

Van cliëntgericht naar cliëntgestuurd

Reactie op de kabinetsbrief 'Waardig leven met zorg'

Op 26 februari 2016 is de langverwachte brief “Waardig leven met zorg” met de Vernieuwingsagenda WLZ naar de Tweede Kamer gestuurd. Het kabinet geeft in deze brief een aantal belangrijke verbeteringen aan die in de WLZ moeten worden doorgevoerd. KansPlus heeft waardering voor de verbeteringen die worden voorgesteld. KansPlus wil echter het ambitieniveau hoger stellen en daarmee aansluiten bij de discussie in het kader van de kwaliteitsagenda die momenteel gaande is onder de noemer “Waardig bestaan, goed leven”.

KansPlus onderschrijft het commentaar op de vernieuwingsagenda dat ook al door de koepelorganisatie Ieder(in) is geformuleerd. Maar in het navolgende doen we verdergaande voorstellen. Deze voorstellen zal KansPlus betrekken bij het uitwerken van de versterking van de positie van de cliënt in een vernieuwde WLZ.

Kanteling in het denken

Vernieuwingsvoorstel: Ga er bij het denken over de zorg van uit dat de zorg het domein van de cliënt is en dat zorgaanbieders binnen dit domein mogen acteren. De cliënt is het middelpunt en het vertrekpunt van de activiteiten in het domein.

Toelichting:

Hoewel dit misschien moeilijk in wetteksten is vast te leggen, gaat het primair om een kanteling in het denken over de zorg. Zoals er nu over gedacht en geschreven wordt lijkt de zorg het domein te zijn van de zorgkantoren en de zorgaanbieders en mogen de cliënten zich in dit domein begeven. Dit blijkt uit zinsneden als ‘de zorgaanbieder en de WLZ-uitvoerder moeten zich richten op de wensen van de cliënt. De actie wordt hier gestart vanuit en onder verantwoordelijkheid van de organisaties.

Het denken moet omgekeerd worden. De zorg is het domein van de cliënten die zorg nodig hebben en de zorgaanbieders mogen in dit domein acteren om de zorg te bieden die de cliënten vragen. De actie begint bij de cliënt en de WLZ-uitvoerders ondersteunen de cliënt bij het inkopen van de gewenste zorg. In het domein van de zorg ligt het primaat van het handelen bij de cliënt en niet bij de WLZ-uitvoerders en zorgaanbieders.

Afzonderlijk beleid voor onderscheiden doelgroepen

Vernieuwingsvoorstel: Maak het mogelijk dat voor mensen die het grootste deel van hun leven gebruik moeten maken van WLZ zorg meer mogelijkheden geboden worden voor aansturing van de zorg dan wellicht nodig is voor mensen die alleen in hun laatste levensfase van de WLZ-zorg gebruik moeten maken.

Toelichting:

Grosso modo zijn er twee doelgroepen in de WLZ. De ene groep is de ouderen die gedurende hun laatste levensfase aangewezen zijn op WLZ zorg. De gemiddelde verblijfsduur van deze ouderen in een WLZ voorziening is minder dan één jaar.

De tweede doelgroep bestaat uit mensen die als gevolg van een ernstige beperking al vanaf jonge leeftijd en naar verwachting tot aan het einde van hun leven gebruik moeten maken van WLZ -zorg. Dit kan dan om tientallen jaren gaan. Deze lange duur maakt het extra noodzakelijk dat deze cliënten een optimale aansturing kunnen geven aan de vormgeving van hun woonsituatie en aan de zorg die ze krijgen. Om dit mogelijk te maken kan het zijn dat voor deze grote groep cliënten verdergaande vernieuwing van de WLZ noodzakelijk is dan voor ouderen.

Onafhankelijke cliëntondersteuning

Vernieuwingsvoorstel: Breidt de onafhankelijke cliëntondersteuning uit tot de volledige regieondersteuning voor de cliënt gedurende diens gehele zorgcarrière. Geef de cliënt een voucher waarmee hij zelf kan kiezen hij deze cliëntondersteuning wenst in te kopen.

Toelichting:

De onafhankelijke cliëntondersteuning in de WLZ beperkt zich nu vooral tot het kiezen van een zorgaanbieder en het ondersteunen bij de zorgplanbespreking. Als een cliënt eenmaal in zorg is, wordt de cliëntondersteuning waar het gaat om de regievoering grotendeels overgenomen door de zorgaanbieder en in de meeste gevallen uitgevoerd door medewerkers uit het eigen begeleidingsteam. Er zijn instellingen die deze vermenging van ondersteuning en dagelijkse uitvoeringsverantwoordelijkheid onwenselijk vinden. Deze instellingen hebben de ondersteunende rol uit het begeleidingsteam gehaald en centraal gepositioneerd. Als dit binnen de instelling mogelijk is, is het ook mogelijk om het hiervoor bestemde budget uit de instelling te halen en te gebruiken om de volledige cliëntondersteuning onafhankelijk te maken. Hierdoor kan de gewenste uitbreiding van de functie van de cliëntondersteuner budgettair neutraal plaats vinden.



Van cliëntvolgende financiering naar cliëntgestuurde financiering

Vernieuwingsvoorstel: Op basis van de afgegeven indicatie wordt het budget voor zorg aan de cliënt zelf toegewezen. De cliënt bepaalt of hij dit budget zelf wil beheren als PGB, of dat de WLZ-uitvoerder namens hem de zorg in moet kopen. In dat laatste geval wordt de zorg ingekocht op basis van de wensen en behoefte van, en in samenspraak met de cliënt.

Toelichting:

Voor zover de cliënt niet kiest voor een individuele constructie zoals PGB, VPT of MPT wordt de zorg op basis van productieafspraken en kengetallen ingekocht bij zorgaanbieders. Op dat niveau zijn de cliënten zowel voor de WLZ-uitvoerder als de zorgaanbieder anonieme zorggebruikers.

De zorgaanbieder verdeelt het binnengekomen budget binnen de organisatie en uiteindelijk komt er een bedrag terecht bij de locatie waar de cliënt zorg krijgt. De cliënt is hiermee het verlengstuk van de organisatie geworden. Hij heeft geen zicht hoeveel geld er uiteindelijk voor zijn directe dagelijkse zorg beschikbaar is, laat staan dat hij zicht heeft op het geld dat aan de indirecte zorg of overhead besteed wordt. Dit moet fundamenteel anders.

Dit kan door WLZ-uitvoerders op kleinere schaal, bijvoorbeeld op niveau van de leefgroep, de zorg in te laten kopen. In samenspraak met de cliënten wordt beschreven welke zorg nodig is en zorgaanbieders kunnen hierop intekenen. (Zeeuws model). Bij de inkoop is voor de cliënt direct duidelijk hoeveel van het beschikbare budget aan de dagelijkse zorg besteed wordt en hoeveel aan indirecte zorg en aan overhead. Om administratielasten te beperken en continuïteit van zorg en werkgelegenheid te borgen, kan de contractering voor perioden van 3 – 5 jaar gelden.

De rol van de WLZ-uitvoerder wordt in deze opzet gekanteld. De WLZ-uitvoerder koopt niet vooraf zorg in bij een aanbieder voor 'anonieme cliënten', maar koopt zorg in voor specifieke cliënten(groepen). De WLZ-uitvoerder krijgt daardoor meer de rol van bemiddelings- en administratiekantoor dat namens de cliënten de zorg inkoop en verrekent.

Organisatorisch zou dit vorm kunnen krijgen door op regionaal niveau corporaties te ontwikkelen waar de cliënten hun belang inbrengen. Eventueel kunnen er meerdere corporaties zijn, waardoor de cliënten keuzemogelijkheid hebben.

(NB inkoop van zorg op dit niveau wordt beter mogelijk, als ook het voorstel met betrekking tot scheiden van wonen en zorg wordt overgenomen).

Scheiden van wonen en zorg

Vernieuwingsvoorstel: Voer het principe van scheiden van wonen en zorg door over de volle breedte van de WLZ voor mensen met een beperking. Laat zorgaanbieders hun instelling splitsen in drie delen: huisvesting, basiszorg en expertise. WLZ-uitvoerders kopen de woonfunctie, basiszorg en expertise afzonderlijk in, waarbij de keuze van de cliënten voor de gewenste aanbieder leidend is.

Toelichting:

Scheiden van wonen en zorg is nu slechts mogelijk voor een beperkte groep die beschikt over een verwantennetwerk dat in staat is om veel regel- en organisatiewerk voor de cliënt te verrichten. Het overgrote deel van de cliënten beschikt niet over een persoonlijk netwerk dat de huidige vormen van scheiden van wonen en zorg mogelijk maakt. Bovendien hebben veel cliënten die aangewezen zijn op wonen in een woongroep of andere vormen van geclusterd wonen, meer specifieke huisvesting nodig die op de woningmarkt niet beschikbaar is.

De zorgaanbieders hebben een groot gespecialiseerd woonaanbod. Probleem nu is echter dat als mensen van dat woonaanbod gebruik maken, ze ook vast zitten aan de zorgaanbieder die het woonaanbod bezit. Kiezen voor een andere zorgaanbieder om zorginhoudelijke redenen betekent derhalve ook dat naar een andere woning verhuisd moet worden.

Door in de inkoop een onderscheid te maken tussen inkoop van de huisvestingsfunctie en de inkoop van zorg, vervalt dit probleem. Mensen in een geclusterde woonvorm kunnen – gezamenlijk – kiezen voor een andere zorgaanbieder en blijven wonen waar ze wonen. Dit is vergelijkbaar met de werkwijze van veel ouderinitiatieven waar ook gezamenlijk besloten wordt bij welke zorgaanbieder de zorg wordt ingekocht.

Met deze vorm van scheiden van wonen en zorg ontstaat ook niet het probleem waar de staatssecretaris bang voor is dat zorgaanbieders in de problemen komen als cliënten voor een andere zorgaanbieder kiezen; er komt immers geen leegstand.

Om deze vorm van scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken is het wenselijk als de zorgaanbieders deze producten afzonderlijk aanbieden en zo mogelijk ook in afzonderlijke organisaties onderbrengen. Veel grote zorgaanbieders hebben dit al gedaan voor het vastgoed dat in afzonderlijke stichtingen of bv's is ondergebracht.

Bijkomend voordeel van de formele splitsing tussen de huisvesting en de zorg is dat er ook meer transparantie ontstaat ten aanzien van de vorming van eigen vermogen en risico-reserves. Eigen vermogen voor de realisatie en onderhoud van vastgoed moet vanuit de opbrengst van het vastgoed opgebouwd worden en niet vanuit geld dat voor de zorg bestemd is. Voor het zorgonderdeel zijn de bedrijfsrisico's beperkter en overzichtelijker en daar kan dus volstaan worden met lagere eigen vermogens.

Door dit scheiden van wonen en zorg wordt het ook voor kleine vernieuwende aanbieders gemakkelijker om hun diensten aan te bieden, omdat ze niet tevens voor de huisvesting hoeven te zorgen. Deze kleine aanbieders kunnen desgewenst in samenspraak met de cliënten expertise inkopen bij de expertisecentra van de huidige zorgaanbieders. Dus daar hoeft geen expertise verloren te gaan.

Geen tariefkorting als kwaliteitsinstrument

Vernieuwingsvoorstel: Verbied de mogelijkheid die WLZ-uitvoerders nu hebben om kortingen op de tarieven toe te passen als de kwaliteit van de zorgaanbieder als onvoldoende wordt gezien, maar geef ze wel de bevoegdheid om zorgaanbieders te verplichten een deel van het budget voor kwaliteitsverbetering in te zetten.

Toelichting:

Op dit moment worden zorgaanbieders gekort op het budget als ze in de ogen van de WLZ-uitvoerder onvoldoende kwaliteit leveren. Hiermee worden in feite de cliënten van de zorgaanbieders dubbel de dupe. Ze krijgen al onvoldoende kwaliteit (in de ogen van het zorgkantoor) en hebben bovendien te maken met extra bezuinigingen op de zorg. Dit is een absoluut onwenselijke situatie. Beter is het als WLZ-uitvoerders gewoon voor het normale tarief contracteren, maar op basis van een beoordeling van de kwaliteit kunnen verlangen dat een deel van het budget geoormerkt wordt voor gerichte kwaliteitsverbetering.

Naar dialoog-gestuurde kwaliteit

Vernieuwingsvoorstel: Leg in de regelgeving vast dat de gewenste kwaliteit van zorg wordt vastgesteld en geëvalueerd in de dialoog tussen cliënt en zorgverleners.

Toelichting:

Er wordt nu van uitgegaan dat de WLZ-uitvoerders en zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en dat de kwaliteit ontwikkeld wordt in een dialoog tussen WLZ-uitvoerder en zorgaanbieder. Veelal wordt gepoogd de kwaliteit te regelen door werkwijzen te beschrijven in procedures en protocollen. Deze centralistische benadering geeft geen garantie voor een kwaliteitsbeleving en verbetering van de Kwaliteit van Leven op cliëntniveau. In tegendeel; er zijn talrijke voorbeelden dat centraal vastgelegde protocollen haaks staan op de individuele behoefte van cliënten. Bovendien leidt deze benadering van kwaliteit tot een structuur waarin de hulpverleners op een bureaucratische manier verantwoording af moeten leggen ten opzichte van de organisatie of de WLZ-uitvoerder, in plaats van aan de cliënt.

Protocollen kunnen zinvol zijn voor het beschrijven van specifieke en vooral risicovolle handelingen. Voor het overige zijn protocollen eerder kwaliteit belemmerend dan kwaliteit bevorderend.

Kwaliteit van zorg moet niet inputbepaald zijn (de protocollen), maar output-gericht. In een dialoog met de cliënt wordt door de zorgverlener vastgesteld wat hij nodig heeft om Kwaliteit van Leven te ervaren en in de dialoog wordt samen vastgesteld of dit realiseerbaar is. Deze dialoog vormt de basis voor de kwaliteit die vervolgens van de hulpverleners verwacht mag worden.

De rol van de WLZ-uitvoerder is hierbij vooral dat deze erop toeziet dat deze dialoog ook daadwerkelijk plaatsvindt en dat bij een geconstateerd gebrek aan kwaliteit de aanbieder erop aangesproken wordt de noodzakelijke verbeterplannen op te stellen.

Tot slot

Deze vernieuwingsvoorstellen zijn allen mogelijk binnen het kader van het huidige verzekeringsstelsel en binnen het kader van de WLZ zoals deze er nu ligt. Ook zijn de voorstellen haalbaar binnen de huidige budgettaire kaders, al is KansPlus van mening dat meer geld voor de zorg wenselijk is om daadwerkelijk aan de zorgbehoefte van de cliënten te kunnen voldoen.

Met deze voorstellen wordt de positie van de cliënt fundamenteel versterkt. De cliënt wordt eindelijk het vertrek en eindpunt bij het denken over de zorg. Dat vraagt natuurlijk ook een actieve en adequate inbreng van de cliënt.

Als we het in de WLZ hebben over cliënten met een verstandelijke beperking of andere cognitieve aandoening, hebben we het doorgaans over mensen die door de aard en ernst van de beperking niet in staat zijn zelf hun wensen en belangen te verwoorden. Dat betekent dat hun belangenbehartigers / wettelijk vertegenwoordigers dit voor hen zullen doen. Maar ook deze kunnen de rol alleen goed vervullen, indien ze ondersteund worden door een onafhankelijke cliëntondersteuner. Daarmee valt of staat een cliëntgestuurd zorgstelsel.

De onafhankelijke cliëntondersteuner is niet iemand die klakkeloos de cliënt / vertegenwoordiger in alles volgt wat deze aangeeft. Van de cliëntondersteuner mag ook verwacht worden dat hij/zij kritisch meedenkt en de cliënt / vertegenwoordiger ook de spiegel voorhoudt als deze buitensporige of niet realiseerbare verwachtingen heeft. Op die manier zal ook voorkomen worden dat mensen meer vragen dan ze nodig hebben om een aanvaardbare en realiseerbare Kwaliteit van Leven te ervaren. Om deze kritische rol te kunnen vervullen is het van belang dat er een vertrouwensrelatie tussen de cliënt/vertegenwoordiger en de ondersteuner kan ontstaan. Het zelf kunnen kiezen van de ondersteuner is daarvoor een belangrijke eerste stap.