

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Oosterhout, 14 april 2015

Kenmerk: HB/LH/150414

Betreft: Bestuurlijke consultatie afwegingskader toegang WLZ

Geachte mevrouw van der Veen - Helder,

Aanleiding

Met ingang van 1 januari 2015 is de Wet Langdurige Zorg in werking getreden. Met de invoering van deze wet is ook noodzakelijk gebleken om een passend afwegingskader te formuleren om de toegang tot de WLZ te kunnen bepalen. Op basis van de eerdere bijeenkomsten en uw consultatieverzoek geven wij hieronder onze reactie op het voorgestelde afwegingskader weer.

Visie BTN

BTN ondersteunt de ontwikkeling dat zorg steeds meer in de eigen omgeving van de cliënt wordt ingevuld. Hierbij is BTN van mening dat verpleeghuiszorg ook zoveel als mogelijk thuis geboden kan, en dient, te worden. Als de zorg dusdanig zwaar wordt dat de grenzen hierin bereikt zijn, is het van groot belang dat er passende mogelijkheden zijn waar mensen deze zware zorg kunnen ontvangen.

De voorkeur van de cliënt dient leidend te zijn bij de vraag waar, en op welke manier, men zorgt ontvangt. Hierbij moet de financiering of een eventuele overgang tussen de verschillende domeinen geen belemmering vormen.

Hoewel geen direct onderdeel van deze consultatie, omdat het om een bepaling in de wetstekst gaat, wil BTN toch benadrukken dat de sociale omgeving en context van een cliënt erg belangrijk is. Op dit moment wordt de omgeving en eventuele aanwezigheid van mantelzorg wel meegenomen binnen de Wmo en Zvw, maar blijft dit buiten beschouwing in de afweging of WLZ zorg aan de orde is. Zoals in het onderzoek ook aangegeven hebben CIZ onderzoekers behoefte aan meer uitleg over hoe mantelzorg moet worden meegenomen en wat zij in hun afweging mee moeten nemen vanuit andere domeinen. Dit leidt in de praktijk op dit moment tot afschuif gedrag tussen de domeinen omdat men niet precies weet wat voorliggend is en wat niet. Van groot belang is dat dit in de praktijk goed wordt gemonitord en waar mogelijk verder verhelderd.

Wat betreft de WLZ is BTN daarom erg blij met de mogelijkheden van een VPT en MPT. Dit geeft cliënten de ruimte om, ondanks dat zij op WLZ zorg zijn aangewezen, deze zorg zelf in te vullen op een manier die bij zijn/haar specifieke situatie past.

Omdat de Wet Langdurige Zorg nieuw is binnen het Nederlandse zorgstelsel acht BTN het van groot belang dat voor de verdere ontwikkelingen van zowel de zorgprofielen als dit afwegingskader, ervaringen uit de praktijk goed worden meegenomen. Op basis van de praktijkervaring van cliënten, zorgaanbieders maar ook het CIZ kan het afwegingskader verder geoptimaliseerd worden zodat het voldoet aan de vraag uit het veld. Dit maakt ook dat BTN er voor pleit dat het afwegingskader zoals nu voorligt voldoende ruimte moet bieden voor maatwerk en afwijken indien wenselijk voor een specifieke situatie. Hierbij kunnen zorgaanbieders een belangrijke rol spelen omdat zij dicht bij de cliënt staan en een goed beeld hebben van de zorgvraag.

Consultatievragen

Als geheel kan BTN zich goed vinden in het voorgestelde afwegingskader WLZ. Het afwegingskader lijkt een goede uitwerking van de huidige wetstekst. Zoals eerder aangegeven acht BTN het wel van groot belang dat tussentijdse toetsing plaats vindt en ervaring uit de praktijk wordt meegenomen. Omdat het een nieuwe wet betreft zijn er weinig referentiekaders uit het verleden of uit andere domeinen. De Permanentieschaal van het VAPH sluit in grote mate aan maar is ook niet geheel passend op specifieke details. In het proces van optimalisering van het kader ziet BTN een belangrijke rol voor het veld, de cliënten en zorgaanbieders.

Hieronder geeft BTN een reactie op de specifiek gestelde consultatievragen:

Bent u het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is?

Ja, BTN ziet het afwegingskader als een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria. Hierbij stelt BTN wel vragen bij het feit dat hierbij de sociale context en omgeving van de cliënt niet wordt meegenomen terwijl dit binnen de andere domeinen wel het geval is.

Zijn de genoemde maatregelen voldoende om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren? Wat kan hier eventueel nog aan bijdragen?

Tijdens de ontwikkeling van het afwegingskader is een beperkt aantal cliënten, namelijk 139, geselecteerd om dubbel te worden gescoord. Daarbij is de uitkomende score van vergelijkbaarheid beperkt gebleven. Dit betekent dat er mogelijk nog veel verschillende interpretaties van het afwegingskader zullen plaatsvinden. Om dit tot een minimum te beperken worden frequente casuïstiekbesprekingen, intervisie en intercollegiale toetsing/review voorgesteld. BTN vraagt zich af hoe dit er in de praktijk uit zal zien, en of dit ook betekent dat cliënten, dan wel zorgaanbieders, mogelijk dubbel zullen worden bevraagd? BTN ziet het gesprek met cliënt, omgeving of zorgaanbieder namelijk wel als belangrijk onderdeel om te komen tot een passende afweging. Dit maakt in sommige gevallen dat een andere afweging wordt gemaakt dan op basis van de beschikbare, feitelijk informatie zou worden gemaakt.

Bent u het eens met de interpretatie van het begrip 'blijvend' zoals beschreven?

Ziet u daarbij risico's op ongewenste instroom van de WLZ?

BTN acht het goed dat er bij de term 'blijvend' gekeken wordt naar een situatie waarvan kan worden gesteld dat de situatie niet binnen afzienbare tijd verandert. In sommige gevallen is niet altijd duidelijk te stellen dat de situatie blijvend is maar is intensieve WLZ zorg wel op zijn plaats. Hiermee kan dan ook worden voorkomen dat mensen uiteindelijk meer of langduriger zorg nodig hebben.

BTN voorziet hiermee geen risico's op ongewenste instroom in de WLZ. Op dit moment zitten we in een transformatieproces waarbij alle partijen meer gaan kijken naar de zelfredzaamheid van cliënten en burgers. Zorgaanbieders evalueren de zorg voor een cliënt in een continu proces, in overleg met de cliënt. Op het moment dat hieruit blijkt dat de zorgvraag is afgenomen, of de cliënt meer zelfredzaam is geworden zal de zorgindicatie hier ook op worden bijgesteld.

Bent u het eens met de suggestie de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' te verduidelijken door strikter aan te sluiten bij de tekst in de Memorie van Toelichting van de wet?

Wat BTN betreft volstaat de beschrijving van wat '24 uur per dag in de nabijheid' is zoals beschreven in het afwegingskader. Inhoudelijk komt dit overeen met wat in de Memorie van Toelichting van de wet is beschreven. Om misverstanden te voorkomen zou deze tekst meer letterlijk kunnen worden overgenomen maar onzes inziens leidt de huidige beschrijving niet tot een bredere toegang tot de WLZ. Daarbij geldt ook hier dat BTN van mening is dat er sprake moet kunnen zijn van maatwerk, afhankelijk van de specifieke cliëntsituatie. Uiteraard altijd binnen het kader van de wet.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. BTN blijft graag betrokken bij het verdere proces van ontwikkeling van de zorgprofielen en optimalisering van het afwegingskader WLZ.

Indien u vragen heeft over deze reactie, kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,
Namens BTN



Drs. H. Buijning
Bestuurder a.i.