënten kwetsbaarder zijn. Mensen die volledig afhankelijk zijn van zorg en op de expertise van hun zorgverlener vertrouwen, zijn een 'gemakkelijk doelwit'. Ouderen, jongeren met geestelijke problemen en verslaafden zijn uitermate kwetsbare groepen voor fraudeurs, stelt de NZa in een rapport uit 2015.

De zorgvrager weet lang niet altijd op hoeveel zorg hij/zij recht heeft; het blijkt heel regelmatig voor te komen dat er minder zorg wordt verleend, terwijl de zorgverlener wel alle uren factureert...

## Indicatiestelling door CIZ

Verder is ook het proces van indicatiestelling voor langdurige zorg fraudegevoelig. Die indicatiestelling is een zaak van het Centrum Indicatiestellingen Zorg (CIZ), dat onderzoekt of je in aanmerking komt voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Er vindt echter lang niet altijd een huisbezoek plaats en als er wel een face-to-face gesprek wordt gevoerd lukt het patiënten nog al eens om de situatie erger voor te doen dan die is. Ook zijn er gevallen bekend van corrupte CIZ-ambtenaren, die hielpen bij het verstrekken van valse indicaties.

## Zorgfraude nauwelijks beboet

Tot slot merkt het FD op dat er nauwelijks consequenties zijn bij wanbeleid. Er zijn veel instellingen die (veel) te laat zijn met het deponeren van hun jaarrekening, waarin staat aangegeven hoe het zorggeld is besteed. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft echter maar in een paar gevallen een boete opgelegd, die bovendien gemaximeerd is tot 10.000,- euro en voor veel zorginstellingen niet in verhouding staat tot hun jaaromzet van soms honderden miljoenen.

# Meer informatie

Wenst u meer informatie over:

- Het LOIS
- Door LOIS te geven thema(mid) dagen m.b.t. maatschappelijke ontwikkelingen zoals participatie, zorg en wonen.
- Thema(mid)dagen op verzoek over een door u gewenst onderwerp.
- Een bij ons beschikbare introductie-cursus voor startende seniorenraden.
- Verschenen nieuwsbrieven.
- Adviezen van seniorenraden.
- Links naar seniorenraden en relevante organisaties.

Bezoek dan onze website:

[www.loisweb.nl](http://www.loisweb.nl)

Daar vindt u ook ons jaarverslag 2016.

\* Concreet gaat het om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Bron: Financieel Dagblad



Stichting LOIS stelt zich ten doel ondersteuning te bieden aan alle adviesorganen en individuen, die gemeenten adviseren over ouderenbeleid. Daarnaast levert LOIS ondersteuning in de vorm van informatie over onderwerpen, die van belang zijn op het gebied van ouderenbeleid en het functioneren van die adviesorganen.