

Inbreng MEE ten behoeve van internetconsultatie domeinoverstijgende samenwerking

In het ter consultatie voorgelegde wetsvoorstel en Memorie van Toelichting (MvT) staat domeinoverstijgende samenwerking centraal.

De voorliggende wetswijziging voorziet in een mogelijkheid dat ook zorgkantoren kunnen bijdragen aan gezamenlijke, preventieve maatregelen, die ervoor zorgen dat zwaardere zorg kan worden uitgesteld of voorkomen. Deze mogelijkheid biedt meer kansen om in de praktijk tot samenwerking te komen tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoren. Met de wettekst en MvT:

- wordt domeinoverstijgende samenwerking tussen de inkopende partijen vanuit de verschillende langdurige zorgwetten gestimuleerd, doordat er voor zorgkantoren financiële ruimte komt om afspraken over de zorgdomeinen heen te maken.
- Daarnaast maakt het wetsvoorstel mogelijk dat zorgaanbieders een extra vergoeding voor maatwerkoplossingen kunnen afspreken.

We staan positief tegenover het voorgestelde wetsvoorstel. Dit is een stap in de goede richting. Tegelijkertijd betreuren we de beperkte reikwijdte van het wetsvoorstel.

Voor een zo goed mogelijke invoering van domeinoverstijgende samenwerking, geven we de volgende vier aandachtspunten mee:

1. Rol onafhankelijke cliëntondersteuning

De onafhankelijke positie van cliëntondersteuning is verankerd in de wet en handelt in het belang van en staat naast de cliënt. Om onze cliënten goed te kunnen helpen, is het daarom belangrijk om iemand domeinoverstijgend te kunnen ondersteunen, vanuit het perspectief van de cliënt en los van de belangen van zorgaanbieders en financiers. Benoem de rol van de onafhankelijke cliëntondersteuning expliciet in de MvT en betrek OCO-partijen bij de implementatie van het wetsvoorstel.

2. Doelgroepen

We hebben de indruk dat de wetgever bij deze wijziging met name oog heeft voor de ouderenzorg. Dit is begrijpelijk, omdat in de V&V-sector veel budget omgaat en er met de vergrijzing sprake is van steeds toenemende zorgkosten. Tegelijkertijd willen we benadrukken dat het wetsvoorstel van toepassing is op alle doelgroepen.

3. Criteria en werkproces

Domeinoverstijgende samenwerking suggereert ons inziens meer dan zorgkantoren die kunnen gaan investeren in preventie vanuit de Wlz. Ook gemeenten zouden meer mogelijkheden moeten krijgen om te investeren in preventie, zelfregie en meer integrale zorg en ondersteuning voor onze cliënten.

4. Financieel kader

Onafhankelijke cliëntondersteuning heeft een spilfunctie binnen domeinoverstijgende samenwerking en preventie. Het belang van cliëntondersteuning wordt door het wetsvoorstel groter. In het wetsvoorstel staat niet duidelijk wat de verschuiving van middelen precies inhoudt. Ook zijn er een aantal knelpunten die nu niet worden opgelost.

We pleiten er voor om oog te hebben voor de bedoeling: maatwerkoplossingen, zodat cliënten niet onnodig de dupe worden van de schotten. We vragen dan ook ervoor te waken om in de aanpassingen van de wettekst de nadruk te leggen op financiën en doelmatig- en rechtmatigheid.

Wij zien graag een uitwerking van deze vier aandachtspunten in het wetsvoorstel terug. Deze aandachtspunten lichten wij nader toe. Wij denken dat deze concreetheid bijdraagt aan een succesvolle invoering.

1. Rol onafhankelijke cliëntondersteuning

Uit onze signaleringsrapportages over cliëntondersteuning weten we dat de huidige wetgeving een grote belemmering vormt, waardoor domeinoverstijgende samenwerking voor onze cliënten in de praktijk verhinderd wordt. Een vraag naar hulp of ondersteuning houdt zich niet netjes aan de schotten tussen wetten of uitvoerders. Domeinoverstijgende samenwerking is dan ook onlosmakelijk verbonden met onafhankelijke cliëntondersteuning. Onafhankelijke cliëntondersteuners hebben kennis van de verschillende domeinen en wetten en weten uit de praktijk waar cliënten op vastlopen. Zij hebben kennis over de toegang tot voorzieningen en ketensamenwerking en zijn onafhankelijk.

De onafhankelijke cliëntondersteuning wordt in het MVT in verband met verschuivingen in de financiële kaders genoemd. Doordat onafhankelijke cliëntondersteuners te maken hebben met alle zorgdomeinen, is er goed zicht op de knelpunten die er zijn en weten ze ook, vanwege hun regionale inzet, goed wat er in een regio speelt. Hierdoor is het van groot belang om OCO-partijen te betrekken bij het ontplooiën van gezamenlijke initiatieven van gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoren.

Voor cliënten zelf, hun naasten en netwerk is de regelgeving en wat er mogelijk is ten aanzien van zorg, ondersteuning en voorzieningen vanuit de verschillende domeinen, complex. Zelf de weg hierin vinden is niet eenvoudig en zorgt in situaties regelmatig voor het 'kastje naar de muur' effect. Dit levert niet zelden duurdere zorg op. Een onafhankelijk cliëntondersteuner is deskundig op alle zorgdomeinen, inclusief de Wlz. In de praktijk zien we dat niet elke gemeente een OCO heeft ingekocht, die óók deskundig is op het gebied van de Wlz. Sommige gemeenten hebben alleen vrijwilligers die OCO bieden, of een aanpalende welzijnsorganisatie die OCO biedt. Voor eenvoudige vragen kan dit voldoende zijn. Echter, de OCO die bekend is met de Wlz en domeinoverstijgend mee kan denken, kan hierdoor niet betrokken worden bij de complexe casuïstiek waar we hierover praten.

Advies: Neem de rol, taak en financiering van de OCO, die domeinoverstijgend werkt, mee in dit wetsvoorstel, opdat het mogelijk is direct een deskundige OCO te betrekken.

We constateren ook dat zorgdomeinen niet altijd goed van elkaar weten waar de mogelijkheden en onmogelijkheden liggen. Onafhankelijke cliëntondersteuners zijn hier goed van op de hoogte, kunnen partijen bij elkaar brengen en meer out of the box, vanuit mogelijkheden, naar de situatie kijken. Ook heeft OCO bij complexe casuïstiek goed in beeld, of kunnen ze goed in beeld brengen, wat er nodig is voor een specifieke cliënt of cliëntgroep. Bovendien is de OCO onafhankelijk en los van financieringsstromen en invloed hierop.

Advies: Geef de OCO, die ook deskundig is op het gebied van Wlz en vanuit de Wlz gefinancierd wordt, de rol om in dergelijke situaties 'vinger aan de pols' te kunnen houden. Ook als er nog geen Wlz-indicatie is. Dit 'vinger-aan-de-pols-contact' kan voor zowel de cliënt als de naasten een grote steun én noodzaak zijn, zoals ook uit de diverse pilots blijkt. Hierdoor kan onder andere tijdig worden gesignaleerd of er andere zorg nodig is (bijvoorbeeld op- of afschaling van zorg) waardoor situaties minder snel uit de hand lopen, wat vaak weer duurdere zorg vraagt. Dit als onderdeel van de preventieve maatregelen.

2. Doelgroepen

De voorbeelden die gegeven worden op pagina 6, zijn (ondanks dat aangegeven wordt dat deze voorbeelden niet limitatief zijn) vanuit MEE niet goed herkenbaar als het gaat om de ervaren problematiek waar we vaak tegenaan lopen. We denken hierbij aan logeeropvang, LVB en dementie,

LVB en gedragsproblematiek en nog thuiswonende (L)VB met overbelaste mantelzorgers, die niet te plaatsen zijn vanwege diverse redenen. De voorbeelden sluiten ons inziens ook niet goed aan bij de projecten die eerder genoemd worden in de MvT, zoals 'volwaardig leven'.

We merken vanuit MEE dat dit grijze gebied, waarbij mensen tussen de zorgdomeinen in vallen, toegepast kan worden op alle doelgroepen. We benadrukken hierbij de (L)VB-doelgroep en de GGZ-doelgroep (die ten tijde van het nemen van het initiatief van deze wettekst nog niet tot de Wlz-doelgroep behoorden) en de combinatie van GGZ en (L)VB-problematiek.

Advies: We adviseren daarom ook voorbeelden toe te voegen die over de (L)VB en GGZ-doelgroep gaan. Indien gewenst kunnen we die aanleveren. Daarnaast vragen we aandacht voor de burgers met een niet-westerse migratieachtergrond en complexe situaties. Dit vraagt veelal ook specifieke kennis en kunde en bijvoorbeeld het inschakelen van een tolk.

Ook puzzelen de voorbeelden die genoemd worden op pagina 6 van het MvT ons. Sommige voorbeelden doen ons meer denken aan de specifieke taken van een wijkteammedewerker, zoals het betrekken van het netwerk, vrijwilligers, voorliggend veld, collectief voorliggende voorzieningen, etc. We maken ons zorgen, omdat het geschetste beeld van de problematiek onvolledig en onnodig is en voor verwarring kan zorgen.

Advies: voorbeelden die duidelijk maken wat de taak vanuit de Wmo (gemeenten) en/of Zvw is en welke ondersteuning of zorg dan ontbreekt vanuit de Wlz, waardoor iets niet van de grond komt voor die specifieke cliënt. Indien gewenst kunnen we een voorbeeld leveren.

We zien steeds vaker dat gemeenten hun cliëntenbestand screenen op 'hoeveelheid budget dat ingezet wordt per inwoner'. Vanuit die screening worden burgers gesommeerd een Wlz-aanvraag te doen, in veel situaties met flinke druk, zoals 'anders verloopt uw Wmo-indicatie'. Hierin ligt de nadruk meer op 'voorliggendheid van de Wlz', dan kijken naar wat deze cliënt en naasten/mantelzorg, nodig heeft aan passende zorg om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen, indien dit veilig en verantwoord is.

Advies: neem gemeenten en zorgverzekeraars goed mee in de communicatie over dit wetsvoorstel om 'over de schutting gooien' te beteugelen en te voorkomen.

In de MvT van de Wlz (pag. 16 en 59) wordt aangegeven dat het mogelijk moet zijn om met zorg vanuit Wmo en Zvw thuis te blijven wonen, ondanks het mogelijke recht op Wlz-zorg. In deze situaties is er, ondanks een zware zorgbehoefte, een beperkte ondersteuningsvraag en wordt er veel mantelzorg geboden. Als deze wens er is, zou er vanuit het CIZ aangestuurd moeten worden op een gesprek met de cliënt, gemeente, zorgverzekeraar en het CIZ, om te onderzoeken wat de meest passende zorg in die specifieke situatie is. In de praktijk blijkt dat dit weinig gebeurt. Door gemeenten en Zvw wordt ervaren dat zij 'opdraaien' voor de kosten, maar niet iets terugzien voor de besparing die dit oplevert, omdat een Wlz-indicatie is uitgesteld/voorkomen. Door dit wetsvoorstel kan ook het zorgkantoor betrokken worden bij deze situaties en in de financiering van projecten, om mensen langer thuis te kunnen laten wonen. Zo dragen alle zorgdomeinen bij.

Vraag: We zijn benieuwd welke concrete voorbeelden in die situaties bedacht kunnen worden, waardoor deze problematiek/knelpunt opgelost kan worden. Tegelijkertijd vragen we af of dit wetsvoorstel daadwerkelijk in de volle breedte nieuwe en passende initiatieven oplevert.

3. Criteria en werkproces

In de MvT wordt aangegeven dat de minister van VWS aan zal geven om welke doelgroepen het specifiek gaat en om welke omstandigheden. Vanuit MEE willen we aangeven dat een dergelijke omschrijving limitatief kan werken.

Advies: omschrijf de doelgroepen en omstandigheden niet te gedetailleerd en houd mogelijkheden voor andere doelgroepen open en/of voeg een 'hardheidsclausule' toe.

In de MvT wordt aangegeven dat een dergelijke uitzondering alleen op aanwijzing van de minister gedaan kan worden. Vanuit MEE vragen we ons af of het zinvol is dit via een bestuurlijke maatregel van het ministerie te organiseren, omdat dit het proces kan vertragen.

Vraag/advies : Kan de regie ook naar de zorgkantoren?

Ook lijkt het proces bureaucratisch dichtgetimmerd. Soms is de positieve businesscase niet (of niet op korte termijn) te maken, terwijl de noodzaak en urgentie wel aanwezig is.

Advies: meer professionele ruimte voor afwegingen. Een werkproces maken vanuit de praktijk. Het is duidelijk dat het niet laagdrempelig moet, maar graag wel dat we het regelarm in kunnen zetten, want anders stagneert het de mogelijkheden en zal de wijziging niet of wellicht onvoldoende tot z'n recht komen.

In de MvT wordt gesproken over een berekening van de kosten en dat de domeinoverstijgende inzet niet duurder mag zijn dan de kosten geweest zouden zijn voor de Wlz. We zien hierin een risico dat er teveel naar de financiën (over deze cliënt) gekeken wordt.

Advies: neem ook de kosten mee die gemeoid zijn met de naasten. Als voorbeeld: de extra kosten voor de naasten, doordat zij de zware mantelzorg leveren. Doordat de domeinoverstijgende budgetten worden ingezet, is er ook een kostendaling bij de naasten (die soms alleen van invloed is op een ander domein, zoals ZvW, door vermindering van medische zorgconsumptie, of Wmo-budget door vermindering van ondersteuning thuis).

Daarnaast adviseren we ook de menselijke maat toe te passen en te kijken naar kwaliteit van leven en niet alleen naar de systematiek die toegepast wordt. Geef hierin ook de professionals de ruimte. Kortom, het moet geen financieel gedreven exercitie worden, maar voortkomen vanuit een gezamenlijke ambitie met alle betrokkenen, waarin de bedoeling van de wetgeving belangrijk is.

Bij MEE zien we dagelijks de noodzaak in de praktijk voor dit wetsvoorstel. We hebben nog een aantal vragen over de uitvoering en verbindingen met andere werkwijzen:

1. *We vragen ons af, wie coördineert dergelijke situaties op casusniveau bij complexe problematiek? Omdat de problematiek wordt opgepakt en partijen gezamenlijk om tafel gaan om te kijken naar oplossingen. Een vorm van casusregie die we niet in het document terugzien: '1 cliënt, 1 domeinoverstijgend plan, 1 regisseur'.*
2. *Hoe is de doorzettingsmacht georganiseerd? Wat als partijen alsnog vastlopen of (teveel) naar systemen en wetgeving kijken en te weinig naar de menselijke maat? Wie beslist er dan?*
3. *Vanaf welk moment gaat het zorgkantoor meebetalen?*
4. *Wat is de verbinding met de huidige crisismanagers vanuit de zorgkantoren, die nu veelal ingezet worden voor het vinden van een crisisplek? Gaat deze crisismanager ook zijn rol pakken als er nog geen sprake is van een Wlz-besluit? En hoort dit onder de bekostiging van het zorgkantoor?*

5. *Wat is de verbinding met de huidige regionale taskforce?*

4. Financieel kader

In de MvT wordt aangegeven dat er een budgettaire schuif plaatsvindt van onderdelen, die nu onder de beheerskosten vallen, maar niet zijn bedoeld voor eigen beheer, naar de overige uitvoeringskosten. Het gaat hierbij om de middelen die ingezet worden voor onder andere de onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO) en de cliëntvertrouwenspersoon (CVP) bij gedwongen zorg.

Vraag/advies: We maken ons zorgen over wat hier nu precies staat. Dit wetsvoorstel mag geen verkapte bezuiniging zijn die ten koste gaat van inzet van OCO. Het belang van OCO neemt juist toe als OCO ook preventief mag worden ingezet en zal leiden tot een toename van gebruik. Hierom zouden juist extra middelen voor moeten worden vrijgemaakt voor OCO, ook om geen lange wachtlijsten te creëren.

Het zorgkantoor krijgt met dit wetsvoorstel ook financiële middelen om in het kader van preventie een bijdrage te leveren.

Vraag: In welke situaties gaan zorgkantoren meebetalen? En geldt dit ook voor zorgaanbieders, waarmee het zorgkantoor geen contract heeft? Of als er sprake is van een PGB?

Verder hopen we dat deze wetswijzing de mogelijkheid biedt om minder afhankelijk te zijn van de financiële kaders en grenzen van de verschillende domeinen. Ook hopen wij dat er in gezamenlijkheid gekeken kan worden wat passend is aan zorg of voorzieningen, zodat een cliënt(groep) zo lang mogelijk thuis kan wonen als dat veilig en verantwoord is. Een voorbeeld is de aanschaf van een rolstoelbus voor een gezin met een meervoudig gehandicapt kind. Hierdoor zou een kind bijvoorbeeld langer thuis kunnen blijven wonen. Echter, een rolstoelbus wordt niet gefinancierd door de gemeente of vanuit de Wlz. Deze initiatieven zouden mogelijk vanuit deze bekostiging gerealiseerd kunnen worden.

Advies: Neem ook dergelijke, redelijk eenvoudige knelpunten mee in dit wetsvoorstel.

Tot slot

We willen tot slot, nogmaals, benadrukken dat we dit wetsvoorstel van harte steunen. Hiermee wordt een start gemaakt naar meer domeinoverstijgende samenwerking, waardoor de cliënt steeds meer centraal komt te staan en behoeften en vragen steeds beter levensbreed kunnen worden opgepakt.

We kijken uit naar de uitwerkingen van dit voorstel. We denken graag mee in het vervolgtraject om zo bij te dragen aan het verbeteren van de toegang tot passende zorg en ondersteuning aan mensen die dat nodig hebben.

Sander Olsthoorn, Programmamanager Clientondersteuning MEE NL

Kristy Spruijt, Projectcoördinator MEE NL

Yvon van Houdt, Directeur MEE NL