

Ervaringen met wet langdurige zorg in 2015 en 2016

Behaalde ambities **in beeld**

Maatschappelijke en demografische veranderingen zoals de dubbele vergrijzing en de alsmaar stijgende zorgkosten hebben mede geleid tot de hervorming van de langdurige zorg (Hlz). De hervorming moest zorgkosten beheersen en de langdurige zorg beter aan laten sluiten op de zorgbehoeften van mensen en hen de mogelijkheid te geven om langer thuis te kunnen wonen. Vilans onderzocht in 2015 en 2016 hoe zorgaanbieders de veranderingen ervaren en of de veranderingen volgens hen bijdragen aan de beoogde doelen. Dit artikel biedt zicht op de uitkomsten van dat onderzoek.

Mirella Minkman, Henk Herman Nap, Sanne van der Weegen, Lotte Cornelisse

Vilans heeft samen met aanbieders in de langdurige zorg de invoering van de Wlz periodiek gemonitord door middel van online vragenlijsten en bijeenkomsten met zorgaanbieders en vertegenwoordigers van VWS. De respondenten waren managers of beleidsmedewerkers van VVT-, GHZ- en GGZ-zorgaanbieders die zorg leveren gefinancierd vanuit de Wlz. De vragen richtten zich op specifieke thema's zoals toegang tot de Wlz, subsidieregelingen in de Wlz, Wlz-indiceerbaren, bekostiging en zorginkoop, bedrijfsvoering, communicatie en informatie, cultuur en visie en administratieve lasten. De Wlz monitor is in totaal vijf keer uitgezet; vier maal in 2015 bij gemiddeld 50 zorgaanbieders en in 2016 nog één maal bij 42 zorgaanbieders (Nap, Cornelisse, Van der Weegen, & Minkman, 2016a; 2016b). In 2016 is er geëvalueerd in hoeverre de knelpunten uit 2015 zijn opgelost. Wat laat de monitor zien?

Toegang tot zorg

Het beleid is in ons land sterk gericht op het aanspreken van de eigen regie van burgers en

de mogelijkheden om langer thuis te blijven, ook als mensen een behoefte aan zorg hebben. Nederlandse 65-plussers slagen erin, met uiteenlopende vormen van zorg en ondersteuning, lang zelfstandig in hun eigen huis te blijven wonen, aldus recent onderzoek van het SCP (Van Campen, Ledema, Broese van Groenou, & Deeg, 2017). De Wlz monitor toont aan dat volgens zorgaanbieders het langer thuis wonen mede mogelijk wordt gemaakt door de hervormingen in de langdurende zorg. De auteurs plaatsen wel de kanttekening dat dit niet altijd een gevolg is van de wens van de cliënt. De zorgzwaarte is thuis aan het toenemen en wanneer mensen intramuraal komen te wonen heeft de opname vaker een crisis- of spoedkarakter. In dit verband hebben VVT-zorgaanbieders vastgesteld dat er onvoldoende plekken zijn voor deze toenemende vraag bij een spoed- of crisissituatie. Daar komt bij dat beschikbare gelden onjuist lijken te zijn besteed (zie verderop).

De Wlz is bedoeld voor mensen die 24 uur per dag zorg of toezicht nodig hebben in de nabijheid. Verder kunnen zij een beroep doen op de Wmo (sociale domein) of de Zvw. De verschotting van de verschillende wetten en het verschil hiertussen heeft ertoe geleid dat een deel van de cliënten verpleging thuis prefereert vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) boven de Wlz vanwege de lagere eigen bijdrage. Echter, wanneer de behoefte aan zorg stijgt en mensen specialistische 24-uurs zorg nodig hebben, kan dat niet vanuit de Zvw. Uitstel van de Wlz kan zo zorgen voor een crisissituatie in de thuissituatie.

Overall gezien toont de monitor dat binnen de VVT er meer knelpunten ervaren zijn met de

Wlz dan binnen de gehandicaptenzorg (GHZ). Door het Wlz-criterium 'blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid' waren er in 2015 en 2016 problemen bij de toegang tot zorg bij jeugdigen (18+), aldus GHZ-aanbieders. Voor deze groep was het onduidelijk of de behoefte aan permanent toezicht in nabijheid blijvend is, omdat zij vaak nog een heel leven voor zich hebben. Uit de Wlz-monitor blijkt dat in 2015 en 2016 een groot deel van de zorgaanbieders bij bepaalde cliëntengroepen onvoldoende zicht hadden op de voor hen van toepassing zijnde domeinen of wetten. Vooral voor jeugdigen en voor mensen met een psychogeriatrische grondslag was het lastig om de benodigde financiering van zorg te vinden en te achterhalen wie waarom onder welke regelgeving valt.

Knelpunten eerstelijns verblijf

De Wlz kent ook subsidieregelingen. Zorgaanbieders ervoeren in 2015 en 2016 nauwelijks knelpunten met betrekking tot de subsidieregeling extramurale behandeling. Zorgaanbieders die eerstelijns verblijf aanbieden ervoeren wel knelpunten. Zo was er meer vraag naar eerstelijnsverblijf dan er beschikbaar was vanuit de productieafspraken. Ondanks extra vrijgemaakt budget door de landelijke overheid (Actiz, 2016) - mede op basis van de Wlz monitor signalen - liepen aanbieders relatief veel risico doordat ze zorg leverden na het bereiken van het gestelde productieplafond en ze niet zeker waren of zij ook een vergoeding zouden ontvangen voor de geleverde zorg. Dit heeft bij enkele aanbieders geleid tot het weigeren van cliënten voor eerstelijnsverblijf. De subsidieregeling eerstelijnsverblijf voor kortdurend verblijf binnen de Wlz was in 2015 (meermaals) uitgeput en het vermoeden was dat de regeling onterecht werd ingezet voor spoed of crisissituaties. Dit vermoeden bleek te kloppen aangezien de helft van de zorgaanbieders in 2016 - voornamelijk uit de ouderenzorg - ook benoemde gebruik te maken van de subsidieregeling eerstelijnsverblijf om spoed/crisis te financieren.

Zorg in vele vormen: wat past?

Een van de doelen van het hervormde beleid is dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en dat mensen een keuze hebben in wat hen het beste past. Met een Wlz-indicatie kunnen mensen er voor kiezen intramuraal te wonen of onder voorwaarden de zorg thuis te ontvangen. Vormen hiervoor zijn een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). Bij een vpt



Langer thuis wonen is een van de ambities in de hervorming langdurige zorg.

Waar zit het geld en voor wie is welke regelgeving?

De hervorming in een notendop

Als onderdeel van de Hlz ging in 2015 de Wet Langdurige Zorg (Wlz) van kracht. De Wlz vervangt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van 1968. Daarnaast zijn ook de bestaande wetten zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) veranderd. De gemeente is nu bijvoorbeeld verantwoordelijk voor lichtere vormen van ondersteuning via de Wmo en de wijkverpleging is overgegaan naar de Zvw. De Wlz is er voor mensen die permanent toezicht en/of 24-uurs zorg in de nabijheid nodig hebben (Rijksoverheid, 2014). Het gaat dan bijvoorbeeld om ouderen in een laat stadium met dementie, mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking en om mensen met een ernstige psychische stoornis. Een Wlz-indicatie geldt levenslang, waardoor een herindicatie op basis van einde geldigheidsduur niet nodig is zoals tijdens de AWBZ het geval was. Basisprincipes die in de Wlz voorop staan zijn dat het uitgangspunt is wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Oftewel regie naar vermogen, en kwaliteit van leven staat voorop. Het streven is om professionele zorg te leveren en dat zo veel mogelijk thuis. De toegang tot de Wlz loopt via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de toegang tot de Wmo en Jeugdzorg via de gemeenten, en de toegang tot de Zvw via de zorgverzekeraars of doorverwijzing van professionals.

ontvangt de cliënt vergelijkbare zorg en ondersteuning zoals die ook in een verpleeg- of verzorgingshuis gegeven wordt thuis door één zorgaanbieder. In vergelijking tot een vpt levert de zorgaanbieder bij een mpt geen maaltijden en huishoudelijke verzorging. Met een pgb regelt de cliënt de zorg zelf (ZiN, 2017a). Het inzetten van een vpt bleef achter bij de verwachtingen. Voornamelijk VVT aanbieders ervaren dat het lastig is om een vpt te leveren zonder dat er sprake is van geclusterd wonen. Dat komt doordat 24-uurs zorg, waarbij een medewerker ook aanwezig is in de nacht en ongeplande zorg verleend moet worden, moeilijk realiseerbaar is wanneer iemand niet in een geclusterde woonvorm woont. Ook de eigen bijdrage speelt een rol. Zorg vanuit de Zvw kan voor cliënten aantrekkelijker zijn doordat de eigen bijdrage lager is en de te ontvangen zorg ruimer. Dit is van invloed op het benutten van regelingen zoals het mpt en vpt.

ICT, Personeel & Informatie

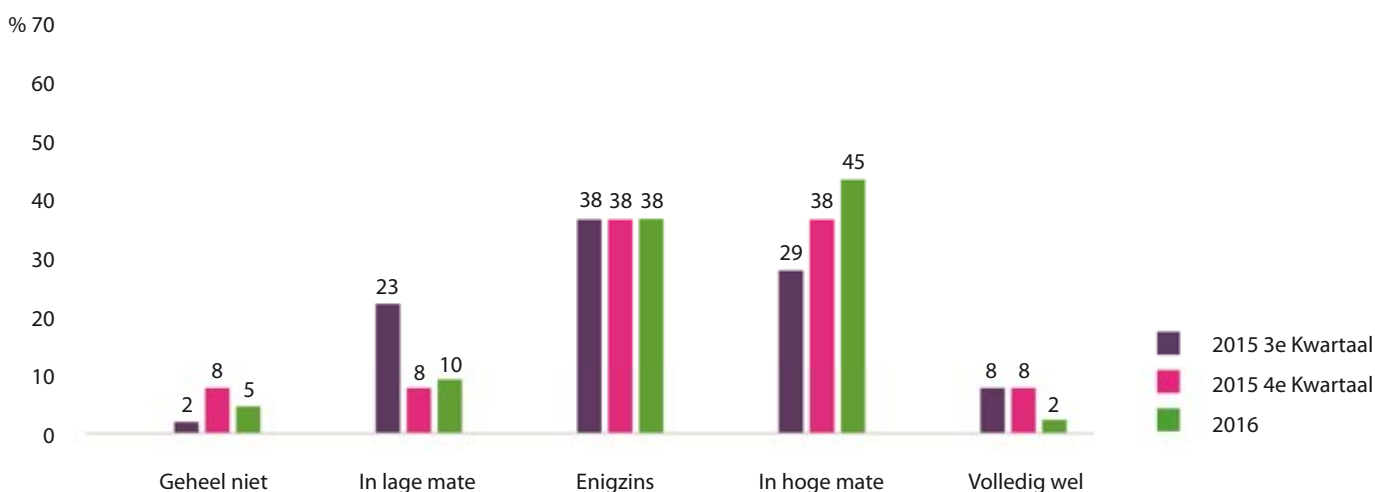
De invoering van een nieuwe wet zoals de Wlz vraagt ook wat van de interne organisatie en processen van zorgaanbieders. Zo moeten ze onder andere een deel van hun ICT en service-systemen opnieuw inregelen, is er mogelijk een verandering nodig in het personeelsbestand (denk aan aantallen en/of deskundigheidsniveau) en is het nodig om zorgprofessionals en cliënten te informeren over de veranderingen. De monitor liet zien dat dit gedurende 2015 en 2016 steeds beter lukte op het gebied van service en ICT-infrastructuur. Met betrekking tot het personeel kwam naar voren dat er een grotere behoefte aan hoger opgeleid personeel ontstond door de complexere zorgvraag in de

ouderenzorg. Daarbij moest een groot deel van de lager opgeleide verzorgenden in 2015 zich omscholen of liepen zij het risico op ontslag. De informatievoorziening over de Wlz naar zorgorganisaties en cliënten werd steeds beter, aldus de zorgaanbieders. Het merendeel van de aanbieders gaf in 2016 aan geen informatie te missen. De informatievoorziening naar cliënten leek op orde te zijn aangezien het merendeel van de zorgaanbieders relatief weinig vragen over de Wlz kreeg van cliënten.

Administratieve lasten

De Wlz-monitor heeft ook in kaart gebracht in hoeverre zorgaanbieders de administratie omtrent de Wlz als last ervaren. Het merendeel van de zorgaanbieders ervaarde de administratie omtrent de Wlz voor zorgprofessionals (enigszins tot volledig wel) als last. Zorgprofessionals willen graag minder tijd besteden aan administratieve taken en meer tijd aan de cliënt zelf. De zorgaanbieders ervaren een stijging in tijdsinvestering door de toename in afvinklijstjes door de toenemende - zoals men het noemt - 'controledrang'. Er moet meer afgestemd en verantwoord worden bijvoorbeeld door de verschillende kwaliteitseisen die de zorgverzekeraars en zorgkantoren stellen. Daarnaast kost de registratie rondom de indicatieaanvraag en de afstemming rondom het zorgleefplan relatief veel tijd. Tot slot gaven VVT-aanbieders aan dat het niet altijd duidelijk is hoe zaken geregistreerd moeten worden door de verschillende financieringsmogelijkheden, waaronder pgb en mpt en vanuit de Zvw. Overall waren de administratieve lasten het hoogst bij de langdurige zorg thuis vanuit de Zvw en de Wmo 2015, mede door het grote

Figuur 2: Ervaren administratie last - volgens zorgaanbieders - bij zorgprofessionals



aantal contractpartijen zoals gemeenten en zorgverzekeraars.

Cultuur en visie

Naast de stimulans om mensen langer thuis te laten wonen, kent de Wlz ook maatschappelijke doelstellingen zoals het bevorderen van het individuele welzijn, van zelfredzaamheid en van eigen regie naar vermogen. Ook is de wet erop gericht om mantelzorgers en vrijwilligers meer te betrekken in de zorg en ondersteuning van cliënten. In hoeverre sluiten zorgaanbieders met hun visie aan op deze doelstellingen van de Wlz? In 2015 en 2016 gaf het merendeel van de zorgaanbieders aan te sluiten op deze doelen of werkte hier al aan. Zo betrekken de instellingen mantelzorgers bij het zorgplan van de cliënt en de besprekingen die daaromheen plaatsvinden. Ook noemden zorgaanbieders steeds meer digitale communicatieplatformen te gebruiken zoals familienet maar ook familiebijeenkomsten te organiseren en te zorgen voor regelmatig overleg.

Conclusies

Invoering van een nieuwe wet kost tijd en energie. Maar op een aantal aandachtspunten na lijkt de invoering van de Wlz - vanuit het oogpunt van de zorgorganisatie - voortvarend te zijn verlopen. Zo kunnen vrijwel alle zorgaanbieders de Wlz voldoende tot in hoge mate faciliteren op het gebied van service en ICT-infrastructuur. Aandachtspunten zijn er vooral bij het benutten van extramurale leveringsvormen die het langer thuis blijven moeten ondersteunen. Het blijkt lastig tot onmogelijk om toereikende thuiszorg te leveren buiten geclusterde woonvormen omdat er volgens zorgaanbieders te weinig vergoeding tegenover staat. Verder ervaren zorgaanbieders dat door de bereikte productieplafonds wachtlijsten ontstaan en dat de relatief hoge administratieve lasten niet door de Wlz worden veroorzaakt, maar doordat er meerdere (niet altijd aansluitende) wetten zijn met verschillende regels en registratiesystemen. Interactie tussen beleid en praktijk is belangrijk. Het monitoren van de invoering van de Wlz werd door de zorgaanbieders en door het Ministerie van VWS dan ook als waardevol ervaren. Er ontstond mede dankzij de monitor een dialoog tussen beleid en praktijk; op de bijeenkomsten werd levendig gediscussieerd tussen ambtenaren van VWS en zorgaanbieders en constructief naar oplossingen gezocht. Ook diende het een doel in de bredere maatschappelijke verantwoording: de resultaten van de monitor zijn in zowel 2015 als 2016 teruggekoppeld naar de Tweede Kamer (Vilans, 2015; Tweede Kamer, 2016).

Literatuur

Actiz (2016) <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2016/09/landelijk-budget-eerstelijns-verblijf-opnieuw-opgehoogd>

Nap, H.H., Cornelisse, L., Van der Weegen, S. & Minkman, M. (2016a). *Wlz monitor signalen van zorgaanbieders. Weergave resultaten 2015*. Utrecht: Vilans.

Nap, H.H., Cornelisse, L., Van der Weegen, S. & Minkman, M. (2016b). *Wlz monitor signalen van zorgaanbieders. Weergave resultaten 2016*. Utrecht: Vilans.

NZA (2017). <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/geriatrische-revalidatiezorg/veelgestelde-vragen/Eerstelijnsverblijf/>

Rijksoverheid (2014). *Transitieplan Wet langdurige zorg*; 25 maart 2014

Tweede Kamer (2016). *Voortgangsrapportage Wlz: van zorgvuldige invoering naar praktijkvernieuwing gericht op welbevinden*. https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2016Z15847&did=2016D32560

Van Campen, C., Ledema, J., Broese van Groenou, M. & Deeg, D. (2017). *Langer zelfstandig*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Vilans (2015). <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/kamerbrief-voortgang-hervorming-langdurige-zorg-2e-kwartaal-2015.pdf>

ZiN (2017a). <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/l/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>

ZiN (2017b). <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/e/extramurale-behandeling-wlz>

Informatie over de auteurs

Prof.dr Mirella Minkman, dr. Henk Herman Nap, dr. Sanne van der Weegen en Lotte Cornelisse Msc werken allen bij Vilans, innovatie en onderzoek. Mirella Minkman is daarnaast bijzonder hoogleraar bij TIAS/University of Tilburg, Henk Herman is tevens verbonden aan de Universiteit Eindhoven en Sanne van der Weegen is tevens kennismanager Waardigheid & Trots.

Subsidieregelingen binnen de Wlz

Binnen de Wlz bestaan er twee subsidieregelingen; eerstelijnsverblijf dat is bedoeld voor het kortdurend verblijf in een intramurale setting en extramurale behandeling, een regeling waar behandeling voor mensen zonder Wlz-indicatie vanuit de Wlz kan worden gefinancierd. Per 1 januari 2017 valt de bekostiging van eerstelijns verblijf binnen de Zvw (NZa, 2017). De subsidieregeling extramurale behandeling is bedoeld voor financiering van extramurale behandeling inclusief vervoer, van verzekerden met een psychogeriatrische aandoening en/of een lichamelijke handicap, een somatische aandoening, en van meerderjarige verzekerden met een verstandelijke handicap (ZiN, 2017b). De subsidieregeling extramurale behandeling wordt niet eerder dan per 2018 overgeheveld naar de Zvw.