

Reactie van Branchevereniging Kleinschalige zorg (BVKZ) op *Internetconsultatie Discussienota Zorg voor de toekomst*

Over BVKZ

Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ) vertegenwoordigt ruim 350 leden; kleinschalige zorgaanbieders actief in o.a. ouderenzorg, wijkverpleging, gehandicaptenzorg en jeugdzorg. Onze leden bieden kleinschalige zorg wat zich vooral kenmerkt door de grote betrokkenheid van zorgverleners en ondernemers bij de cliënten om te zorgen voor goede professionele zorgverlening in een huiselijke setting.

De leden van BVKZ zijn vaak gestart vanuit persoonlijke ervaringen in de zorg als zorgverlener en/of als familielid, ouders of naasten. Deze persoonlijke ervaringen zijn de drive om een zorgorganisatie te starten, het anders te gaan doen waarbij de cliënt werkelijk centraal staat. Hiermee wordt bedoeld dat de cliënt gezien wordt als mens en dat er werkelijk geluisterd wordt naar de cliënt en het goede gesprek de basis is waarop de zorgverlening aansluit. Het levensverhaal van de cliënt komt niet alleen uit een zorgplan maar zorgverleners worden geacht te weten van iedere cliënt wat hun ondersteuningswensen zijn. De ondernemer kent de cliënten en zijn medewerkers persoonlijk en de lijnen binnen de organisatie zijn kort. De cliënten en hun familieleden/naasten hebben bewust gekozen om zorg te ontvangen van deze instellingen/ onze leden, juist door de professionele nabijheid. Meer over onze leden en onze vereniging kunt u vinden op www.bv kz.nl.

Reactie BVKZ

Preventie & Gezondheid

Een goede basis (bed, bad en brood) is de steunpilaar van de mens. Als deze basis onvoldoende geregeld is, kan er niet gebouwd of gestut worden en zal de zorginzet altijd hoger of langduriger zijn dan gewenst. Een goede samenhang en samenwerking tussen diverse sectoren rondom een ondersteuningsvraag (sociale problematiek) is dan essentieel (denk hierbij aan samenwerking tussen woningbouwcoöperaties, uitkeringsinstanties, arbeid reïntegratiebedrijven, schuldhulpverlening, bewindvoering, scholen en zorg). Nu heeft iedereen zijn eigen focus en doelen en wordt nog te weinig vanuit de zorgvrager gekeken naar de integrale problematiek en oplossingen. BVKZ is van mening dat ook de basis een belangrijk onderdeel is van preventie & gezondheid om toekomstige problematiek (duurdere zorg) te voorkomen of beperken. BVKZ onderschrijft het uitgangspunt dat helder moet zijn welke partijen verantwoordelijkheid hebben in preventie & gezondheid en dat dit uitgewerkt kan worden in een regionale visie en plan voor preventie & gezondheid.

De inzet op preventie & gezondheid zal de opbrengsten pas later in het leven van een burger zichtbaar maken. Dit betekent dat investeren in preventie & gezondheid een gezamenlijke verantwoordelijkheid is (inhoudelijk en financieel) van alle betrokken financiers van zorg en ondersteuning. Dit vraagt om een andere systematiek en financiering dan nu het geval is. Geen aparte schotten maar een gezamenlijk budget voor preventie & gezondheid. Zorgaanbieders kunnen geprikkeld worden tot innovatie door hiervoor beloond te worden zonder het gevaar te lopen dat dit tot korting op de budgetten leidt. Anders schiet een zorgaanbieder in zijn eigen voet en dat leidt niet tot innovatie en geeft verkeerde productieprikkelers.

Het faciliteren van mantelzorg en zelfhulp is een grote uitdaging. Een mantelzorger zal niet snel aan de bel trekken en gaat door tot het echt niet meer kan. Het stutten van een mantelzorger met eenvoudige procedures voor hulpmiddelen, inzet van ondersteuning en de mogelijkheid om een rustpauze te nemen, zullen de mantelzorger in zijn kracht houden. Nu lopen mantelzorgers tegen barrières aan waardoor ze toch maar weer op de oude voet doorgaan. Ook hier zit het knelpunt van investeren door de ene financierder (Wmo) met als resultaat beperking van de zorginzet bij een andere financierder (Zvw of Wlz). Dit vraagt aandacht voor de toekomst.

Populatiegerichte bekostiging vraagt om samenwerking tussen zorgaanbieders en onderlinge verdeling van het budget. Er is dan sprake van een kassier waar de leverende zorgaanbieders van afhankelijk zijn. Onze ervaring als vertegenwoordiger van kleinschalige zorgaanbieders is, dat deze constructie tot uitknippen van de kleinere zorgaanbieders leidt en te veel middelen blijven hangen aan de kassier en het systeem. Een werkende systematiek voor populatiegerichte bekostiging moet ook recht doen aan de diversiteit van zorgaanbieders.

Organisatie & Regie

Integrale samenwerking

Om goede zorgverlening mogelijk te maken, is integrale samenwerking essentieel. Met integrale zorg bedoelen we de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional. Dit vraagt naar onze mening om vertrouwen in de (collega) professionals. Herijking van de taakverdeling en verplaatsing van verantwoordelijkheden zijn tevens instrumenten om integrale samenwerking beter vorm te geven. Samen kunnen we de uitdaging aan zonder tegen schotten aan te hoeven lopen.

Daarnaast dient de zorgverlening en financiering op elkaar afgestemd te zijn. Dit vraagt om mogelijkheden voor domein overstijgende bekostiging en het kunnen op- en afschalen. Nu merken we dat vooral de financiële middelen leidend zijn bij de keuze of een cliënt wel of niet de juiste zorg krijgt.

Verder is BVKZ voorstander voor het regionaal organiseren van systeemfuncties zoals crisisopvang en nachtelijke beschikbaarheid om de toegang tot deze zorg beschikbaar en betaalbaar te houden. Deze functies zouden onzes inziens dan bekostigd moeten worden op basis van beschikbaarheid.

Regio

Het inzicht bieden in regiobeelden van de huidige en toekomstige zorgvraag biedt alle partijen veel handvatten en zal een doelmatige organisatie van zorg makkelijker maken. Voor het inregelen van een regionale aanpak en samenwerking is het van belang om alle betrokken zorgpartijen een rol te laten vervullen. Ook hier constateren wij dat met de corona de ROAZ een prominente rol speelt en dat bij de RONAZ alleen grote partijen betrokken worden terwijl het zorglandschap veel diverser is. Als er een beweging gemaakt wordt naar regionale samenwerking dan dient vertegenwoordiging van het hele zorglandschap betrokken te zijn waaronder de kleinschalige zorgaanbieders.

Tijdelijk verblijf

Veel ouderen wonen zo lang mogelijk thuis. Echter als het een keer mis gaat, biedt het opgebouwde netwerk geen oplossing en is deze oudere in een crisissituatie gedwongen een beroep te doen op de spoedeisende hulp. Dit is niet altijd nodig en een tijdelijk verblijf kan

uitkomst bieden. Tijdelijk verblijf wordt gefinancierd vanuit Wmo of Zvw afhankelijk van het soort verblijf. De bekostiging van tijdelijk verblijf is nu gericht op de bezetting van 'het bed'. Als er geen cliënt is, dan is er geen vergoeding. Dit betekent in de praktijk dat een zorgaanbieder kritisch gaat kijken naar optimale bezetting van 'het bed'. Daarmee kan de zorgaanbieder de keuze maken om een andere zorgvrager (niet gefinancierd op basis van tijdelijk verblijf) op te nemen aangezien een leeg bed niets opbrengt. Als er dan sprake is van een crisissituatie dan zijn er onvoldoende bedden beschikbaar.

BVKZ pleit daarom voor een andere bekostigingssystematiek voor tijdelijk verblijf. Wij stellen ons voor dat voor de beschikbaarheid van het bed een vergoeding wordt gegeven en als er gebruik van het bed wordt gemaakt, ook de zorgverlening wordt vergoed. Door de beschikbaarheid te vergoeden, zullen er meer bedden beschikbaar zijn. Natuurlijk vraagt dit helder en uniform beleid van gemeenten en verzekeraars en regie vanuit één schakelpunt dat de zorgvraag verdeelt.

Samenwerking binnen de wijkverpleging

In 2011 is meer keuzemogelijkheid en keuzevrijheid voor cliënten gecreëerd omdat er sprake was van een beperkt aantal zorgorganisaties waar cliënten uit konden kiezen. Dit was de eerste stap naar gereguleerde marktwerking. Vervolgens heeft de cliënt zelf 'met de voeten gestemd' door juist te kiezen voor nieuwe aanbieders die meer aandacht voor de cliënten hadden, waarbij "de cliënt niet een nummer was in de route en ze maar blij moesten zijn dat er iemand langs kwam". De meeste nieuwe aanbieders zorgen voor een tegenwicht waarbij de cliënt zorg kan ontvangen passend bij zijn levensstijl en op de tijdstippen die de cliënt zelf wenst.

Samenwerking tussen wijkverpleegkundige zorg, huisartsenzorg en het sociaal domein als een netwerk rondom de cliënt is belangrijk. BVKZ kan dit alleen maar onderschrijven. Samenwerking sturen met het inrichten van wijkteams van slechts enkele aanbieders is niet de oplossing. We hebben met elkaar ervaren dat, bij de vorming van de ketens dementie, de grote aanbieders in de lead waren en kleine zorgaanbieders niet mochten toetreden c.q. een aanzienlijk bedrag moesten inleggen om deel te mogen nemen aan de ketens. Ook kennen we de signalen dat de grote aanbieders een schakelverpleegkundige mocht afvaardigen in de sociale wijkteams (zogenoemde S1 verpleegkundigen) waarmee de verwijzing vanuit het sociale wijkteam voor de cliënt in het overgrote deel terecht kwam bij de aanbieders die de schakelverpleegkundigen hadden afgevaardigd. Zo ook de ervaringen met de transferverpleegkundigen in de ziekenhuizen die gedetacheerd waren vanuit grote thuiszorgorganisaties.

De ontwikkeling naar één wijkteam (en daarmee één zorgaanbieder) beperkt onzes inziens echter de keuzevrijheid van de cliënten. Daarnaast wordt een sterke afhankelijkheid gecreëerd van deze zorgaanbieder wat het speelveld onevenwichtig maakt.

Deze geschiedenis willen we niet nogmaals laten herhalen bij de totstandkoming van integrale wijkteams. Wil samenwerking in de wijk effectief zijn, dan moet gekozen worden voor een model waar alle zorgaanbieders de mogelijkheid om onderdeel te zijn van een integraal wijkteam.

De commissie Toekomst Zorg thuiswonende ouderen adviseert om in de wijkverpleging een kanteling te maken en met een beperkt aantal aanbieders contracten te sluiten. Naar de mening van de commissie zou het aantal aanbieders van wijkverpleging beperkt moeten blijven tot niet veel meer dan twee aanbieders per wijk. Dit advies zal naar onze mening veel schade gaan veroorzaken. Het beperken van het aantal aanbieders tot twee per wijk, zal een grote afhankelijkheid van de verzekeraar ten opzichte van deze aanbieder met zich mee brengen. Als de kwaliteit van zorg onder de maat is, is er geen alternatief voor de verzekerde en de verzekeraar

om een andere aanbieder te contracteren (die zijn er dan namelijk niet meer), blijft dit 'sudder'. Dit is zeer onwenselijk voor de verzekerden.

Daarnaast zal dit advies een beperkende werking hebben op de oproep om meer geclusterde en collectieve woonvormen met zorg te laten bouwen. Het zijn juist de (nieuwe) zorgondernemers die investeren in de wooninitiatieven en daar ook zelf de wijkverpleging willen leveren.

Zorg leveren aan een bewoner vindt altijd plaats in het zorgnetwerk in afstemming met andere zorgverleners. De focus zou daarom moeten liggen op het ondersteunen en faciliteren van de samenwerking in plaats van het verminderen van het aantal zorgaanbieders.

Ouderenzorg

De ouderenzorg voor de toekomst is een ouderenzorg die allereerst investeert in het vermogen van mensen om te leven zoals voor henzelf, gegeven hun mogelijkheden, passend is. Een ouderenzorg die de verantwoordelijkheid van ouderen voor de wijze waarop zij wonen, hun sociale contacten onderhouden en hun welzijn en gezondheid op peil houden, ondersteunt en zo nodig activeert, naar niet overneemt, en die zeker problemen niet bij voorbaat medicaliseert. Zo omschrijft commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen het nieuwe denken op ouderenzorg. BVKZ kan daar alleen maar achter staan. Elke oudere krijgt maatwerk geleverd en voeren zelf zo lang en zoveel mogelijk de regie. Ouderen die daartoe niet meer in staat zijn, kunnen tijdig terecht in een andere, ondersteunende en beschermende omgeving, waarin nog steeds hun persoonlijke behoeften centraal staan. Dit sluit naadloos aan bij de visie en uitgangspunten van onze branchevereniging en de invulling van zorgverlening door onze leden.

Nieuwe woonvormen, tussen het aloude eigen huis en het verpleeghuis in, kunnen een oplossing bieden. Daar is de laatste jaren gehoor aan gegeven. Vele zorgondernemers hebben kleinschalige wooninitiatieven opgericht passend bij de uitgangspunten eigen regie, persoonlijke zorg en individuele aandacht voor de bewoners met een (beperkte) zorgvraag. Gezien de demografische ontwikkelingen en het gegeven dat de verzorgingshuizen verdwenen zijn, zal de vraag naar geschikte woonmogelijkheden alleen nog maar groter worden. Kleinschalige wooninitiatieven kunnen het 'gat' tussen thuis en het verpleeghuis dichten. Het stimuleren van geclusterde en collectieve woonvormen waarin ouderen gezamenlijk wonen en elkaar kunnen ondersteunen (eventueel met ondersteuning van verschillende generaties) kan in de leemte voorzien. Er zijn zeker zorgondernemers die dit op willen pakken en toekomst gericht willen (laten) bouwen. Er dient echter voor deze initiatiefnemers wel perspectief geboden te worden. Het zijn langdurige (investerings)trajecten waar het kabinetsbeleid en de financiering op afgestemd moet worden. Het moet voor deze (nieuwe) zorgondernemers mogelijk zijn de (zorg)markt te betreden en voor langere termijn afspraken te maken met o.a. financiers van zorg.

Bekostiging ouderenzorg

Daarnaast moet het voor de oudere bewoners duidelijk zijn hoe zij de zorg gefinancierd krijgen. De huidige overgangen tussen de diverse wetten werken vaak belemmerend. Het pleidooi voor vereenvoudiging van het zorgstelsel met samenwerking waar mogelijk, kan daarvoor een oplossing bieden. Laat het zorgsysteem aansluiten bij het leven (de levensreis) van de zorgvragers in plaats van de zorg te laten aansluiten bij de criteria van de huidige wetgeving.

In het consultatiedocument geeft het ministerie VWS het advies om de zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen uit de Wlz te halen en over te hevelen naar de Zvw. Daarbij zouden de leveringsvormen VPT, MPT en PGB op grond van de Wlz voor deze doelgroep ophouden te bestaan. Wij onderschrijven dit advies niet. Het overhevelen van bijvoorbeeld de geclusterde Wlz zorg naar de Zvw betekent dat de zorgaanbieder met alle verzekeraars een contract moet gaan

sluiten voor slechts enkele bewoners per verzekeraar. Dit levert een enorme administratieve last op.

De Zvw en daarmee de rol van de verzekeraars is in de kern herstelgerichte zorg. Het doel van de verzekeraars is altijd beperking van de zorgvraag en daarmee zorgkosten. Het is een gegeven dat de zorgvraag bij ouderen op den duur toeneemt. Op herstelgerichte afspraken komen daarmee de benodigde zorg en kwaliteit van de zorg niet ten goede. Dit hebben we reeds als aanbieders kunnen ervaren bij cliënten in de Zvw met een zwaardere zorgvraag. Als de gemiddelde zorginzet meer dan 12 uur per week is, wordt een aanbieder door de verzekeraar min of meer gedwongen de cliënt richting de Wlz te duwen. Het gaat daarbij dan niet meer om kwaliteit van zorg maar de kosten worden daarbij voorliggend. Dit zouden we een zeer ongewenste ontwikkeling vinden.

Wij zien de oplossing meer in een knip. De wijkverpleging vanuit de Zvw ook voor de zwaardere zorg voor ouderen die individueel thuis wonen en een specifieke leveringsvorm voor geclusterde en collectieve woonvormen binnen de Wlz die recht blijft doen aan de regie van de cliënt zoals ook de basisprincipes van het PGB zijn. Deze specifieke leveringsvorm is dan gericht op geclusterde zorg waarbij de bewoners zelf betalen voor de woning en services. Dus een vorm tussen MPT en VPT in waarmee scheiden wonen en zorg in stand blijft.

We zien in de praktijk dat ook verpleeghuiszorg in de zwaardere vorm geleverd wordt in geclusterde en collectieve woonvormen. Met een specifieke leveringsvorm in de Wlz heeft de bewoner geen last van overgangen in wetgeving en financiering als de zorgvraag gedurende het verblijf toeneemt. Het sluit daarbij aan bij de levensreis van de zorgvrager. Deze specifieke leveringsvorm dient zowel voor bestaande als nieuwe zorgaanbieders toegankelijk te zijn waarmee de doelstelling voor toename van deze woonvormen ook gerealiseerd kan worden.

De eigen bijdrage zou moeten meebewegen met de levensreis van de zorgvrager. Geen beperkingen of belemmeringen geven die een soepele overgang tegenhoudt. De juiste zorg op de juiste plek moet het uitgangspunt zijn.

On-gecontracteerde zorg

Het voorstel om artikel 13 uit de Zvw te schrappen doet geen recht aan de keuzemogelijkheid van cliënten om zorg van een zorgaanbieder te ontvangen die werkelijk oog heeft voor de individuele zorgvraag. Het feit dat er zorgaanbieders bestaan die on-gecontracteerde zorg bieden, is omdat de cliënt hiervoor kiest. Het uitgangspunt zou moeten zijn dat een zorgverzekeraar deze aanbieders, als ze voldoen aan de voorwaarden, gewoon een contract geeft. Daarmee behouden we de beschikbare zorgcapaciteit die we zo hard nodig hebben en zijn de zorgaanbieders in beeld. Door de huidige rigide houding van verzekeraars wordt gekozen voor on-gecontracteerde zorg. De zorgverleners werkzaam bij deze zorgaanbieders stappen niet zomaar over naar de gecontracteerde aanbieders maar verdwijnen dan uit de sector. Dit levert een groot gemis aan handen op die noodzakelijk zijn om de toekomstige zorgvraag aan te kunnen, zeker in de wijkverpleging.

Toezicht op kwaliteit

Goede kwaliteit van zorg is de basis. Dat hier toezicht op gehouden moet worden, vinden we als BVKZ logisch. We zien echter aan de ene kant de behoefte aan vermindering van administratieve lasten terwijl aan de andere kant de behoefte aan beschikbare data en informatie toeneemt. Het ontwikkelen van meer kwaliteitsnormen zal meer administratie met zich mee brengen wat de

werkdruk zal verhogen en het werkplezier van de zorgprofessionals zal verminderen. BVKZ doet een dringend appèl om geen kerstboom te ontwikkelen aan indicatoren waarmee zorgprofessionals (extra) belast worden. Beperk het aantal indicatoren en kies voor de 'need to know' en niet voor 'nice to know' insteek.

Innovatie

We zien een grote uitdaging voor de toekomst. Hoe zorgen we ervoor dat we de zorgvraag aan kunnen met de beschikbare arbeidscapaciteit. Het prikkelen van bestaande aanbieders met de innovatie van nieuwe aanbieders geeft een stimulans tot verandering en leren. De toetreding van nieuwe aanbieders is daarvoor essentieel. Dat zet de sector in beweging.

Vernieuwing en werkplezier

Werkplezier

Ondanks alle inspanningen om de werkdruk en de administratieve lasten te verminderen, lukt het de sector nog niet om tot werkelijke reductie te komen. Waar aan de ene kant minder geregistreerd hoeft te worden, wordt door een andere partij weer nieuwe meetindicatoren verlangd. Daarmee blijft een groot deel van de beschikbare arbeidscapaciteit besteed worden aan administratie. Administratie en registratie wordt vaak vanuit wantrouwen opgezet, vaak vanuit beschikbare indicaties en financiële kaders in plaats vanuit de inhoud. Doen de professionals het werk wat ze moeten doen? Laten we het vertrouwen aan onze professionals geven. Zij weten wat nodig is om de juiste zorg op de juiste plek door de juiste persoon te laten geven. Dit geeft de professional vertrouwen en autonomie waarmee het vak weer positief ervaren wordt.

Deskundigheid

Als we de sector willen veranderen, moeten we zeker ook het onderwijs hierin meenemen. Zij leiden onze toekomstige professionals op en geven voeding aan de jongeren om voor de zorg te kiezen. We merken nu dat zorg en onderwijs ook nog met schotten werken. De ontwikkelingen en vernieuwing in de zorgsector dient direct meegenomen te worden in het onderwijs zodat studenten meebewegen met deze ontwikkelingen. Ook ervaringsdeskundigen en zij-instromers die graag iets willen betekenen voor de sector moeten nu een langdurig traject doorlopen en haken daardoor af. We moeten zoeken naar een vorm van scholing/ deskundigheidsbevordering met grote flexibiliteit passend bij de lerende en werkende zorgverlener.

Regionale capaciteit

BVKZ merkt de laatste jaren dat de werkdruk en de krapte op de arbeidsmarkt, van huisartsen, Artsen Verstandelijk Gehandicapten en Specialisten ouderengeneeskunde, een probleem is in enkele regio's en mogelijk gaat worden in het gehele land. Ouderen blijven steeds langer thuis wonen waarbij ze, als het echt thuis niet meer kan, in kleinschalige wooninitiatieven gaan wonen. Deze kleinschalige wooninitiatieven vervullen een behoefte van een grote groep zorgbehoevende ouderen en zijn niet meer weg te denken in deze samenleving. Hetzelfde geldt voor de kleinschalige wooninitiatieven voor mensen met een beperking. Vaak gesitueerd in een woonwijk waarmee ze onderdeel zijn van de wijk. Deze kleinschalige wooninitiatieven hebben geen specialisten in dienst gezien hun omvang en worden daarmee gedwongen gebruik te maken van de beschikbare capaciteit in de regio. Dit blijkt problemen op te leveren. De huisarts heeft al voldoende thuiswonende patiënten en is van mening dat de bewoners van kleinschalige wooninitiatieven door een specialist ouderengeneeskunde of AVG-arts geholpen moeten worden.

Om de toegankelijkheid van medische zorg ook in de toekomst te borgen, is naar de mening van BVKZ een ander model noodzakelijk.

Huisartsen, AVG-artsen en Specialisten ouderengeneeskunde zouden nauw met elkaar kunnen gaan samenwerken in de vorm van een artsenpraktijk. Huisartsen, AVG-artsen en Specialisten ouderengeneeskunde zijn daarmee samen verantwoordelijk voor de mensen met een beperking en de ouderen in de regio. AVG-artsen en specialisten ouderengeneeskunde werken daarmee niet meer voor een zorgaanbieder maar zetten hun capaciteit in voor de hele regio. Met deze samenvoeging komt er beschikbaarheid van artsen in de hele regio en kan toekomstige arbeidsmarktkrapte beperkt worden.

Voor de acute zorg in de ANW-uren dient er een nauwe samenwerking gezocht te worden met de huisartsposten/spoedposten zodat ook in nood deze artsen beschikbaar zijn.

Het voordeel van dit model is dat de arts van de thuiswonende zorgvrager meebeweegt met de cliënt ook als deze naar een woonvoorziening of intramuraal verpleeghuis gaat verhuizen.

Daarmee blijft de relatie tussen de cliënt en arts bestaan en is er sprake van soepele overgangen.

Taakherschikking

Tevens is het belangrijk, gezien de ontwikkelingen in de toekomst, te kijken of taakherschikking tot een betere afstemming op de zorgvraag kan leiden en de beschikbare capaciteit van de zorgprofessionals beter tot zijn recht kan komen. Taakherschikking kan ook nieuwe loopbanen creëren wat ontwikkeling van de professional in zijn functie aantrekkelijker maakt en waarmee deze professionals behouden blijven voor de sector.

Digitalisering

Digitale zorg wordt steeds belangrijker maar ook steeds gewoner. Het is zeker een ontwikkeling die we nodig hebben om de toekomstige zorgvraag aan te kunnen. Het faciliteren van deze digitale zorg is daarbij belangrijk. Dit proces vraagt aandacht, inspanning, financiën en tijd van de cliënten, professionals en de organisatie. Het is een transformatie in het zorgproces. Biedt zorgorganisaties de handvatten om deze transformatie vorm te geven, in te richten en te implementeren in tijd en financiën. Een transitievergoeding zou hierbij passend zijn.

Voor meer informatie kan contact worden opgenomen met de directie van BVKZ Mark van Barschot via telefoonnummer 0162-696060 of info@bv kz.nl.