Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Zorginstituut Nederland
Zorg
Projectmanagement

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

2024014708

Onze referentie
2024014708

Datum 16 mei 2024
Betreft Verduidelijken toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie
Uw verzoekbrief 12 juni 2023, met kenmerk: 3602445-1049171-LZ

Geachte mevrouw Helder,

Graag bieden wij u ons advies *Verduidelijken toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie* aan.

Aanleiding
In bijgaand advies beantwoordt Zorginstituut Nederland uw brief van 12 juni 2023. U vraagt ons hierin of het mogelijk is om "*in de Wlz (een combinatie van) objectieve criteria uit te werken tot een werkbare cesuur voor de praktijk (wetgeving, uitvoerders, professionals), met als resultaat dat alleen personen met een VV-indicatie die zijn aangewezen op verblijf met integrale zorg, de aanspraak verblijf krijgen toegekend?*"

Bevindingen
We onderscheiden in ons advies drie groepen. Een groep voor wie het verpleeghuis de best passende plek is, een groep waarbij zorg thuis of in een beschutte woonvorm het meest passend is en een groep waarbij een combinatie van factoren bepalend is welke woonomgeving het meest passend is – dit kan thuis, in een beschutte woonvorm of in een verpleeghuis zijn.

Voor de Wlz-doelgroepen 7 VV, 8 VV en 9 VV (16.925 cliënten in 2022, ca 10%) is het verpleeghuis de best passende plek om zorg te ontvangen. Gezien hun zorgbehoefte moet voor hen het verpleeghuis sowieso beschikbaar blijven. Het verpleeghuis levert hen verblijf met integrale zorg en behandeling.

Voor mensen met een 4 VV (30.831 cliënten in 2022, ca 18%) is thuis of beschut wonen de best passende plek. Voor hen ligt de zorgbehoefte voornamelijk op het vlak van zorg en welzijn en staat behandeling niet op de voorgrond. Bij de ontwikkeling van de zorgprofielen is niet beoogd dat deze mensen hun zorg in een verpleeghuis zouden ontvangen.

Binnen de groep cliënten met een 5 VV of 6 VV (123.447 in 2022, ca 72%) zien we grote verschillen in zorgbehoefte. Aanvullende onderzoeken zijn wenselijk voor de afweging welke verblijfsvorm het best passend is. Een deel van deze cliënten kan thuis passende zorg ontvangen, bijvoorbeeld diegenen die een sterk informeel

Zorginstituut Nederland
Zorg
Projectmanagement

Datum
16 mei 2024

Onze referentie
2024014708

netwerk hebben. Als de zorg thuis niet meer verantwoord is te organiseren, zal een deel toe kunnen met verblijf in de vorm van beschut wonen, waar zorg nabij wordt geboden en in toezicht wordt voorzien. Er zal echter ook een deel aangewezen zijn op verblijf in een verpleeghuis. Mensen met dementie en ernstige gedragsproblemen bijvoorbeeld moeten aanspraak kunnen maken op verblijf met complexe integrale zorg en multidisciplinaire behandeling.

De belangrijkste redenen om te verhuizen naar een verblijfssetting met integrale zorg en behandeling zijn:

- Afwezigheid/overbelasting van de mantelzorger of steunsysteem,
- De mate van onplanbaarheid van de zorg,
- De mate van gedragsproblemen,
- De onmogelijkheid om de eigen regie te voeren.

Het vergt een afweging van deze factoren in onderlinge samenhang om te bepalen welke verblijfsvorm voor een cliënt het meest passend is. Hiervoor kan een afwegingskader worden ontwikkeld. Een strikte cesuur, een omslagpunt op basis van objectieve criteria, is niet te beschrijven.

Om de verschillende verblijfsvormen tegen elkaar af te kunnen wegen, is aanvullend onderzoek nodig. Of de zorg bij verblijf thuis of in een beschutte woonvorm geboden en bekostigd moet blijven worden vanuit de Wlz, vraagt om een keuze op het niveau van de aanspraak.

Aanpassingen in het stelsel

Formeel afwegingskader

Met een nieuw formeel afwegingskader zullen niet meer alle Wlz VV-geïndiceerden aanspraak maken op alle zorgvormen die het huidige verzekerde pakket omvat. Op dit moment biedt de Wlz keuzevrijheid aan mensen met een Wlz-indicatie over de verzilvering hiervan; zij kunnen zelf kiezen of zij de zorg met verblijf in het verpleeghuis of met een vpt, mpt of pgb thuis willen verzilveren.
Binnen 'verblijf' zal nader onderscheid moeten worden gemaakt tussen de verblijfsvormen beschut wonen en beschermd wonen. De Wlz VV-geïndiceerden die wel of geen aanspraak kunnen maken op verblijf in een beschutte woonvorm of een verpleeghuis zullen moeten worden gespecificeerd. Indien u bovenstaande inhoudelijk onderschrijft, zal de aanspraak aangepast moeten worden.

Gezamenlijke werkagenda Rijksdiensten

Wij adviseren u om een cesuur niet te zien als een losstaande oplossing voor een breder probleem. We zien verbetermogelijkheden binnen het huidige systeem, maar het systeem zal ook moeten 'meebewegen'. Vanuit de gezamenlijke werkagenda werken het Zorginstituut, de NZa, het CIZ en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) hier samen aan.

Wij hopen dat u zich kunt vinden in onze bevindingen, voorstellen en aandachtspunten.

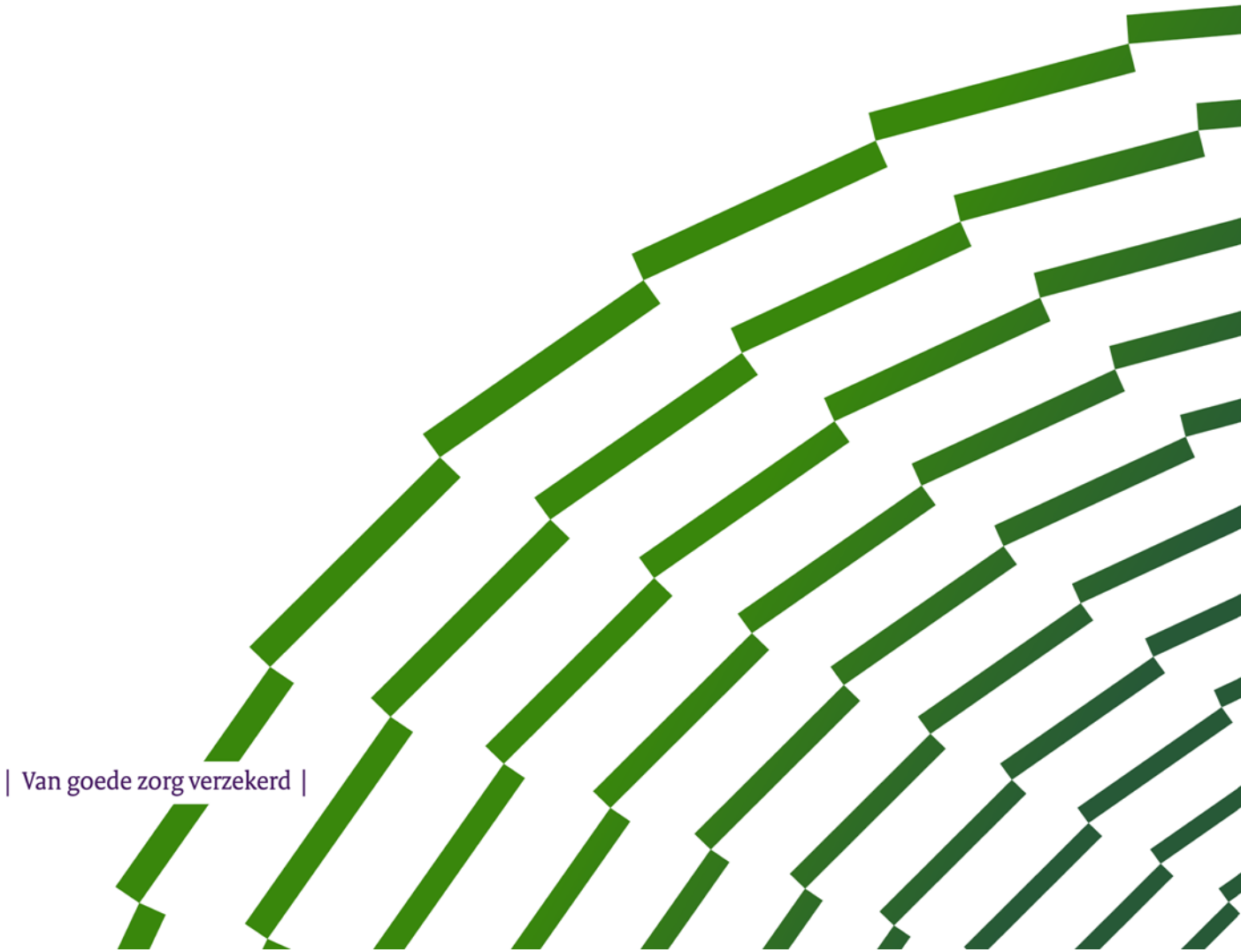
Hoogachtend,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Verduidelijken toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie

Definitief | 16 mei 2024



| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

Samenvatting		**4**
Inleiding		**7**
1	**In antwoord op de vragen van de minister van VWS**	**10**
2	**Voor wie is het verpleeghuis de best passende plek?**	**15**
3	**Redenen om beschut te gaan wonen wordt bepaald door een combinatie van factoren**	**17**
4	**Aanvullingen op ons advies aan de minister**	**20**
Bijlage 1: Begrippenlijst		**23**
Bijlage 2: Lijst overig geraadpleegde bronnen		**25**
Bijlage 3: Verzoekbrief minister van VWS		**28**
Bijlage 4: Gevolgde werkwijze		**32**
Bijlage 5: Werkwijze analyse declaratiegegevens		**34**
Bijlage 6: Betrokken partijen		**35**
Bijlage 7: Reacties schriftelijke consultatie		**37**
Colofon		**74**

Samenvatting

In dit advies beantwoordt Zorginstituut Nederland de vraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de mogelijkheid om een cesuur te ontwikkelen voor ouderen met een VV-indicatie voor zorg uit de *Wet langdurige zorg* (Wlz). In haar brief van 12 juni 2023 vraagt de minister of het mogelijk is om met objectieve criteria aan te geven wanneer iemand wel of niet in aanmerking komt voor een plek in een verpleeghuis met integrale zorg. Aanleiding voor deze vraag is het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).[1]

Conclusie: harde scheidslijn niet mogelijk, afwegingskader biedt mogelijkheden

Een cesuur suggereert een harde scheidslijn tussen zorgprofielen, op basis van objectieve criteria. Waar iemand het best op z'n plek zit om zorg te krijgen is afhankelijk van verschillende factoren. Die factoren hangen samen met de zorgbehoefte van de oudere zelf maar ook van bijvoorbeeld de sociale context, het netwerk en de woning zelf. Om te bepalen welke setting voor een oudere het meest passend is, moet een afweging van die factoren in onderlinge samenhang worden gemaakt. Daarvoor is een nog te ontwikkelen afwegingskader nodig. Een afwegingskader kan dan de toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie verduidelijken. Het gaat hier voornamelijk om cliënten met de zorgprofielen 5 VV en 6 VV, bij wie de onderlinge zorgbehoefte erg verschillend kunnen zijn. Een cesuur op basis van objectieve criteria is daarvoor niet te beschrijven.

Onderscheid tussen drie groepen ouderen met een VV-indicatie

De zorgbehoefte van een cliënt is vastgelegd in een zorgprofiel met een VV-indicatie. Het gaat hier om ouderenzorg en dus over cliënten van 65 jaar of ouder. Wij onderscheiden drie groepen ouderen met een VV-indicatie:

Cliënten met de zorgprofielen 7 VV, 8 VV en 9 VV
Voor de Wlz-doelgroepen 7 VV, 8 VV en 9 VV (16.925 cliënten in 2022, ca 10%) is het verpleeghuis de best passende plek om zorg te krijgen. Gezien hun zorgbehoefte moet voor hen het verpleeghuis sowieso altijd beschikbaar blijven. Het verpleeghuis levert hen verblijf met integrale complexe zorg en multidisciplinaire behandeling.

Cliënten met de zorgprofielen 5 VV en 6 VV
Binnen de groep cliënten met een 5 VV of 6 VV (123.447 in 2022, ca 72%) zien we grote verschillen in zorgbehoefte. Een deel van deze cliënten kan thuis passende zorg ontvangen, waarbij de informele zorg zo nodig het toezicht biedt. Als de zorg thuis niet meer verantwoord te organiseren is, zal een deel toe kunnen met verblijf in de vorm van beschut wonen. Hierbij wordt zorg nabij geboden en in toezicht wordt voorzien. Er zal echter ook een deel aangewezen zijn op verblijf met behandeling in een verpleeghuis. Afhankelijk van de context is verblijf in een verpleeghuis of een beschutte woonomgeving best passend. Hiervoor moeten de factoren die meespelen in de persoonlijke situatie van de cliënt in samenhang worden afgewogen.

Cliënten met het zorgprofiel 4 VV
Voor mensen met een 4 VV (30.831 cliënten in 2022, ca 18%) is thuis of beschut wonen de best passende plek. Voor hen ligt de zorgbehoefte voornamelijk op het vlak van zorg en welzijn en staat behandeling niet op de voorgrond. Bij de ontwikkeling van de zorgprofielen is niet beoogd dat deze mensen hun zorg in een verpleeghuis zouden ontvangen.

Een afwegingskader helpt best passende zorgvorm te bepalen

Het is mogelijk om een onderscheid te maken tussen ouderen met een VV-indicatie, voor wie het verpleeghuis, zorg thuis óf een beschutte woonvorm de meest passende zorgvorm is. Maar om een onderscheid te kunnen maken, moeten verschillende factoren in samenhang worden afgewogen. Dit hangt af van de zorgbehoefte van een cliënt en van bijvoorbeeld de sociale

[1] Met het programma WOZO wordt ingezet op het aanpassen van ondersteuning en zorg naar de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie over het eigen leven te behouden en op het zo lang mogelijk uitstellen of zelfs voorkomen van zware, complexe zorgvragen.

context, het netwerk en de woning zelf en de redenen om te verhuizen naar een verpleeghuis met integrale zorg en behandeling. Dit zijn:
- afwezigheid of overbelasting van de mantelzorger of het steunsysteem;
- de mate van onplanbaarheid van de zorg;
- de mate van gedragsproblemen;
- de onmogelijkheid voor de cliënt om de eigen regie te voeren.

Deze factoren moeten zorgvuldig in onderlinge samenhang worden afgewogen. Hiervoor kan een afwegingskader worden ontwikkeld. Daarvoor is aanvullend onderzoek nodig. Of de zorg bij verblijf thuis of in een beschutte woonvorm geboden en bekostigd moet blijven worden vanuit de Wlz, vraagt om een keuze op het niveau van de aanspraak.

Behandeling en aanvullende zorgvormen maken deel uit van verblijf in het verpleeghuis

Ouderen die zijn aangewezen op verblijf in het verpleeghuis, hebben integrale behandeling en aanvullende zorgvormen nodig vanuit de Wlz. Dat geldt niet voor ouderen die gebaat zijn bij een beschutte woonvorm. Zij wonen dan namelijk in een veilige omgeving waar toezicht wordt geboden en waar de zorg kan bestaan uit begeleiding en verzorging. De verzilvering van het verblijf bij beschut wonen kan in de praktijk buiten het verpleeghuis plaatsvinden.

Gebruik van afwegingskader pas mogelijk als aan randvoorwaarden is voldaan

Met een formeel afwegingskader kunnen niet meer alle ouderen met een Wlz-VV-indicatie aanspraak maken op 'verblijf in een instelling', zoals het huidige verzekerde Wlz-pakket dat als vorm van zorg omvat. Op dit moment biedt de Wlz wel keuzevrijheid aan mensen met een Wlz-indicatie over de verzilvering ervan. Dit betekent dat zij zelf kunnen kiezen of zij de zorg met verblijf willen verzilveren in het verpleeghuis, met een volledig pakket thuis, modulair pakket thuis of persoonsgebonden budget thuis.

Er zijn randvoorwaarden nodig om met behulp van een afwegingskader onderscheid te kunnen maken tussen de verschillende vormen van verblijf:
- Binnen 'verblijf' is nader onderscheid nodig tussen de verblijfsvormen beschut wonen en beschermd wonen. De Wlz-VV-geïndiceerden die wel of geen aanspraak kunnen maken op verblijf in een beschutte woonvorm of een verpleeghuis moeten worden gespecificeerd.
- Aanpassen van de Wlz-aanspraak, want op dit moment hebben alle mensen met een VV-indicatie recht op verblijf. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) benadrukt dit ook in haar advies *Scheiden wonen en zorg*.[2]
- Het ontwikkelen en formaliseren van een afwegingskader, zodat de afweging voor iedere cliënt op dezelfde manier wordt gemaakt. Op dit moment biedt de Wlz in alle sectoren keuzevrijheid voor de verzilvering van de leveringsvorm. Als dit voor 'verblijf' binnen de VV-sector wordt beperkt, moet dit onderscheid eerst nader gespecificeerd worden.
- Voldoende beschikbaarheid van passende zorg voor ouderen die níét voor verblijf en behandeling naar een verpleeghuis hoeven. Denk bijvoorbeeld aan: dagbesteding, beschutte woonvormen, ondersteuning thuis.

Passende langdurige zorg voor mensen met een Wlz-indicatie

Mensen die Wlz-zorg nodig hebben, zijn kwetsbaar. Alleen als aan verschillende voorwaarden is voldaan, kunnen zij veilig en verantwoord in hun eigen woonomgeving blijven en daar de zorg ontvangen die zij nodig hebben. Die voorwaarden zijn:
- Samenwerking tussen eerste lijn en sociaal domein.
  Begin aan de start van de zorgketen en zorg voor goede samenwerking in de eerste lijn tussen de specialist ouderengeneeskunde, de huisarts en de wijkverpleegkundige én met het sociaal domein.
- Investeren in de directe leefwereld van ouderen.
  Op dit moment komen alleen mensen met een zeer complexe of acute zorgvraag in aanmerking voor verblijf in het verpleeghuis.[3] Helaas is dat voor hen vaak al te laat. Alleen door nú in te zetten op later en te investeren in de directe leefwereld van ouderen, vóórdat

[2] Nederlandse Zorgautoriteit, Advies *Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging*, 2023.
[3] Actiz, Infographic De weg naar het verpleeghuis, 2023.

zij te kwetsbaar worden, kunnen we de druk op verpleeghuizen écht verlichten. Hierbij gaat het om:

- de ondersteuning van mantelzorgers en respijtzorg (bij respijtzorg neemt iemand tijdelijk de zorg over van de mantelzorger);
- goede voorzieningen in de buurt waar ouderen wonen;
- een gezonde leefomgeving met sociale verbindingen.

Door vroegtijdig en structureel in te spelen op mogelijke zorgbehoeften, kan de noodzaak om zwaardere zorg in te zetten, worden uitgesteld of voorkomen. Hiermee zou de druk op de verpleeghuizen zelfs meer kunnen afnemen dan met een strikte cesuur. Als beschutte woonvormen voldoende passende zorg kunnen leveren, kan de noodzaak om uiteindelijk te moeten kiezen voor een verpleeghuissetting geleidelijk verschuiven naar de zwaardere zorgprofielen. Een beschutte woonvorm kan een plek zijn waar zorg nabij is en welzijn op de voorgrond staat. Een plek waar een sterk team aanwezig is dat goed met elkaar en met de behandelaren samenwerkt: huisarts, specialist ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog en paramedici. Een beschutte woonvorm kan een passende plek zijn als de mantelzorg wegvalt of iemands woning niet kan worden aangepast.

Inleiding

Het aantal mensen dat verpleeghuiszorg nodig heeft neemt toe. In 2019 bedroeg de instroom in de Wet langdurige zorg (Wlz) 38.091 mensen voor de sector Verpleging en Verzorging (VV). In 2022 nam dit aantal toe tot 53.812 mensen[4]. Het aantal medewerkers in verpleeghuizen stijgt nauwelijks. Als er niets verandert zal in 2060 een op de drie werkenden in de zorgsector aan de slag moeten om aan de totale zorgvraag te voldoen. Het aantal verpleeghuisplekken groeit naar verwachting niet mee, onder andere vanwege het tekort aan arbeidskrachten. Op 1 oktober 2023 stonden in totaal 22.218 mensen op de wachtlijst voor een plaats in een verpleeghuis[5,6].

Aanleiding

Toewijzing van verblijf

Mensen die in een crisissituatie terechtkomen door bijvoorbeeld het wegvallen van mantelzorg of door het ontstaan van een acute zorgvraag, krijgen voorrang op mensen die met een Wlz-indicatie op de wachtlijst staan[7]. De toewijzing in de praktijk vindt plaats door zorgprofessionals die weloverwogen beslissingen nemen bij de verdeling van de schaarse capaciteit. Hierbij spelen de mate van urgentie en het steunsysteem van de cliënt een grote rol. Dit heeft inmiddels tot gevolg dat cliënten met een zorgprofiel 4 VV in principe thuis bijgestaan worden. Een situatie die in diverse regio's al praktijk is, maar zich niet verhoudt tot de strekking van de Wlz, waarin elke Wlz-geïndiceerde aanspraak kan maken op verblijf in een instelling. Daarnaast zien we dat niet alle cliënten met een Wlz-indicatie aangewezen zijn op de specifieke zorg zoals die alleen in een verpleeghuis geboden kan worden.

Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)

Aanleiding voor de vragen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (zie onder) is het programma WOZO. Hierin wordt ingezet op het aanpassen van ondersteuning en zorg naar de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie over het eigen leven te behouden en op het zo lang mogelijk uitstellen of zelfs voorkomen van zware, complexe zorgvragen.

Een belangrijk vraagstuk dat voortvloeit uit het WOZO-programma, is welke ouderen in de Wlz aangewezen zijn op verblijf met integrale zorg. Mensen die zijn toegelaten tot zorg uit de Wlz hebben allen 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig. Momenteel omvat het verzekerde pakket voor iedere cliënt 'met toegang tot Wlz-zorg' verblijf met behandeling. Onder Wlz-behandeling wordt verstaan geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap. Als een cliënt naast verblijf ook behandeling vanuit de Wlz ontvangt, kan diegene ook aanspraak maken op aanvullende zorgvormen zoals huisartsenzorg en farmaceutische zorg. De vraag is of iedere cliënt met een VV-indicatie dit nodig heeft.

Wetgeving laten aansluiten op maatschappelijke ontwikkelingen

De huidige wettelijke kaders zijn zo ingericht dat, wanneer de zorg thuis niet meer verantwoord of doelmatig kan worden geleverd, de overstap naar het verpleeghuis mogelijk is. Dit staat op gespannen voet met de beweging die wordt ingezet naar langer en meer thuis en in de eigen omgeving organiseren van zorg zoals ook het WOZO voor ogen heeft. De huidige wet- en regelgeving is (nog) niet aangepast aan de beweging die in de praktijk al in gang is gezet waarbij mensen met een zorg- en ondersteuningsvraag thuis of in een andere woonvorm dan het verpleeghuis (hofjes, geclusterde woonvormen) verblijven.

---

4 Declaratiegegevens Wlz Vektis.
5 Wachtlijstcijfers van peildatum 1 oktober 2023, bron: kwartaalrapportage ZN.
6 Hoe staat het met de wachtlijsten in de verpleeghuizen? | ActiZ.
7 Infographic De weg naar het verpleeghuis | ActiZ.

Het organiseren van zorg zonder verblijf neemt toe
We zien in de VV-sector een opvallend snelle stijging van de leveringsvorm volledig pakket thuis (vpt). Het lijkt steeds vaker mogelijk om zorg te organiseren zonder verblijf in een instelling. In het verlengde hiervan heeft het ministerie van VWS de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om advies uit te brengen over de manier waarop de wijze van bekostiging kan bijdragen aan het scheiden van wonen en zorg in de toekomst[8]. De NZa heeft geanalyseerd of via de bekostiging extramurale leveringsvormen kunnen worden gestimuleerd door bijvoorbeeld de woningaanpassingen voor Wlz-cliënten in de thuissituatie, of gemeenschappelijk gebruik of hergebruik van roerende voorzieningen in geclusterde woonvormen, te vergoeden via de prestatie- en tariefregulering. Dit blijkt niet mogelijk zonder aanpassingen van het wettelijk kader. Daarom heeft de NZa in ditzelfde advies denklijnen gepresenteerd om tot een herstructurering van wettelijke aanspraken en leveringsvormen in de Wlz te komen.

Onderzoeksvragen minister van VWS

Gezien bovenstaande ontwikkelingen vraagt de minister van VWS het Zorginstituut in haar brief van 12 juni 2023 om te onderzoeken of het mogelijk is om "*in de Wlz (een combinatie van) objectieve criteria uit te werken tot een werkbare cesuur voor de praktijk (wetgeving, uitvoerders, professionals), met als resultaat dat alleen personen met een VV-indicatie die zijn aangewezen op verblijf met integrale zorg, de aanspraak verblijf krijgen toegekend?"* De brief met integrale vraagstelling is als bijlage 3 bijgevoegd.

In dit rapport geven we aan dat het niet mogelijk is om een strikte cesuur op basis van objectieve criteria te beschrijven. We geven aan dat het wel mogelijk is om een onderscheid te maken tussen ouderen (mensen van 65 jaar of ouder) voor wie het verpleeghuis de best passende plek is en ouderen voor wie zorg thuis of in een beschutte woonvorm het meest passend is. Hiervoor zou een afwegingskader kunnen worden ontwikkeld. Dit vraagt echter om aanvullend onderzoek en zorgvuldige implementatie. De toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie wordt hiermee verduidelijkt.

Met dit advies draagt het Zorginstituut bij aan passende zorg
Met dit advies beantwoorden wij de vragen van de minister van VWS. Daarnaast leveren we een bijdrage aan een rechtvaardige verdeling van schaarse zorg binnen de Wlz voor mensen met een VV-zorgprofiel. Passende zorg moet ervoor zorgen dat iedereen de zorg kan blijven ontvangen die nodig is. Met dit advies leveren we een bijdrage aan het realiseren van het passende zorg-principe dat de juiste zorg op de juiste plek moet worden geleverd. Dit geldt tevens voor het principe dat het niet alleen over ziekte gaat, maar ook over gezondheid door nadrukkelijk de meerwaarde en noodzaak van passende zorg thuis en/of in beschutte woonvormen te benoemen die verpleeghuiszorg- en verblijf helpen voorkomen of uitstellen.

Werkwijze en leeswijzer

Om antwoord te geven op de vragen van de minister, hebben wij gesprekken gevoerd met relevante partijen. In bijlage 6 staan deze partijen genoemd. Daarnaast gebruiken wij Wlz-declaratiegegevens die het Zorginstituut ieder kwartaal via Vektis van de zorgkantoren ontvangt. Ook hebben we rapporten en documenten geraadpleegd. In bijlagen 4 en 5 staat onze werkwijze uitgebreid toegelicht. Aan de hand van deze werkwijze brengen we zowel de cliënten met een VV-indicatie in kaart die zijn aangewezen op zorg zoals die alleen in het verpleeghuis geboden kan worden als de cliënten met een VV-indicatie die nog thuis of in een beschutte woonvorm kunnen blijven wonen. Daarnaast benoemen wij factoren die van invloed zijn op het feit dat mensen vanwege hun zorgvraag moeten verhuizen naar een andere setting dan thuis, zoals een beschutte woonvorm of het verpleeghuis.

In hoofdstuk 1 geven wij antwoord op de vragen die de minister van VWS ons heeft gesteld. In hoofdstuk 2 en 3 geven wij een verdere onderbouwing van de antwoorden die wij in hoofdstuk 1 hebben geformuleerd. In hoofdstuk 2 gaan we in op de doelgroepen waarover geen twijfel bestaat dat zij zijn aangewezen op een intramuraal verblijf met behandeling in een

[8] Advies Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging - NZa (2023).

verpleeghuis. Hoofdstuk 3 gaat in op de redenen en factoren die een rol spelen bij het maken van de stap naar een andere vorm van verblijf dan thuis. In hoofdstuk 4 benoemen wij een aantal aandachtspunten die ons inziens van belang zijn en/of om aanvullend te onderzoeken voordat een afweging op basis van verschillende factoren kan worden ingevoerd.

We hebben het advies ter consultatie aangeboden aan partijen die wij tijdens het voortraject hebben gesproken. De hoofdconclusies van ons advies worden breed gesteund. In hun reacties geven partijen ons daarnaast belangrijke aandachtspunten mee. Zij benadrukken bijvoorbeeld het belang van de aanwezigheid van de sociale context en een steunsysteem dat helpt opname te voorkomen of te vertragen. Daarnaast spelen randvoorwaarden die vanuit andere domeinen dan de zorg gecreëerd moeten worden een grote rol, wil langer thuis wonen mogelijk zijn (zoals respijtzorg en ondersteuning voor mantelzorgers, woonomgeving, wijkvoorzieningen). Tevens benadrukken partijen dat er in de praktijk al veel aandacht is voor dit vraagstuk. Professionals maken dagelijks afwegingen in precaire thuissituaties over de inzet van zorg en ondersteuning en de doorstroom naar een andere vorm van verblijf. Aandacht voor de organiseerbaarheid van de zorg, onderlinge afstemming en samenwerking, het aansluiten bij de praktijk en het waar nodig hierop aanpassen van de wet- en regelgeving zien partijen als de sleutel tot het realiseren van de juiste zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen. De reacties die bijdragen aan het beantwoorden van de vragen van de minister hebben wij verwerkt, evenals reacties die het advies verbeteren en versterken. Reacties die verder gaan dan de strekking van dit rapport hebben wij niet verwerkt. De integrale reacties (ontdaan van tot personen herleidbare gegevens) zijn als bijlage 8 opgenomen.

1 In antwoord op de vragen van de minister van VWS

De minister van VWS vraagt in haar brief van 12 juni 2023 of het mogelijk is om "*in de Wlz (een combinatie van) objectieve criteria uit te werken tot een werkbare cesuur voor de praktijk (wetgeving, uitvoerders, professionals), met als resultaat dat alleen personen met een VV-indicatie die zijn aangewezen op verblijf met integrale zorg, de aanspraak verblijf krijgen toegekend?*"

Een cesuur op basis van objectieve criteria, is niet te beschrijven.
Een cesuur suggereert een harde scheidslijn. Het vergt echter een afweging van factoren in onderlinge samenhang om te bepalen welke setting voor een oudere het meest passend is. Aan de afweging liggen multifactoriële aspecten ten grondslag. De mate van ernst van de factoren, die ook nog eens van elkaar afhankelijk kunnen zijn en van invloed op elkaar, maakt het te complex om tot objectieve criteria te komen. Er zal vooral sprake zijn van een afweging van verschillende factoren in onderlinge samenhang die bepalen waar iemand het beste op zijn plek is voor het ontvangen van de zorg die nodig is. Deze afweging kan per persoon en per sociale situatie verschillen.

Alle ouderen die in aanmerking komen voor VV-zorg uit de Wlz behoren tot een kwetsbare doelgroep die een vorm van een beschutte of beschermde woonomgeving nodig heeft en een vorm van integrale zorg en toezicht. Dit kan thuis zijn, bijvoorbeeld omdat een mantelzorger aanwezig is die toezicht biedt en/of er steun is van een sterk netwerk. Dit kan ook in een beschutte woonomgeving met 24 uur per dag zorg in de nabijheid zijn voor hen bij wie de zorg niet complex is. Een verpleeghuissetting hoeft er niet voor iedere Wlz-VV-geïndiceerde te zijn.

In de huidige Wlz-aanspraak wordt geen onderscheid gemaakt in verschillende vormen van verblijf.

Het is wel mogelijk om een onderscheid te maken binnen de doelgroep ouderen met een Wlz-VV-indicatie.
Wij onderscheiden drie groepen ouderen (mensen van 65 jaar of ouder) met een Wlz-VV-indicatie.

Voor de Wlz-doelgroepen 7 VV, 8 VV en 9 VV (16.925 cliënten in 2022, ca. 10%) is het verpleeghuis de best passende plek om zorg te ontvangen. Gezien hun zorgbehoefte moet voor hen het verpleeghuis sowieso altijd beschikbaar blijven. Het verpleeghuis levert hen verblijf met integrale zorg en behandeling (hoofdstuk 2).

De belangrijkste redenen om te verhuizen naar een verblijfssetting met integrale zorg en behandeling zijn:
- afwezigheid/overbelasting van de mantelzorger of steunsysteem;
- de mate van onplanbaarheid van de zorg;
- de mate van gedragsproblemen;
- de onmogelijkheid om de eigen regie te voeren.

(Zie ook figuur 6 in hoofdstuk 3).

Binnen de groep cliënten met een 5 VV of 6 VV (123.447 in 2022, ca. 72%) zien we grote verschillen in zorgbehoefte. Een deel van deze cliënten kan thuis passende zorg ontvangen, bijvoorbeeld diegenen die een sterk informeel netwerk hebben. Als de zorg thuis niet meer verantwoord te organiseren is, zal een deel toe kunnen met verblijf in de vorm van beschut wonen, waar zorg nabij wordt geboden en in toezicht wordt voorzien. Er zal echter ook een deel aangewezen zijn op verblijf in een verpleeghuis. Mensen met dementie en ernstige gedragsproblemen bijvoorbeeld moeten aanspraak kunnen maken op verblijf met complexe integrale zorg en multidisciplinaire behandeling.

Voor mensen met een 4 VV (30.831 cliënten in 2022, ca. 18%) is thuis of beschut wonen de best passende plek. Voor hen ligt de zorgbehoefte voornamelijk op het vlak van zorg en welzijn en staat behandeling niet op de voorgrond. Bij de ontwikkeling van de zorgprofielen is niet beoogd dat deze mensen hun zorg in een verpleeghuis zouden ontvangen (hoofdstuk 3).

Een afwegingskader kan helpen om het onderscheid te maken

Het vergt een afweging van factoren in onderlinge samenhang om te bepalen welke setting voor een cliënt het meest passend is. Hiervoor kan een afwegingskader worden ontwikkeld. Daarvoor is aanvullend onderzoek nodig. Met een afwegingskader wordt de toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie verduidelijkt. Of de zorg bij verblijf thuis of in een beschutte woonvorm geboden en bekostigd moet blijven worden vanuit de Wlz, vraagt om een keuze op het niveau van de aanspraak. Daarnaast is het belangrijk om randvoorwaarden en de gevolgen van een afweging en een aanpassing van de aanspraak goed in kaart te brengen.

Behandeling en aanvullende zorgvormen maken deel uit van verblijf in het verpleeghuis

Ouderen die zorg in het verpleeghuis ontvangen zullen behandeling en aanvullende zorgvormen zoals huisartsenzorg en farmaceutische zorg nodig hebben vanuit de Wlz. Zij die gebaat zijn bij een beschutte woonvorm hebben behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz nog niet integraal nodig. Beschut wonen is wonen in een veilige omgeving waar toezicht wordt geboden en waarbij de zorgbehoefte (volgens de respectievelijke zorgprofielen) kan bestaan uit ‘enige begeleiding’, ‘begeleiding en verzorging’, ‘begeleiding en intensieve verzorging’, of ‘intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging’. De verzilvering van verblijf zonder behandeling en aanvullende zorgvormen vindt in de praktijk ook plaats in het verpleeghuis, maar zou daarbuiten plaats kunnen vinden. ‘Verblijf zonder behandeling’ beschouwen wij in dit advies echter als een vorm van beschut wonen.

Op peildatum 1 juli 2023 waren er in totaal 159.310 cliënten met een zorgprofiel 4 VV, 5 VV en 6 VV die zorg in natura vanuit de Wlz ontvingen. Het aantal cliënten met respectievelijk een 4 VV, 5 VV en 6 VV dat verblijf zonder behandeling en dus evenmin aanvullende zorgvormen had, bedroeg:

VV 4	11.915
VV 5	7.277
VV 6	7.678

Het gebruik van behandeling en aanvullende zorgvormen door Wlz-cliënten is binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet inzichtelijk te maken. We kunnen niet aangeven of ouderen met een Wlz-VV-indicatie die verblijf zonder behandeling ontvangen behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit een ander domein dan de Wlz (de Zvw) georganiseerd en bekostigd krijgen. Andersom is het ook mogelijk dat mensen op een verpleeghuisplek met behandeling verblijven, maar geen of weinig gebruik maken van behandeling. Dit heeft te maken met de inkoopsystematiek. Ook dit kunnen we niet uit de declaratiegegevens halen.

Precieze aantallen kunnen we niet berekenen

Binnen de groep cliënten met een 5 VV of 6 VV zien we grote verschillen in zorgbehoefte. Deze groep vormt tevens de grootste groep binnen de Wlz (zie figuur 1). De afweging waar iemand het beste op zijn plek is voor het ontvangen van de benodigde zorg kan per persoon en per sociale situatie verschillen. Dit maakt dat het nu niet mogelijk is een goede inschatting van het aantal te maken. Daarbij verblijven in verpleeghuizen naast mensen met een VV-zorgprofiel vanwege een somatische of psychogeriatrische grondslag ook mensen met een grondslag lichamelijke handicap (LG) (en LG-zorgprofiel) of psychische stoornis (GGZ) (en GGZ-zorgprofiel). Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) kiest bij de indicatiestelling voor een zorgprofiel dat past bij de grondslag(en), stoornissen en beperkingen en de daaruit voortvloeiende actuele zorgbehoefte. Uitgangspunt is dat een zorgprofiel uit een sector gekozen wordt als de grondslag uit die sector aanwezig is. Als iemand meer dan één grondslag heeft, bekijkt het CIZ welke grondslag de meeste invloed op de zorgbehoefte heeft. Bij een LG-

zorgprofiel komt de zorgvraag voornamelijk voort uit een lichamelijke handicap, waarbij de zorg in een verpleeghuis (bijvoorbeeld op basis van de leeftijd) toch de meest geschikte verblijfsplek is. Dit betekent echter dat het aantal verblijfsplaatsen dat nodig is niet een-op-een te berekenen is op basis van de in- en uitstroomcijfers van de populatie met VV-zorgprofielen. Onderstaande figuren geven echter wel een indicatie en in beginsel is te verwachten dat de meeste verpleeghuisbewoners een VV-zorgprofiel hebben.[9]

Jaar	1 VV	2 VV	3 VV	4 VV	5 VV	6 VV	7 VV	8 VV	9 VV	10 VV
Verblijf met behandeling										
2019			29	4.172	50.679	20.058	10.220	1.992	823	258
2020			14	3.761	49.680	20.384	10.821	2.113	825	449
2021			8	3.690	51.375	21.935	11.620	2.307	1.013	433
2022			8	3.476	52.446	23.177	12.548	2.468	991	467
Verblijf zonder behandeling										
2019	235	696	1.418	19.526	7.168	6.695	146	109	2	58
2020	141	398	844	16.825	7.417	6.861	140	93	2	112
2021	79	232	453	15.308	7.479	6.895	129	97	3	102
2022	44	136	281	13.938	7.206	7.068	121	80	1	104
VPT										
2019	19	66	138	2.833	4.046	1.646	156	55		18
2020	12	38	80	2.726	4.793	1.838	172	56	1	22
2021	5	28	50	2.872	6.222	2.187	201	49	2	24
2022	3	16	32	3.462	8.115	2.698	193	57	1	42
MPT										
2019			2	7.312	10.634	2.453	130	165		6
2020		1	1	8.336	14.203	3.309	122	187		2
2021		1	2	8.102	15.092	3.617	136	212		1
2022		1	1	9.955	17.991	4.746	132	247	86	

Figuur 1: Verdeling aantal cliënten per zorgprofiel, per leveringsvorm

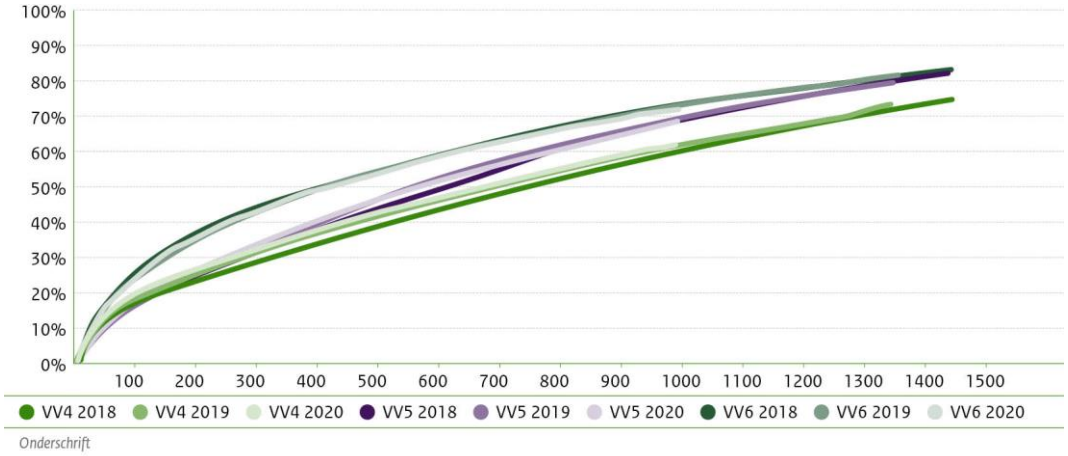
De berekening van het aantal plaatsen dat nodig is voor verblijf inclusief behandeling is afhankelijk van:

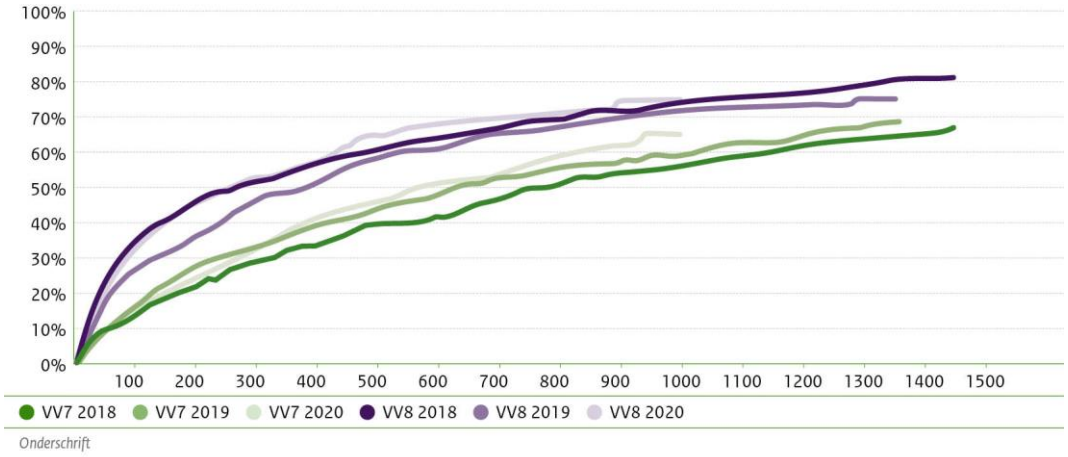
1. De nieuwe instroom VV-geïndiceerde cliënten en de aanspraak die zij maken op verblijf (zie figuur 2).
2. De uitstroom van VV-cliënten (als voorbeeld: na 2 jaar verblijf met behandeling is gemiddeld 40% van de cliënten met een 5 VV t/m 8 VV nog in leven; zie figuur 3 en 4).

Jaar van instroom Wlz	Totaal instroom cliënten VV	Totaal instroom cliënten VV4	percentage VV4 / totaal VV instroom
2019	38.091	10.577	28%
2020	43.084	10.726	25%
2021	47.591	11.903	25%
2022	53.812	13.087	24%

Figuur 2: Instroom per jaar in de VV en 4 VV als voorbeeld

[9] https://www.actiz.nl/sites/default/files/2023-11/Infographic%20zorgvraag%20verpleeghuiszorg%20oktober%202023.pdf.





Figuur 3 geeft inzicht in de gemiddelde verblijfsduur van cliënten met een 4 VV, 5 VV en 6 VV. Na instroom met een 4 VV is na bijna 4 jaar 70% van de cliënten overleden.

Figuur 4 geeft inzicht in de gemiddelde verblijfsduur van cliënten met een 7 en 8 VV. De lijn verloopt schokkeriger omdat er in absolute zin minder cliënten zijn in deze profielen. Na 2 jaar is 50% van de cliënten [die het verpleeghuis zijn ingestroomd met 5 VV in 2019 verblijf inclusief behandeling] overleden.

Zoals eerder beschreven kan er een onderscheid worden gemaakt tussen mensen die zijn aangewezen op verblijf en complexe integrale zorg in de setting van een verpleeghuis en mensen die 'nog toe kunnen' met verblijf thuis of een beschutte woonomgeving. Omdat er geen duidelijke cesuur of een te gebruiken afwegingssystematiek is, kan deze laatste groep niet exact gekwantificeerd worden. Wel kunnen we globaal aangeven hoe groot de groep is die langdurig de leveringsvorm verblijf zonder behandeling ontvangt binnen de 4 VV, 5 VV en 6 VV.

Verblijfsduur	Aantal 2019	Aantal 2020	Aantal 2021	Aantal 2022	Aantal 2023
0-1 jaar	4.932	5.215	4.922	4.860	4.206
1-2 jaar	2.297	2.588	2.273	2.286	2.080
2-3 jaar	1.505	1.763	1.614	1.392	1.478
3-4 jaar	853	1.071	1.100	965	871
>4 jaar	270	810	1.074	1.337	1.316

Figuur 5 geeft de verblijfsduur weer van cliënten met een 4, 5 en 6 VV. De cijfers >4 jaar en Aantal 2023 zijn voorlopige cijfers.

Onderbouwing
In hoofdstuk 2 gaan we in op de setting van het verpleeghuis en de doelgroepen waarover geen twijfel bestaat dat zij zijn aangewezen op een intramuraal verblijf met behandeling. In hoofdstuk 3 bespreken we de redenen en factoren die een rol spelen bij het maken van de overstap naar een andere vorm van verblijf dan thuis.

2 Voor wie is het verpleeghuis de best passende plek?

In dit hoofdstuk geven we weer wat de kenmerken zijn van een verpleeghuis en voor wie de verpleeghuiszorg en -setting in ieder geval beschikbaar moet zijn. Aanvullend op een setting die bescherming biedt, is de behandeling die op de voorgrond staat een onderscheidend criterium. Of het verpleeghuis het best passend is, hangt in alle gevallen af van de mate van complexiteit van de zorgbehoefte, waarbij bovendien per sociale situatie een verschillende afweging wordt gemaakt.

De kenmerken van de setting van het verpleeghuis, de expertise die nodig is bij het leveren van de zorg, de complexiteit van de zorgvraag zelf en de kenmerken van de cliënt en zijn omgeving kunnen worden meegenomen in een nog te ontwikkelen afwegingskader.

De expertise van de specialist ouderengeneeskunde is nodig

De ouderen met een Wlz-VV-indicatie die zijn aangewezen op verblijf in een verpleeghuis met behandeling vragen vanwege de complexiteit van hun (geriatrische) zorgvraag om expertise van de specialist ouderengeneeskunde. Deze stuurt in de verpleeghuissetting een multidisciplinair team aan dat korte lijntjes met elkaar heeft en op onplanbare momenten binnen een korte tijdspanne kan reageren. De specialist ouderengeneeskunde verleent ook de huisartsenzorg. De coördinatie en kennis van de doelgroep ontstijgt de mogelijkheden die de huisarts heeft.

Wie hebben de zorg in het verpleeghuis nodig?

Dit zijn vooral mensen met een Wlz-indicatie 7 VV of 8 VV en het tijdelijke zorgprofiel 9b VV. Voor hen geldt dat de verpleging, verzorging, ondersteuning en begeleiding die geboden moet worden, direct samenhangt met de specifieke aandoening of ziekte van de cliënt (zie zorgprofielen[I]). Het noodzakelijke toezicht wordt geboden door zorgprofessionals. Deze cliënten zijn aangewezen op een verblijfssetting waarin alle zorg in samenhang (integraal) wordt geleverd, dus in een verpleeghuissetting. De LVHC-doelgroep, die zorg ontvangt in een Regionaal expertise centrum (REC) of Doelgroep expertise centrum (DEC), valt hier ook onder.[10] Dit is zichtbaar in de cijfers. Er is maar een zeer klein aantal mensen met een 7 VV of 8 VV dat geen gebruik maakt van verblijf met behandeling (zie figuur 1).

Daarnaast is er een doelgroep die vanwege voorkoming van ernstig nadeel is aangewezen op zorg vanuit de *Wet zorg en dwang*[11] (Wzd, art. 21 en 24). Bij ouderen die geen blijk geven van de nodige bereidheid, maar ook niet van verzet tegen opname en verblijf of voortzetting van het verblijf, kan het CIZ het besluit tot opname en verblijf nemen. Mensen voor wie een rechterlijke machtiging wordt afgegeven en onvrijwillige opname en verblijf of voortzetting van het verblijf noodzakelijk is, zijn ingevolge de Wzd verzekerd van de bekostiging van de voor hen noodzakelijke zorg. Zij kunnen zorg in natura ontvangen in de vorm van verblijf in een Wzd-accommodatie.

Bij andere zorgprofielen dan 7-9 VV zal er sprake zijn van een afweging

Bij het opstellen van de zorgprofielen was de insteek dat een zorgprofiel 5 VV alle fasen van dementie zou omvatten. Consequentie hiervan is dat dit zorgprofiel best passend kan zijn voor bijna alle cliënten met de diagnose dementie, met uitzondering van cliënten met onbehandelbare complexe psychiatrische problematiek of gedragsproblematiek. Binnen deze (5 VV) groep bevindt zich een verscheidenheid aan cliënten die al dan niet zijn aangewezen op een multidisciplinair behandelteam binnen de muren van een verpleeghuis. Ditzelfde geldt voor cliënten voor wie het zorgprofiel 6 VV best passend is. Ook bij dit zorgprofiel kan een

---

[10] In de Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief gespecialiseerde zorg Wlz 2024 - BR/REG-24126 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl) staat beschreven hoe de doelgroep mensen met Korsakov en mensen met Huntington eruit ziet die verblijf en behandeling in een RC of DEC eruit ziet en welke prestaties die zorgaanbieder moet leveren.

[11] https://www.dwangindezorg.nl/wzd.

verscheidenheid aan (zorgsituaties van) cliënten voorkomen. Er zal in alle gevallen een afweging moeten worden gemaakt die per persoon en per sociale situatie kan verschillen.

Wat kenmerkt de doelgroep die is aangewezen op het verpleeghuis

De NZa benoemt in de Beleidsregel definities Wlz[12] dat het verpleeghuis toegelaten moet zijn voor de zorgvorm behandeling, die in combinatie met verblijf wordt geleverd.
Uit de gesprekken die wij hebben gevoerd met deskundigen en professionals uit de dagelijkse praktijk[13] komt naar voren dat er mensen met een VV-indicatie zijn die, ondanks het feit dat hun zorg en sociale context heel goed zijn georganiseerd, toch de setting van een verpleeghuis nodig hebben voor passende zorg.

Intramuraal verblijf met behandeling is een vorm van *full integration*[14] *(*alles vanuit één organisatorische eenheid aanbieden). Alle Wlz-zorg is integrale zorg (ook als die thuis wordt geboden), maar zorg in het verpleeghuis omvat complexe multidisciplinaire behandelingen.
De verpleeghuissetting (verblijf met integrale complexe zorg) is nodig omdat het gaat om problematiek die:

1. ernstig en meervoudig is, waarvoor een breed spectrum multidisciplinair aanbod nodig is;
2. instabiel en onvoorspelbaar is (observatie is nodig);
3. een langere periode zal duren of kortdurend wordt ingezet i.v.m. revalidatie/herstel, terminale zorg en begeleiding;
4. acute inzetbaarheid van meerdere disciplines vereist (bereikbaarheid en beschikbaarheid binnen een korte tijdspanne);
5. vervangende regie vereist, omdat de informele zorg daar ook niet (meer) toe in staat is of omdat deze geheel ontbreekt.

Bovengenoemde problematiek speelt een rol bij het maken van de afweging of iemand is aangewezen op integrale zorg en behandeling in het verpleeghuis. Voorafgaand daaraan spelen factoren een rol om de keuze te maken om te verhuizen naar een andere vorm van verblijf. Hier gaan we in het volgende hoofdstuk op in.

[12] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_754085_22/ .
[13] Verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en hoogleraren ouderengeneeskunde.
[14] Walter Leutz (1999) in the Millbank Quarterly over principes van integratie organiseren.

3 Redenen om beschut te gaan wonen wordt bepaald door een combinatie van factoren

Verblijf blijkt niet voor iedereen met een Wlz-indicatie noodzakelijk. Er zijn ook mensen die met een zwaar zorgprofiel thuis kunnen blijven wonen en daar hun zorg (zonder Wlz-behandeling) kunnen ontvangen. Dit kan bijvoorbeeld wanneer er voldoende mantelzorg is, er een steunsysteem aanwezig is en er 24 uur per dag een vorm van toezicht is. Mensen met een zorgprofiel 4 VV, 5 VV en 6 VV zijn niet in alle gevallen aangewezen op verblijf in het verpleeghuis. Er kunnen echter wel redenen zijn om de overstap te maken naar een andere vorm van verblijf. Dit wordt bepaald door een combinatie van factoren en cliëntkenmerken.

Bij het bepalen of het vanwege de zorgvraag nodig is om naar een andere setting te verhuizen en daar te gaan verblijven, spelen andere factoren mee dan bij het bepalen of integrale zorg in het verpleeghuis nodig is op basis van de zorgbehoefte. In dit hoofdstuk richten we ons vooral op de afweging of verblijf noodzakelijk is.

Wat verstaan we onder 'thuis'?
Thuis definiëren wij als 'achter de eigen voordeur'. Die eigen voordeur is er in verschillende vormen. In de Wlz kennen we verschillende leveringsvormen die inmiddels op diverse manieren door zorgaanbieders worden aangeboden. We zien in de leveringsvormen thuis dat mensen zorg krijgen in hun eigen oorspronkelijke woning via een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb), we zien 'gespikkelde' vpt's waarbij meerdere mensen vpt-zorg ontvangen in dezelfde buurt en we zien steeds meer geclusterde woonvormen ontwikkeld worden waar mensen met een Wlz-indicatie zorg ontvangen met een vpt.

Wat verstaan we onder 'verblijf'?
Verblijf definiëren wij als wonen in een instelling die geschikt is om de zorg te bieden waarop de cliënt is aangewezen. Bij verblijf in een instelling horen eten en drinken, schoonhouden van de woonruimte, roerende voorzieningen en overige voorzieningen, én 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht.
Het verpleeghuis is op dit moment voor mensen met een Wlz-VV-indicatie de enige intramurale VV-voorziening waarin het wonen niet is gescheiden van de zorg en ondersteuning. Uit de declaratiegegevens blijkt dat niet alle mensen die nu in het verpleeghuis verblijven de combinatie van verblijf met behandeling ontvangen. Een integraal tarief voor verblijf en zorg kan door een zorgaanbieder worden gedeclareerd als hij binnen dat verblijf alle voorzieningen organiseert die de cliënt nodig heeft (dus verblijf bekostigd vanuit collectieve middelen).

Er is geen sprake van verblijf als een aanbieder de zorg levert in de vorm van een vpt, mpt of pgb.

Factoren die een rol spelen bij de overstap naar verblijf[16] [17]

Of iemand thuis kan (blijven) wonen terwijl zijn zorgvraag toeneemt, is afhankelijk van de kenmerken van de zorgvraag en de organisatiegraad van de thuisomgeving.
Thuis blijven is mogelijk als:

1. sprake is van matige tot ernstige, meervoudige problematiek;
2. het verloop van de problematiek redelijk voorspelbaar en stabiel is;
3. er niet regelmatig al te urgente situaties te verwachten zijn en routines het mogelijk maken om urgente situaties te voorkomen dan wel snel te signaleren;
4. er niet een al te breed spectrum van integrale zorg nodig is;
5. thuis (eigen) regie en toezicht te organiseren is.

[15] Verblijf in een instelling (Wlz) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland.
[16] Beleidsregels indicatiestelling AWBZ bijlage 8 verblijf.pdf.
[17] Beleidsregels-Indicatiestelling-Wlz-2024-def_0.pdf.

Wat zijn redenen om niet langer thuis te (blijven) wonen?

Uit onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) *Het leven in een verpleeghuis*[18] blijkt dat verpleeghuisbewoners uiteenlopende overwegingen noemen die meespeelden bij de uiteindelijke beslissing om naar een verpleeghuis te verhuizen:

- de bezorgdheid van de familie (77%);
- achteruitgang van de fysieke gezondheid (73%);
- familie of vrienden (72%) of de thuiszorg (61%) konden thuis niet meer de benodigde zorg bieden;
- achteruitgang van de mentale gezondheid (58%).

Vóór de verhuizing naar een verpleeghuis of een andere woonvorm woonde driekwart van de bewoners nog zelfstandig; de rest woonde eerst in een andere instelling of woonomgeving.

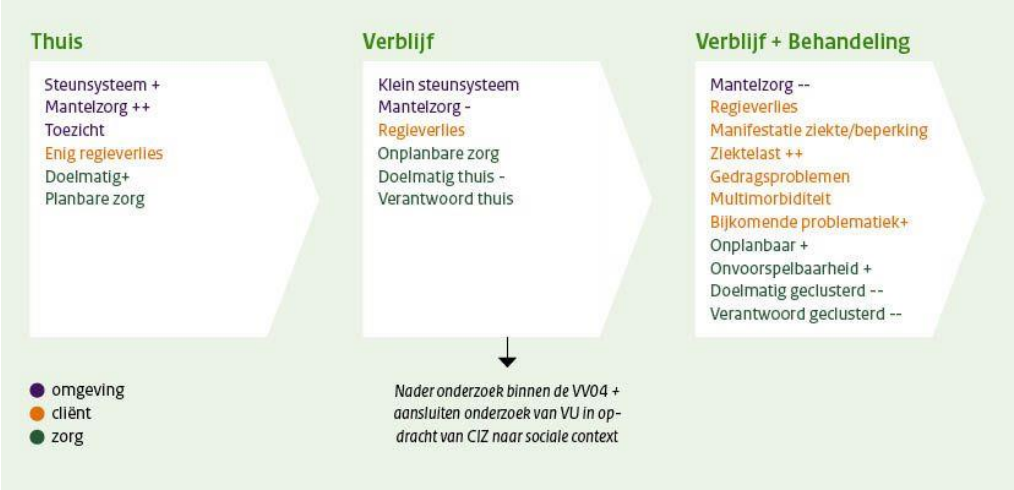
Patiëntenfederatie Nederland geeft aan dat mensen het zelf moeilijk vinden om een omslag aan te zien komen. Dit blijkt ook uit de uitgevoerde *Verkenning: Alternatieven voor wonen in een verpleeghuis.*[19] Soms is er sprake van een glijdende schaal, maar soms is sprake van een incident waardoor er een einde komt aan de zelfredzaamheid. Het gaat dus om een geleidelijke of snelle druppel die de emmer doet overlopen.

Specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen geven aan dat zware problematiek langere tijd in de thuissituatie kan worden opgevangen wanneer de samenwerking met een stabiel team in de wijk of in een geclusterd vpt goed loopt en mits de mantelzorger ook voldoende draagkracht heeft.

Veldpartijen, waaronder professionals die dagelijks te maken hebben met ouderen in de VV, zien als belangrijkste redenen voor de overstap naar verblijf:

- afwezigheid/overbelasting van de mantelzorger of steunsysteem;
- de mate van onplanbaarheid van de zorg;
- de mate van gedragsproblemen;
- de beperkte mogelijkheid om de 'eigen' regie te voeren.

In figuur 6 laten we zien welke factoren een rol spelen bij de keuze of een cliënt wel of niet thuis kan blijven wonen, een beschutte woonvorm nodig heeft of toch is aangewezen op de omgeving van een verpleeghuis met integrale zorg. De mate waarin iedere factor aanwezig is, speelt een rol in de afweging. Deze figuur is ontwikkeld op basis van de factoren die partijen tijdens de eerste gespreksronde hebben aangedragen en informatie uit rapporten en documenten, de beschrijving van de zorgprofielen, en de omschrijving van de Laag Volume Hoog Complex (LVHC) doelgroepen. Deze is vervolgens getoetst tijdens een tweede ronde gesprekken met specialisten en hoogleraren ouderengeneeskunde, huisartsen, verpleegkundigen en het CIZ.



[18] Het leven in een verpleeghuis – Rapport - SCP (2021).
[19] https://www.patientenfederatie.nl/downloads/rapporten/829-rapportage-alternatieven-verpleeghuis/file.

Figuur 6: overzicht van factoren per verblijfssetting; deze factoren zijn met verschillende kleuren aangegeven. + betekent aanwezigheid van, met – wordt bedoeld dat het niet of onvoldoende aanwezig is.

Zorgvuldigheid is nodig bij het maken van een afweging

Naast de problematiek en de omgeving van het verpleeghuis zoals besproken in hoofdstuk 2 spelen ook bovenstaande factoren een rol bij het maken van een zorgvuldige afweging waar iemand met een Wlz-VV-indicatie de best passende zorg kan ontvangen. Om te komen tot de ontwikkeling van een afwegingskader en een werkbare implementatie daarvan in de praktijk is aanvullend onderzoek nodig. Daarnaast is aandacht nodig voor het creëren van de juiste randvoorwaarden en het anticiperen op de gevolgen ervan. Hierover adviseren wij in het volgende hoofdstuk.

4 Aanvullingen op ons advies aan de minister

Dit hoofdstuk bevat aanvullende adviezen aan de minister voor een vervolg om te komen tot een te maken afwegingskader tussen beschermd en beschut wonen en een zorgvuldig proces voor die mensen die in aanmerking komen voor zorg uit de Wlz.

Om te komen tot een afwegingskader is aanvullend onderzoek nodig

Onderzoek naar de sociale context

Zoals aangegeven in hoofdstuk 1 is het niet mogelijk om op basis van objectieve criteria een strikte cesuur te beschrijven. Er zijn wel factoren te benoemen op basis waarvan een afweging kan worden gemaakt of een oudere met een Wlz-VV-indicatie voor zijn zorg is aangewezen op een beschermde of beschutte woonomgeving. Hiervan is echter nog onvoldoende duidelijk op welke wijze deze factoren afzonderlijk en tezamen van invloed zijn.
De Vrije Universiteit (VU) voert op dit moment in opdracht van het CIZ een onderzoek uit naar factoren die voor mensen zelf een rol spelen om wel of niet een Wlz-indicatie aan te vragen. Wonen is daarbij een factor.

Wij adviseren de minister om de uitkomsten af te wachten van dit lopende onderzoek van de VU onder leiding van Prof. Dr. X. Koolman (verwachte opleverdatum juni 2024). De resultaten hiervan kunnen bijdragen aan het vormgeven van een afwegingskader als middel om te bepalen welke setting voor welke cliënt het best passend is voor het ontvangen van Wlz zorg, omdat het gaat over het effect van factoren in de sociale context op de Wlz-aanvraag. Op basis van de resultaten kan worden bekeken welke factoren meespelen en welke hiervan te beïnvloeden zijn. Het CIZ zal deze factoren waarschijnlijk willen meewegen in de toekenning van een VV-indicatie. Deze factoren zullen mogelijk ook van invloed zijn op de 'omslag' naar verblijf en/of verblijf in een verpleeghuis.

Onderzoek naar de gevolgen voor andere domeinen

Daarnaast adviseren we de minister om aanvullend onderzoek te doen naar de randvoorwaarden die er moeten zijn om een afwegingskader te implementeren. Als er cliënten zijn die nog niet in aanmerking komen voor verblijf in het verpleeghuis, zal dit gevolgen hebben voor de inzet van zorg en ondersteuning uit andere domeinen (Zvw en Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo) en de spoedzorgketen. Langer thuis wonen met een Wlz-indicatie zonder het verblijf en de behandeling uit de Wlz te verzilveren, kan alleen als de zorg uit de Wmo en de Zvw voldoende onderling is afgestemd en als daarbij oog is voor draaglast en –kracht van de mantelzorger en het informele netwerk van de cliënt.

Onderzoek naar passende zorg thuis en/of in een beschutte woonomgeving

Uit een analyse van opgehaalde signalen over de wijze waarop zorg met een vpt of een mpt wordt ingezet komt naar voren dat er verschillen zijn in de wijze waarop het vpt wordt aangeboden en de samenstelling van het zorgpakket dat mensen dan ontvangen[20]. Er is behoefte aan meer duiding over wat een vpt concreet betekent voor zorgaanbieder en cliënt. En er is behoefte aan duidelijkheid over de wijze waarop binnen deze leveringsvormen permanent toezicht en 24-uurs zorg in de nabijheid wordt gerealiseerd. Ook is er behoefte aan meer duidelijkheid over het verschil tussen een vpt en mpt of verblijf. Wat mag een cliënt verwachten? En wat is het verschil tussen beschut wonen en beschermd wonen? Ligt bij beschut wonen de nadruk vooral op randvoorwaarden om de zorg verantwoord neer te kunnen zetten? Zoals een goede toe- en doorgankelijkheid van de woonomgeving en de aanwezigheid van toezicht als daar thuis niet in kan worden voorzien door het ontbreken van adequate mantelzorg? En is bij beschermd wonen de focus bijkomend intensief gericht op de complexiteit van de zorg? Deze verschillen kunnen van invloed zijn op de doorstroom van cliënten naar een verpleeghuis. Deze bevindingen komen overeen met de conclusies van de NZa in de verkenning naar het vpt gepubliceerd in 2022[21]. In aanvulling geeft de NZa in haar advies *Scheiden wonen en zorg* aan dat het onderscheid aan leveringsvormen vervaagt en aan betekenis verliest: *Leveringsvormen worden hoofdzakelijk als financieringsvormen gebruikt. Er*

[20] We zien bijvoorbeeld dat er bij situaties waarin de mantelzorg taken overneemt als eten koken, toezicht houden, instellingen een vpt declareren, terwijl dit eigenlijk een mpt is.

[21] Volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging – Aanbevelingen voor het scheiden van wonen en zorg – NZa (2022).

is geen zicht op: - Welke zorg, en hoeveel zorg een cliënt nodig heeft. - Welke zorg, en hoeveel zorg er (binnen de prestaties) wordt geleverd. - Wat de kwaliteit van de geleverde zorg binnen een prestatie is en of 24 uurs zorg/toezicht wordt geleverd. Wij adviseren daarom de minister om aanvullend onderzoek te (laten) uitvoeren naar hoe passende zorg thuis en/of in een beschutte woonomgeving eruit zou moeten zien.

Gezamenlijke werkagenda Rijksdiensten
Wij adviseren de minister om een afwegingskader niet te zien als een losstaande oplossing voor een breder probleem. We zien verbetermogelijkheden binnen het huidige systeem, maar het systeem zal ook moeten 'meebewegen'. In een gezamenlijke werkagenda hebben het Zorginstituut, de NZa, het CIZ en het Centraal Administratie Kantoor (CAK)[22] aangegeven welke stappen nodig zijn om te komen tot een toekomstig passend en houdbaar stelsel voor de langdurige zorg. In die agenda staan activiteiten benoemd die ook in dit advies terugkomen zoals het meenemen van de sociale context bij de indicatiestelling. Het gezamenlijk streven is om te komen tot een optimale verdeling van de schaarste en inzet van de beschikbare capaciteit voor de meest kwetsbaren.

Juridische gevolgen van een eventuele cesuur
Op basis van de huidige wet- en regelgeving kunnen alle mensen met een indicatie voor de Wlz aanspraak maken op verblijf. Het ingevolge de Wlz verzekerde pakket omvat verblijf in een instelling (art. 3.1.1, lid 1a Wlz). Als Wlz-geïndiceerden op basis van bepaalde kenmerken worden uitgesloten van verblijf, zal de wet hierop moeten worden aangepast.
Door een afweging te maken tussen beschut en beschermd wonen en dit door te voeren zullen niet alle Wlz-geïndiceerden aanspraak maken op alle zorgvormen die het huidige verzekerde pakket omvat. In de wet- en regelgeving zal eenduidig moeten zijn vastgelegd welke zorg, voor welke doelgroep en in welke setting vanuit de Wlz wordt geleverd. Dit betekent een aanpassing in de aanspraak.

De wet- en regelgeving aanpassen zodat bepaalde mensen geen aanspraak meer kunnen maken op verblijf verandert niets aan de kwetsbaarheid van de mensen met een Wlz-indicatie. Voor diegenen voor wie zorg thuis of in een beschutte woonvorm nodig is, zal deze alsnog moeten worden gerealiseerd. Door een formele afweging te hanteren verschuift de verantwoordelijkheid voor het leveren van een deel van de zorg en ondersteuning mogelijk naar andere domeinen. Op het gebied van ondersteuning en welzijn naar de gemeente (Wmo) en voor de behandelcomponent naar de Zvw. De gevolgen van een dergelijk scenario behoeven aandacht.

In het advies *Scheiden van wonen en zorg in de verpleging en verzorging*[23] en *positionering behandeling voor Wlz-cliënten*[24] *schrijft de NZa "We moeten toe naar een situatie waarbij de manier waarop zorg, waaronder behandeling, rondom de cliënt wordt georganiseerd direct volgt uit de kenmerken van een cliënt. Alleen op die manier houden we de langdurige zorg in de toekomst toegankelijk voor mensen die zorg nodig hebben. We adviseren de minister om een scherpe keuze te maken: welke vorm van aanbod in de toekomst passend is voor welke cliëntgroep."*
Zonder een scherpe keuze zal het implementeren van een afwegingskader niet mogelijk zijn.

De bredere context

Langer thuis wonen door een passende organisatie van zorg en welzijn
Uit alle gesprekken komt naar voren dat er mensen zijn die zorg uit de Wlz nodig hebben en (nog) niet zijn aangewezen op een verpleeghuisplek, maar gebaat zijn bij een beschutte en/of beschermde woonvorm. Deze woonvorm bestaat uit meer dan een stapel stenen. Binnen de woonvorm moet een sterk team aanwezig zijn dat goed met elkaar en met de behandelaren (zoals de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts) samenwerkt. Door een passende organisatie van zorg en welzijn die aansluit op de omgeving van de cliënt en meebeweegt, kan de overstap naar verblijf in een verpleeghuis worden uitgesteld of mogelijk worden voorkomen. Hiermee wordt ook, waar mogelijk, tegemoetgekomen aan de wens van mensen

[22] Gezamenlijke werkagenda - verbeteringen stelsel langdurige zorg | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.
[23] Scheiden van wonen en zorg in de verpleging en verzorging - Advies Deel 1 – NZa (2023).
[24] Positionering behandeling voor Wlz- cliënten – Advies Deel 2 – NZa (2023).

die (nog) niet in het verpleeghuis opgenomen willen worden, maar bij wie de zorg thuis niet meer verantwoord en doelmatig geleverd kan worden.

Een voorwaarde is wel dat wordt begonnen aan de start van de zorgketen en dat een goede samenwerking in de eerste lijn tussen de specialist ouderengeneeskunde, de huisarts en de wijkverpleegkundige en het sociaal domein wordt bevorderd. Hieraan wordt gewerkt aan verschillende tafels zoals de *Visie eerstelijnszorg*[25], het alternatief voor overheveling behandeling Wlz, de *handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis*[26] en het *Generiek Kompas Kwaliteit van Bestaan.*

Op dit moment komen alleen mensen met een zeer complexe of acute zorgvraag in aanmerking voor verblijf in het verpleeghuis[27]. Deze zorg komt helaas vaak (te) laat. De mantelzorger is dan al overbelast of weggevallen, het steunsysteem kan de zorg en ondersteuning niet meer aan of de zorgvrager is er slechter aan toe. Dit maakt temeer duidelijk dat de druk op verpleeghuizen alleen écht te verlichten is als wordt ingezet in de directe leefwereld van ouderen nog voordat zij kwetsbaarder worden. Hierin is de professionele afweging van de wijkverpleegkundige en/of casemanager dementie cruciaal om te voorkomen dat er een crisissituatie ontstaat. De wijkverpleegkundige en/of casemanager dementie en haar team hebben een belangrijke rol bij het inschatten van de draaglast en draagkracht van het cliëntsysteem.

Bovendien is het noodzakelijk om te investeren in de ondersteuning van en respijtzorg voor mantelzorgers, in goede voorzieningen in de buurt waar ouderen wonen, in een gezonde leefomgeving met sociale verbindingen. Hiermee kan deze leefomgeving aangepast en geschikt gemaakt worden voor nu en later, op het moment dat er zorg nodig is. Door hier aandacht voor te hebben, kan tijdig worden ingespeeld op mogelijke zorgbehoeften waardoor zwaardere zorg kan worden uitgesteld of voorkomen.

Samenhang met het Generiek kompas en Signalement passende langdurige zorg
Passende zorg is zorg die is afgestemd op de persoonlijke situatie van de mens die zorg ontvangt. Iemand met een zorgvraag wordt hiermee zo veel mogelijk in staat gesteld om invulling te geven aan zijn eigen kwaliteit van bestaan.

Passende zorg komt idealiter samen met de zorgvrager en diens omgeving tot stand. Een open gesprek tussen de zorgvrager, diens informele netwerk en de formele zorgverleners vormt hiervoor de basis. In dit open gesprek bepaalt men wat iemand zelf kan, waar het informele netwerk kan ondersteunen en wanneer hulp van de formele zorgverlener nodig is. De focus kan liggen op het ondersteunen en (tijdelijk) ontlasten van de mantelzorger, zodat deze kan blijven doen wat hij voor zijn naaste al deed. In gezamenlijkheid kan ook tot de conclusie worden gekomen dat het onverantwoord is dat iemand nog langer thuis blijft wonen en dat een andere setting nodig is.

Dit is geen nieuwe ontwikkeling. Partijen zetten in het *Generiek kompas samen werken aan kwaliteit van bestaan* een belangrijke stap in deze richting. Ook zien we de beweging in programma's zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het WOZO terugkomen. In het *Signalement passende langdurige zorg* dat later dit jaar verschijnt, worden belemmeringen en oplossingsrichtingen aangestipt om de implementatie van de beweging in de Wlz te bevorderen. Als er een cesuur wordt opgesteld, zal ook moeten worden aangesloten bij deze beweging die is ingezet.

[25] Visie eerstelijnszorg 2030 | Rapport | Rijksoverheid.nl.
[26] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/06/30/verduidelijking-zorginstituut-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis-in-een-complexe-zorgsituatie.
[27] https://www.actiz.nl/publicaties/infographic-de-weg-naar-het-verpleeghuis

Bijlage 1: Begrippenlijst

Beschermd wonen = Een beschermde woonomgeving is een veilige en afgeschermde woon- en leefomgeving voor ouderen die door hun beperkingen niet in staat zijn zelfstandig te leven en een mogelijk gevaar voor zichzelf of anderen vormen, en waarin zorg en behandeling geboden wordt. De cliënt heeft een intensieve behoefte aan ondersteuning die zich veelal gedurende de dag openbaart; meestal is de mogelijkheid van directe inzet van zorg noodzakelijk. Er kunnen zich problemen voordoen die leiden tot gevaar voor de cliënt en/of voor de directe omgeving; daarom is toezicht nodig. De ondersteuning is vaak onplanbaar en kan op alle momenten van de dag nodig zijn; daarom is naast toezicht ook 24/7 zorg in de directe nabijheid aanwezig.

Beschut wonen = Op beschut wonen zijn ouderen aangewezen die nog geen verblijf met behandeling nodig hebben, maar voor wie thuis wonen ook niet meer mogelijk is. Beschut wonen is wonen in een veilige omgeving waar toezicht wordt geboden en waarbij de zorgbehoefte (volgens de respectievelijke zorgprofielen) kan bestaan uit 'enige begeleiding', 'begeleiding en verzorging', 'begeleiding en intensieve verzorging', of 'intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging'. De cliënt heeft gedurende de dag op meerdere momenten behoefte aan ondersteuning; dit kan doorgaans goed worden ingepland. Maar directe inzet kan ook noodzakelijk zijn; er kunnen zich incidenteel problemen voordoen die leiden tot gevaar voor de cliënt en/of voor de directe omgeving. Daarom is (voornamelijk overdag) toezicht nodig en is er 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar.

Behandeling = Geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening of beperking van de Wlz-geïndiceerde oudere.

Cesuur = scheidslijn, grens, omslagpunt. Omslagpunt voor het moment waarop mensen in aanmerking komen voor een plek in het verpleeghuis.

CIZ = Centrum Indicatiestelling Zorg, het zelfstandig bestuursorgaan dat de toegang tot Wlz-zorg vaststelt met een indicatiebesluit https://www.ciz.nl/voor-zorgprofessionals

Integrale zorg = Samenhangende zorg met afstemming tussen de zorgverleners (en mantelzorg).

Modulair pakket thuis (mpt) bestaat uit één of meer losse vormen van een zorg of dienst (waaronder verblijf dus niet begrepen) als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wlz.

Multidisciplinaire zorg = Zorg waarbij naast de medisch behandelaar meer dan één zorgdiscipline betrokken is om de integrale zorg te vorm te geven; denk aan de verpleegkundige/verzorgende, begeleider, fysiotherapeut, logopedist, GZ-psycholoog.

NZa = Nederlandse Zorgautoriteit https://www.nza.nl/.

Objectieve criteria = Criteria die door alle instellingen hetzelfde worden gehanteerd zodat cliënten overal in Nederland gelijk beoordeeld worden; Op basis van zorgbehoefte of andere cliëntkenmerken geformuleerde criteria waarmee bepaald kan worden welke ouderen in aanmerking moeten blijven komen voor de aanspraak verblijf.

Persoonsgebonden budget (pgb) = Persoonsgebonden budget. Een bedrag waarmee de Wlz-verzekerde onder bepaalde voorwaarden aan hem te verlenen zorg kan inkopen.

SCP = Sociaal Cultureel Planbureau https://www.scp.nl/.

Verblijf = Verblijf in een instelling, waarbij een instelling een organisatorisch verband is dat zorg verleent.

Verblijf met behandeling = Verblijf met behandeling door dezelfde instelling als waar verzekerde verblijft.

Verpleeghuis = Zorgaanbieder die is toegelaten voor de zorgvorm behandeling en die dit levert in combinatie met Wlz-verblijf aan verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking.

'Verzorgingshuis' in de VV-sector = Zorgaanbieder die niet is toegelaten voor de zorgvorm behandeling en die verblijf levert aan verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking en aan verzekerden met een psychosociaal probleem.

Volledig pakket thuis (vpt) = Volledige Wlz-zorg, geleverd door één zorgaanbieder, zonder verblijf.

VV-sector = Sector Verpleging en Verzorging binnen de Wlz.

Wlz = Wet langdurige zorg https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2021-01-01.

WOZO = Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen .

Zorg = Zorg en overige diensten zoals bedoeld in artikel 3.1.1 Wlz.

Zorgprofielen = Een algemene typering van vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen op dezelfde terreinen, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard, inhoud en globale omvang overeenkomen. Zie ook: https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2022-07-01/0#BijlageA.

Bijlage 2: Lijst overig geraadpleegde bronnen

Actiz - Infographic over de weg naar het verpleeghuis
https://www.actiz.nl/publicaties/infographic-de-weg-naar-het-verpleeghuis

Alzheimer Nederland - Dementiemonitor Mantelzorg 2022 -
infographic_dementiemonitor mantelzorg 2022_CORRECTIE_webLR (alzheimer-nederland.nl)

Alzheimer Nederland - het sociale leven van mantelzorgers van mensen met dementie: inzichten uit de Dementiemonitor 2022 - Factsheet (2022)

Autoriteit Consument & Markt - Onderzoek verpleeghuiszorg; de relatie tussen concentratiemaatstaven en de marktuitkomsten kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid – rapport (2021)

Espria ledenvereniging - Behoeftenonderzoek informele zorg (2023)
Behoefteonderzoek informele zorg | Espria Ledenvereniging

Federatie Medisch Specialisten - Triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19 - Leidraad (2021)

Landelijke Huisartsen Vereniging - Kwetsbare ouderen thuis - Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk (2021)

MantelzorgNL - Nationaal mantelzorgpanel: Ervaringen met verpleging en verzorging in thuissituatie - onderzoeksresultaten (2022)

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Programma wonen en zorg voor ouderen (2022)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - De kwaliteit van leven van thuiswonende 75-plussers in Nederland – Project langer thuis - Working paper (2021)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) - Kamerbrief (2022)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - [Ont]regel de Mantelzorg - rapport (2019)

Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde - MESO-zorg
mesozorg.nl

Nederlandse Zorgautoriteit - Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging - Advies (2023)

Nederlandse Zorgautoriteit - Positionering behandeling voor Wlz-cliënten - Advies (2023)

Nederlandse Zorgautoriteit - Kennis en zorg voor laag volume hoog complexe doelgroepen in de wet langdurige zorg - Advies bekostiging (2020)

Patiëntenfederatie Nederland - Verkenning: Alternatieven voor wonen in een verpleeghuis (2021)

Raad van ouderen - Campagne de waarde van ouder worden - Advies (2019)

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving - Met de stroom mee - Adviesrapport (2023)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu - Opgaven voor volksgezondheid en zorg op weg naar 2050: Vooruitblik Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024 - rapport (2023)

SiRM - Wachten op wijkverpleging Onderzoek naar de beschikbaarheid van wijkverpleging - rapport (2023)

Sociaal en Cultureel Planbureau - Blijvende bron van zorg - Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019 - publicatie (2020)

Sociaal en Cultureel Planbureau - Ouderen in instellingen; landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoner - rapport (2005)

Sociaal en Cultureel planbureau - het leven in een verpleeghuis - Landelijk overzicht van de leefsituatie, ervaren kwaliteit van leven en zorg van oudere verpleeghuisbewoners in 2019 - publicatie (2021)

Vilans en ministerie van VWS - Programma Waardigheid en trots
Nieuws | Waardigheid en trots

VGN: Voornemen om behandeling over te hevelen naar Zorgverzekeringswet is zeer zorgwekkend | Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2022)

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid - Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak - Rapport (2021)

ZonMW - Programma Beter Thuis
Beter Thuis: Kwaliteitsontwikkeling tijdelijke intensieve zorg en behandeling | ZonMw

Zorginstituut Nederland - Advies over het concept-wetsvoorstel Langdurige Intensieve Zorg - Adviesrapport (2013)

Zorginstituut Nederland - Van meerzorg naar passende zorg: Bouwstenen voor een toekomstbestendige langdurige zorg - Signalement (2021)

Artikelen en wetenschappelijke publicaties

Marie-José Litjens, Marieke Perry, Simone Hendriks, Marcel Olde Rikkert - Crisisopname bij dementie dient zich vaak al eerder aan - artikel Medisch contact (januari 2012)

Jan Koolen - Kwaliteit van verpleeghuiszorg: wat doet ertoe voor cliënten? - artikel Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (juni 2019)

Astrid Tuinman - Nursing in long-term institutional care - proefschrift (2021)

Christian Wallner - Een frisse blik op de verpleegkundige in het verpleeghuis - lectorale rede (2022)

Judith Blom - Formal and Informal Long-Term Care in an Ageing Society - proefschrift (2021)

Elja van der Wolf - Well-being in gerontopsychiatric nursing home residents - proefschrift (2020)

Marjolein Veerbeek, Claudia van der Velden, Joran Lokkerbol, Bernadette Willemse, Anne Margriet Pot - Kleinschalige wijkgerichte zorg in Gemert-Bakel; Een studie naar kosteneffectiviteit en succesfactoren - studie Trimbos Instituut (2014)

Marjolein Veerbeek, Claudia van der Velden, Joran Lokkerbol, Bernadette Willemse, Anne Margriet Pot - Domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk - eindrapport Significant (2021)

Catherine Henderson e.a. Costs and cost-effectiveness of the meeting centres support programme for people living with dementia and caresr in Italy, Poland and the UK: The MEETINGDEM study - artikel in Health and social care in the community (nov 2021) via PubMed (2021)

Voorbeelden woonvormen:

- Martha Flora: Dementiezorg, gespecialiseerd en liefdevol
- Living-Inn Nijmegen
- Inspiratiegids intergenerationeel wonen | ZorgSaamWonen

Bijlage 3: Verzoekbrief minister van VWS

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
T.a.v. de heer dr. J. Wijma
Postbus 320
1112 ZA DIEMEN

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Afdeling 3

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
L. Bavelaar - von Oerthel
Beleidsmedewerker

M +31(0)6-11860762
l.bavelaar@minvws.nl

Kenmerk
3602445-1049171-LZ
Uw brief

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 12 JUNI 2023
Betreft Verzoek tot onderzoek cesuur aanspraak verblijf voor Wlz-cliënten met een VV-indicatie

Geachte heer Wijma,

Met het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) wordt ingezet op het aanpassen van ondersteuning en zorg op de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie op het eigen leven te houden en dat zware, complexe zorgvragen zo lang mogelijk worden uitgesteld of zelfs worden voorkomen. Het is van belang uit te blijven gaan van hetgeen ouderen willen en nodig hebben en passende zorg en ondersteuning in te zetten. Voor ouderen met de meest complexe zorgvragen blijft waar nodig een verpleeghuisplek beschikbaar waar integrale zorg en ondersteuning geleverd wordt en het zorgaanbod samenhangt met de fysieke locatie.[1]

Het WOZO-programma kent vijf actielijnen. Binnen actielijn 3 (Passende Wlz-zorg) ligt de focus op het anders organiseren van de zorg voor ouderen met een VV-indicatie en de kwaliteit van zorg. Het gaat daarbij onder andere om het door ontwikkelen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en het scheiden van wonen en zorg. Niet voor iedere oudere is inhoudelijk scheiden van wonen en zorg haalbaar, er zijn ouderen met een zeer complexe zorgvraag die aangewezen zijn op gespecialiseerde integrale zorg waarbij zorg, ondersteuning, behandeling en verblijf in een instelling onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

Aanleiding
Een belangrijk vraagstuk, dat voortvloeit uit het WOZO-programma, is welke personen aangewezen zijn op integrale zorg met verblijf. Momenteel omvat het verzekerde pakket voor iedere cliënt 'met toegang tot Wlz-zorg' verblijf. Als een cliënt verblijf en behandeling van dezelfde instelling ontvangt, omvat het verzekerde pakket ook aanvullende zorgvormen, zoals huisartsenzorg en farmaceutische zorg.

In toenemende mate blijkt het mogelijk voor cliënten met een indicatie VV4, maar ook met een indicatie VV5 en VV6, om passende zorg te organiseren zonder verblijf in een instelling. We zien in de VV-sector een opvallend snelle stijging van

[1] Brief aan TK "Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor ouderen", 4 juli 2022.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Afdeling 3

het aantal cliënten in zorg op basis van VPT waarvan een deel ook op basis van niet geclusterd VPT ("VPT in de wijk"). Zolang deze leveringsvormen aansluiten bij de wens van cliënten en zij minder druk zetten op de arbeidsmarkt en collectieve zorguitgaven, is dit uiteraard een gewenste ontwikkeling.

Gezien deze ontwikkeling en de uitgangspunten van het WOZO-programma is het de vraag of het mogelijk is om inhoudelijke criteria te formuleren op basis waarvan bepaald kan worden welke cliënten met een VV-indicatie in aanmerking moeten komen voor de aanspraak verblijf in een instelling. Het gaat dus niet om het aanscherpen van de toegangscriteria tot de Wlz, maar om het aanscherpen van de aanspraak op verblijf binnen de Wlz. Het doel is om een goede balans te realiseren tussen het aantal beschikbare verpleeghuisplekken (nu ca. 130.000) en het aantal personen dat daarop het meest is aangewezen (verdeling van de schaarste).

In de zomer en najaar van 2022 is dit vraagstuk ambtelijk verkend door middel van gesprekken met betrokken veldpartijen, werkbezoeken en het bestuderen van relevante literatuur. Dit heeft geleid tot een inventarisatie van mogelijke criteria:

- De ziekte en het beperkingenbeeld van de cliënt, zoals ernstige dementie met gedragsproblematiek;
- Kenmerken van de zorgvraag, bijvoorbeeld een behoefte aan CSLM;
- De individuele sociale context;
- Mogelijkheden om doelmatig passende zorg elders te organiseren;
- Het risico op ernstig nadeel als de cliënt zorg elders ontvangt;
- De behoefte aan zorg in een bijzondere accommodatie waar specifieke voorzieningen aanwezig zijn.[2]

Verzoek tot onderzoek en uitgangspunten

Om te komen tot een cesuur die te hanteren is om een gerechtvaardigd onderscheid te maken tussen Wlz-cliënten, en tevens binnen de groep met een VV-indicatie, is nader onderzoek nodig. Gezien de ervaring van het Zorginstituut Nederland met onder andere het adviseren van het ministerie van VWS over de inhoud van verzekerde zorg en het betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief sterk houden van de zorg, en de ervaring met het organiseren, leiden en uitvoeren van vergelijkbare onderzoeken, zie ik hierin een belangrijke rol voor het Zorginstituut Nederland. De afgelopen tijd hebben gesprekken plaatsgevonden tussen medewerkers van het ministerie van VWS en het Zorginstituut over het uitvoeren van dit onderzoek.

Ik wil u daarom verzoeken om de volgende vragen te onderzoeken:

Is het mogelijk om in de Wlz (een combinatie van) objectieve criteria uit te werken tot een werkbare cesuur voor de praktijk (wetgeving, uitvoerders, professionals), met als resultaat dat alleen personen met een VV-indicatie die zijn aangewezen op verblijf met integrale zorg, de aanspraak verblijf krijgen toegekend?

i) Zo ja:

- *Hoe ziet de cesuur eruit? Welke (combinatie van) toepasbare criteria is/zijn onderdeel van de cesuur?*
- *Maken alle cliënten die verblijf krijgen toegekend op basis van de uitgewerkte criteria ook aanspraak op behandeling, inclusief*

[2] Bijlage: Resultaten per actielijn, Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Afdeling 3

aanvullende zorgvormen zoals huisartsenzorg en farmaceutische zorg, of zijn er ook cliënten die geen aanvullende behandeling nodig hebben? Uitgangspunt is dat een cliënt met een VV-indicatie die verblijf krijgt toegekend ook automatisch recht heeft op behandeling inclusief aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz.

- *Kan er op basis van de cesuur ingeschat worden hoeveel personen met een VV-indicatie de aanspraak op verblijf krijgen toegekend?*

ii) Zo nee: Wat zijn de knelpunten en hoe kunnen die aangepakt worden?

Proces
Ik verzoek u om bij dit onderzoek externe partijen zoals CIZ, ActiZ, ZN, NZa, cliëntenorganisaties, Verenso, V&VN, LHV en SANO te betrekken en hierbij focus te houden op de hoofdvraag. Vervolgvragen die raken aan de consequenties van de cesuur, zoals de gevolgen voor Wlz-cliënten die de aanspraak verblijf niet krijgen toegekend en de juridische haalbaarheid, worden door VWS opgepakt en zijn geen onderdeel van voorliggend verzoek. Deze afbakening beoogt het tijdpad te bewaken, zodat uw bevindingen maart 2024 beschikbaar zijn.

Ontwikkelingen rond de functie behandeling en de stand van zaken en resultaten van verschillende opdrachten kunnen mogelijk van invloed zijn op dit project. Uitgangspunt is namelijk dat een persoon met een VV-indicatie die verblijf krijgt toegekend ook automatisch recht heeft op behandeling inclusief aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz. Daarom zal VWS het Zorginstituut Nederland op de hoogte houden van de vorderingen en stand van zaken van de verschillende opdrachten die aan dit project raken.

Verwachte resultaten
Een cesuur voor de aanspraak verblijf binnen de Wlz faciliteert de beweging van WOZO. Een cesuur geeft voor partijen aan voor welke cliënten met een VV-indicatie wel een verpleeghuisplek bestemd is en voor welke cliënten een oplossing elders gevonden moet worden. Daarnaast kan de cesuur bijdragen aan een balans tussen het aantal cliënten met een VV-indicatie met aanspraak op verblijf en het aantal beschikbare plaatsen. Ook kan een cesuur zekerheid bieden aan een groep cliënten met een VV-indicatie waarvoor geen alternatieven zijn buiten de instelling. We willen waarborgen dat de capaciteit aan verpleeghuisplaatsen beschikbaar blijft voor díe personen die daar op het meest zijn aangewezen.

Gelet op het voorgaande wil ik u vragen om:

- In de periode tot maart 2024 te onderzoeken of het mogelijk is een cesuur te ontwikkelen voor de aanspraak verblijf voor Wlz-cliënten met een VV-indicatie en hoe deze cesuur eruit ziet;
- Mij september in 2023 te informeren in een adviesgesprek over de haalbaarheid van dit verzoek.

Over de werkzaamheden van het Zorginstituut Nederland
Ik ga ervan uit dat u het onderzoek verricht in het kader van de reguliere werkzaamheden van het Zorginstituut Nederland op het terrein van de langdurige zorg (overeenkomstig artikel 5.1.3 van de Wlz).

Tot slot

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Afdeling 3

Ik wil u vragen mij periodiek op de hoogte te houden van de voortgang. Een adviesgesprek in september 2023 over de uitkomsten van een eerste haalbaarheidsonderzoek is daar onderdeel van. VWS pakt parallel aan dit traject zelf ook een aantal (uitvoerings)vraagstukken op, onder andere over de gevolgen voor Wlz-cliënten die de aanspraak verblijf niet krijgen toegekend en de juridische haalbaarheid. Over de voortgang hiervan zullen wij u eveneens periodiek informeren.

Graag wens ik u veel succes toe met het onderzoeken van dit belangrijke vraagstuk en ik kijk uit naar de samenwerking.

Hoogachtend,

de minister voor Langdurige Zorg
en Sport,

Conny Helder

Bijlage 4: Gevolgde werkwijze

Eerste fase: verkennende gesprekken, data-analyses en onderzoek van rapporten en documenten

Een werkgroep binnen Zorginstituut Nederland is in aanloop naar een advies gestart met het voeren van verkennende gesprekken over de haalbaarheid om te komen tot objectieve criteria voor een cesuur op basis waarvan alleen ouderen met een VV-indicatie die zijn aangewezen op verblijf met integrale zorg en behandeling hun recht op verblijf tot gelding kunnen brengen. Deze gesprekken zijn extern gevoerd met deskundigen van diverse organisaties in het veld, leden van de Adviescommissie Pakket (ACP) en Kwaliteitsraad, en intern met leden van de Raad van Bestuur (RvB) en collega's met de voor dit vraagstuk relevante expertise. De gesprekken vonden plaats in de periode juni tot en met september 2023.

De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van de volgende voorafgaand aan de gesprekken toegestuurde vragen:

Is het mogelijk om in de Wlz (een combinatie van) objectieve criteria uit te werken tot een werkbare cesuur voor de praktijk (wetgeving, uitvoerders, professionals), met als resultaat dat alleen personen met een VV-indicatie die zijn aangewezen op verblijf met integrale zorg, de aanspraak verblijf krijgen toegekend?

i) Zo ja:
   - Hoe ziet de cesuur eruit? Welke (combinatie van) criteria is/zijn onderdeel van de cesuur?
   - Maken alle cliënten die verblijf krijgen toegekend op basis van de uitgewerkte criteria ook aanspraak op behandeling, inclusief aanvullende zorgvormen zoals huisartsenzorg en farmaceutische zorg, of zijn er ook cliënten die geen aanvullende behandeling nodig hebben?

ii) Zo nee:
   - Wat zijn de knelpunten? Welke randvoorwaarden ontbreken, maar zijn noodzakelijk?

Verkennend is besproken:
- Wat roept het verzoek van de minister van VWS op?
- Wat is bij een dergelijke cesuur voor te stellen?
- Bestaat een dergelijke cesuur al in de praktijk?
- Wordt het probleem van de verdeling van schaarste met een cesuur opgelost?
- Hoe kan een cesuur eruitzien?
- Wat gaat een cesuur in positieve zin opleveren?
- Wat zijn de consequenties van een dergelijke cesuur?
- Wat gaat een cesuur betekenen voor de specifieke organisatie?
- Wat is er voor nodig om tot een cesuur te komen?
- Welke dwarsverbanden zijn er met andere actuele vraagstukken in de zorg?
- Welke informatie heeft het Zorginstituut van de specifieke organisatie nodig om met het vraagstuk aan de slag te kunnen?
- Zijn er eventuele alternatieven?
- Zijn er nog meegevers?

Naast de verkennende gesprekken zijn analyses van de declaratiegegevens uitgevoerd en zijn rapporten en documenten geraadpleegd.

Periodiek: tussentijdse gesprekken met VWS

Het Zorginstituut heeft periodiek VWS op de hoogte gehouden van de voortgang. De voortgang is elke drie weken besproken en in september 2023 heeft een adviesgesprek plaatsgevonden over de uitkomsten van het eerste haalbaarheidsonderzoek. Uit de eerste verkennende gesprekken bleek dat alle stakeholders positief staan ten opzichte van het doel van de opdracht.

Tweede fase: vervolggesprekken en uitwerken van het advies

Het Zorginstituut heeft de doelgroepen in kaart gebracht die:

- zijn aangewezen op zorg zoals die alleen in het verpleeghuis geboden kan worden;
- nog thuis kunnen blijven wonen.

Daarnaast benoemen wij factoren die van invloed zijn op de instroom van mensen in verpleeghuizen. Op basis hiervan is een eerste opzet geschreven van de bevindingen en conclusies en is figuur 6 ontwikkeld.

Derde fase: vervolgstappen om tot een antwoord te komen op het verzoek van de minister van VWS

Eind 2023 en begin 2024 heeft het Zorginstituut met een aantal partijen, collega's en adviesraden van het Zorginstituut een tweede ronde gesprekken gevoerd en de opzet van het advies getoetst.

Geconcludeerd is dat aanvullend onderzoek nodig is om te kunnen bepalen welke specifieke factoren die meespelen of iemand nog thuis kan blijven wonen wel of niet te beïnvloeden zijn en te vertalen zijn naar objectieve criteria.

Afronding

Nadat het conceptadvies is opgesteld, zijn partijen vanaf eind februari 2024 formeel geconsulteerd. Na de formele consultatieronde is het advies in april 2024 aan de RvB aangeboden. Na akkoord van de RvB is het advies aan de minister van VWS aangeboden.

Bijlage 5: Werkwijze analyse declaratiegegevens

Werkwijze analyse declaratiegegevens
Voor de analyse aan de declaratiegegevens maken wij gebruik van de declaraties die we op kwartaalbasis van de zorgkantoren ontvangen, via Vektis. Hieronder beschrijven wij de methode van analyse voor de figuren over de verdeling van leveringsvorm naar zorgprofiel en over instromers in het 4 VV-profiel en doorstromers.

Verdeling van leveringsvorm naar zorgprofiel
In de Wlz declaratiedata zijn alle cliënten geselecteerd met een basisdeclaratie voor verblijf, basisdeclaratie voor volledig pakket thuis (vpt) of met declaraties voor modulair pakket thuis (mpt), in de jaren 2019 tot en met 2022. In het verblijf hebben we hierin onderscheid gemaakt naar verblijf zonder behandeling en verblijf met behandeling.
Vervolgens is er een uitsplitsing gemaakt per dag waarover gedeclareerd is. Zo wordt iemand op basis van de declaratie toegewezen naar een bepaalde leveringsvorm en een bepaald zorgprofiel. Mocht iemand op een dag meerdere declaraties hebben van verschillende leveringsvormen en/of zorgprofielen, dan kiezen we op die dag de hoogste leveringsvorm en zorgprofiel.

Declaraties voor verblijf en vpt worden gedeclareerd voor elke dag verblijf en vpt, dus deze lopen in principe door over de periode dat een cliënt in zorg is. Bij mpt is dit niet het geval. Er kunnen enkele dagen tussen mpt-declaraties zitten, terwijl iemand dan feitelijk nog wel een mpt-cliënt is.

Om te bekijken wat de verdeling is van leveringsvormen per zorgprofiel, kunnen we het beste kijken naar een peildatum. We hebben gekozen voor de peildatum 1 juli in elk jaar (2019 – 2022). Uit de Wlz-trajecten, zoals hiervoor beschreven, zijn alle cliënten gehaald met Wlz-zorg in natura op de peildatum. Vervolgens is per zorgprofiel bekeken hoeveel cliënten een bepaalde leveringsvorm hadden.

Instromers 4 VV en doorstromers
In de declaratiedata van Wlz-zorg in natura hebben we een selectie gemaakt van cliënten die in 2019/2020/2021/2022 voor het eerst een declaratie voor Wlz-zorg in natura hebben ontvangen (gebaseerd op leveringsvorm en zorgprofiel per dag). Mocht iemand voorafgaand aan de eerste declaratie al een toegekend pgb (persoonsgebonden budget) hebben, dan hebben we deze persoon geëxcludeerd. Op deze manier weten we zeker dat de eerste Wlz-declaratie (zorg in natura) ook echt het eerste gebruik van de Wlz is geweest.

Van de cliënten die voor het eerst Wlz-zorg hebben ontvangen in 2019/2020/2021/2022 hebben we een selectie gemaakt op het zorgprofiel, zodat we een populatie overhielden met alleen zorgprofielen VV bij instroom in de Wlz.

Op de populatie 4 VV Wlz-instromers hebben we een aanvullende selectie gemaakt op cliënten die we een jaar lang konden volgen in de data. Op het moment van analyse waren Wlz declaratiedata beschikbaar t/m 31 juni 2023, wat inhoudt dat we voor instroom in de jaren 2019, 2020, 2021 alle cliënten hebben geselecteerd. Voor 2022 zijn alleen cliënten geselecteerd die zijn ingestroomd t/m 31 juni 2022, want deze cliënten kunnen we een jaar lang volgen in de data.

Bijlage 6: Betrokken partijen

In onderstaande tabel staan de betrokken partijen. Deze partijen hebben wij een- of tweemaal gesproken voor de totstandkoming van dit advies. Alle partijen hebben aangegeven positief te staan ten opzichte van het doel van de opdracht. In een tweede ronde gesprekken konden partijen zich vinden in de voorlopige opzet van ons advies en scherpten zij ons advies verder aan. De partijen zijn allemaal geconsulteerd.

Vertegenwoordiging zorgaanbieders
Actiz
Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW)
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Sociaal Werk Nederland
Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Zorgthuisnl
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

Cliëntenverenigingen
LOC Waardevolle zorg
MantelzorgNL
Patiëntenfederatie Nederland

Overige partijen
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO)
Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Bijlage 7: Reacties schriftelijke consultatie

Postadres
Postbus 8258
3503 RG Utrecht

Bezoekadres
Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

T (085) 077 20 00
E info@actiz.nl
www.actiz.nl

Zorginstituut Nederland
de heer E. Heeregrave, projectleider Zinnige zorg
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum
18 maart 2024

ons kenmerk
24u.0064/MV

in behandeling bij
[redacted]

doorkiesnummer
[redacted]

Pagina
3

Geachte heer Heeregrave,

Dank voor de toezending van het conceptadvies Cesuur verblijf Wlz – VV. De samenleving, de ouderenzorg en de politiek staan voor een enorme transformatie om de ondersteuning en zorg voor ouderen toekomstbestendig te maken. De toegang tot het verpleeghuis is gezien de urgentie – toename aan kwetsbare ouderen, groeiende wachtlijsten, schaarste op de arbeidsmarkt waardoor het niet meer mogelijk is verpleeghuiscapaciteit uit te breiden - een belangrijk thema. ActiZ denkt al langer mee over het vraagstuk van de toekomstige toegang tot het verpleeghuis. In deze brief ontvangt u onze reactie op de consultatievragen die u bij het conceptadvies stelt. De bijgevoegde bijlage bij deze brief bevat diverse opmerkingen bij het concept.

1. Kan ActiZ zich vinden in de conclusies en argumentatie van het advies "Cesuur verblijf Wlz - VV"?

ActiZ onderkent dat kijkend naar de letter van de wet een harde cesuur op basis van objectieve criteria voor verblijf in de Wlz niet mogelijk is. Zoals benoemd in het conceptadvies, zijn er diverse factoren welke onderling samenhangen of zelfs van elkaar afhankelijk zijn die maken dat verblijf in een verpleeghuis noodzakelijk is. Ons inziens is de insteek van de conclusies over een cesuur voor Wlz-verblijf in het conceptadvies niet nieuw. Deze conclusie zou kunnen betekenen dat er, gezien de huidige wetgeving, geen mogelijkheden voor transformatie zijn op de toegang tot verblijf. Hiermee wordt zichtbaar dat we gevangen zitten in het huidige stelsel met de huidige wetgeving. Met het gekozen beleid van een maximum aan verpleeghuisplaatsen en een streven naar thuis, zelfstandig en digitaal, zal de ondersteunende wetgeving hierop aangepast moeten worden. Met de groei aan ouderen, het bevriezen van de verpleeghuisplaatsen en het behoud van de huidige wetgeving, gaat dit vanzelfsprekend knellen in de praktijk. In de praktijk zien we daarom al langere tijd dat zorgprofessionals, gezien de wachtlijsten, dagelijks keuzes maken welke cliënt instroomt in het verpleeghuis met als gevolg dat cliënten met een zorgprofiel VV4 in principe thuis bijgestaan worden. Een situatie die in diverse regio's al praktijk is en over het algemeen werkbaar is, maar zich niet verhoudt tot de strekking van de Wlz waarin het recht op verblijf het fundament vormt. Het is teleurstellend dat in de conclusies van het conceptadvies geen aandacht is voor de in de praktijk triagerende rol van zorgprofessionals en de urgentie dat deze beweging ondersteunt moet worden door passende wet- en regelgeving.

IBAN NL37 ABNA 0603 5516 45 | **BIC** ABNANL2A | **KvK** 30216479 | **BTW** 8175.01.368.B.01

2. Mist ActiZ nog iets in het advies?

Ten eerste merkt ActiZ op dat in het conceptadvies geen oog is voor de vigerende praktijk en de reeds ingezette beweging richting zoveel en zolang mogelijk zelfstandig met ondersteuning thuis. Zorgprofessionals staan voor de dagelijkse taak telkens op een zorgvuldige manier professionele afwegingen te maken over welke cliënt instroomt in het verpleeghuis. We zien dat de sociale context medebepalend is bij de afweging welke cliënten verantwoord en veilig thuis kunnen blijven wonen en dat zorgprofessionals dit al langere tijd meewegen bij de toegang tot zorg. Bij de toegang op zorg hebben zorgprofessionals ook aandacht voor cliënten die via acute zorg en crisiszorg (met voorrang) een plek in het verpleeghuis nodig hebben. Deze beweging is geheel anders dan de 'willekeur' die benoemt staat in het conceptadvies. ActiZ mist dan ook de aandacht voor de huidige praktijk in het conceptadvies. Met klem pleit ActiZ voor het voortzetten van de richting die de branche is ingeslagen door de mensen met een meer omvattende ondersteuningsvraag thuis of in woonvormen (zoals geclusterd, scheiden wonen en zorg, hofjes etc.) op te vangen en wet- en regelgeving die hierop aansluit.

Daarnaast wordt in het conceptadvies voorbij gegaan aan het feit dat de burger hier ook zelf een verantwoordelijkheid in heeft. Het valt ons op dat er bij de schets van de brede context aan het einde van het conceptadvies wordt uitgegaan van het feit dat er zaken geregeld moeten worden in de zorgketen, in de ondersteuning van mantelzorgers en in het realiseren van woonomgevingen. Dat onderkennen wij, maar wij onderstrepen daarbij ook het belang van de eigen verantwoordelijkheid van de burger en de samenleving.

Tot slot vragen we ons af of de vraagstelling naar objectieve criteria er toe leidt dat het conceptadvies zoveel voorzichtigheid kent. Draaien we niet om de essentie heen door nog meer onderzoek en zekerheid te zoeken? We lopen daarmee het risico van een belangenspel dat niet meer gaat over wat nodig is in de samenleving. Het is hoog tijd om een keuze te maken en daarmee realistische verwachtingen te creëren naar de samenleving, zodat burgers zich ook kunnen voorbereiden op deze veranderende omstandigheden. Het maken van keuzes wordt te ver voor ons uitgeschoven op deze manier en daarmee zal de crisis groter worden. Er zijn genoeg aanknopingspunten op basis waarvan het Zorginstituut Nederland een gerichter advies zou kunnen geven aansluitend bij de gezamenlijke Werkagenda Langdurige zorg die u samen met het CIZ, de NZa en het CAK heeft gepubliceerd. In het conceptadvies doet het Zorginstituut Nederland weliswaar suggesties, maar blijft weg van een richtinggevend advies. ActiZ mist een voortvarend advies vanuit het Zorginstituut Nederland hoe zij met wet- en regelgeving kunnen aansluiten op de al in gang gezette beweging in de sector en op welke manier zij dit kunnen ondersteunen.

3. Wat wil ActiZ het Zorginstituut Nederland meegeven?

Het is hoogst noodzakelijk dat de huidige praktijk, die gericht is op de transformatie van zorg, wordt herkend, erkend en ondersteund. Daarvoor is een krachtig signaal nodig in plaats van aanvullend onderzoek. Hierbij is het Zorginstituut Nederland aan zet samen met het ministerie van VWS. Beleid en wetgeving dient te passen bij de huidige praktijk en de transformatie die vorm gegeven wordt in de praktijk. Het moet écht anders. We moeten kiezen en dat gebeurt ook al in de praktijk. ActiZ pleit voor een duidelijke visie op de toekomstige zorg voor ouderen met een realistische blik op de organiseerbaarheid in de hele keten en die een dialoog in de samenleving ondersteunt. Wij adviseren dat het Zorginstituut Nederland hierin een stap vooruit zet door het recht op verblijf te verschuiven naar cliënten met een zwaardere zorgvraag in combinatie met toelating op basis van triage en het vakmanschap van professionals. We hechten eraan dat het Zorginstituut Nederland hieraan bijdraagt en deze boodschap meeneemt in het definitieve advies.

Wij vragen u onze punten te betrekken bij het definitieve advies aan de minister en wensen u graag succes bij de afronding van het rapport.

Uiteraard zijn we bereid onze reactie toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
voorzitter Kerngroep Wonen en Zorg

Bijlage

Inhoudelijke opmerkingen conceptadvies Cesuur verblijf Wlz – VV

- Pagina 4: *"De mate van ernst van de factoren, die ook nog eens van elkaar afhankelijk kunnen zijn, maakt het erg complex om tot objectieve criteria te komen. Wel kan sprake zijn van een afweging van verschillende factoren die bepalen waar iemand het beste op zijn plek is voor het ontvangen van de zorg die hij nodig heeft."*
    - De ernst van de factoren en diens afhankelijkheid zijn ook gebonden aan een moment en kunnen in een korte periode aan verandering onderhevig zijn.
- Pagina 7: *"De toewijzing van verblijf lijkt willekeurig"*
    - De toewijzing in de praktijk door zorgprofessionals is een weloverwogen beslissing om de schaarste aan zorg/capaciteit te verdelen, waarbij de mate van urgentie en het steunsysteem van de cliënt een grote rol speelt. Dit is geen objectieve maat , maar willekeurig is zeker niet.

- Pagina 9 e.v.: Het conceptadvies gaat niet in op wat in de basis de grondslag is van verblijf in de Wet langdurige zorg. Dit behoeft wel aandacht.
- Pagina 12: *"Uit de declaratiegegevens blijkt dat niet alle mensen die nu in het verpleeghuis verblijven de combinatie van verblijf met behandeling ontvangen. De functie verblijf kan door een zorgaanbieder apart worden gedeclareerd als hij binnen dat verblijf alle voorzieningen organiseert die de cliënt nodig heeft (dus verblijf bekostigd vanuit collectieve middelen)."*
    - In de intramurale verpleeghuissetting kennen we een integraal tarief. Verblijf en zorg wordt niet los van elkaar ingekocht bij de vv-zorgaanbieder.
- Pagina 12: *"Het totale aantal verblijfsplaatsen in een instelling (verpleeghuis met en zonder behandeling) groeit niet verder."*
    - Het bevriezen van de intramurale capaciteit is het gevolg van politieke keuzes. In het advies komt dit niet duidelijk naar voren.
- Pagina 13: *Figuur 4*
    - Dit figuur behoeft meer duiding. Het is nu niet helder wat er bedoeld wordt met "+" en "-".
- Pagina 15: In het conceptrapport ontbreekt aandacht voor cliënten die met 'geen bereidheid, geen verzet' een art. 21 Wzd besluit tot opname en verblijf hebben ontvangen en aangewezen zijn op verblijf in een verpleeghuis.
- Algemeen: de definitie van 'verblijf' is ondanks het kader op pagina 12 onduidelijk. Het lijkt door het conceptadvies heen op verschillende manieren gebruikt te worden. Dit behoeft nog extra aandacht.

BPSW
beroepsvereniging
van professionals
in sociaal werk

Aan: Edwin Heeregrave, projectleider Zinnige Zorg
Betreft: Reactie BPSW op de drie vragen advies Passende zorg.
Datum: 27 maart 2024

1 Kunt u zich vinden in de conclusies en argumentatie van ons advies?

Wij kunnen ons vinden in de conclusies en argumentatie van het advies. We zijn blij met de duidelijke uitspraak dat een harde cesuur op basis van objectieve criteria niet mogelijk is. Een harde cesuur zal immers nieuwe grenzen creëren die nieuwe schotten met zich meebrengt. Het gaat om het samenspel van de verschillende factoren waarbij in een weging professionele autonomie en samen beslissen van groot belang zijn. Dit sluit aan bij passende zorg en de beweging van het generiek kompas. Dit komt in het rapport goed tot uitdrukking.
We kunnen ons tevens vinden in het advies aan de minister verwoord in hoofdstuk 4. Dit zijn belangrijke adviezen. Misschien kunnen deze adviezen nog wat meer aandacht krijgen in de samenvatting?

2. Mist u nog iets?

In het rapport wordt integrale zorg genoemd die iedereen nodig heeft met een WLZ indicatie en daarnaast behandeling die alleen wordt gecombineerd met verblijf. U noemt ook dat er verschillen zijn in wat een VPT inhoudt en adviseert aanvullend onderzoek en meer duiding. Dit herkennen en ondersteunen wij.
U noemt in uw rapport (blz 17) dat het noodzakelijk is te investeren in de ondersteuning van mantelzorgers, in goede voorzieningen in de buurt waar ouderen wonen en in een gezonde leefomgeving.
Wat wij hierbij echter missen is dat er bij de verschillende aanvullende onderzoeken niet wordt genoemd dat uitgezocht moet worden waar gespecialiseerde psychosociale begeleiding en ondersteuning zich onderscheidt van de ondersteuning die vanuit de opdracht van het sociaal domein (of onafhankelijke cliëntondersteuning) verwacht mag worden.
Vanuit onze achterban horen wij dat hierover veel onduidelijkheid is en dat resulteert er mede in dat mantelzorgers en cliënten niet de juiste ondersteuning ontvangen. Dus dit zou meegenomen moeten worden in het aanvullende onderzoek en de bredere context om op de juiste manier te kunnen investeren in de ondersteuning van de mantelzorger en cliënt.
Als hier vragen over zijn willen we dit natuurlijk graag toelichten.

3. Wat zou u ons nog willen meegeven?

Zie boven.

Geachte collega's,

Graag gaan wij in op uw consultatievragen ten aanzien van uw conceptrapport "Cesuur verblijf Wlz – VV".

Laat ik beginnen te stellen dat wij het bijzonder hebben gewaardeerd hoe u ons hierin heeft meegenomen en in de dilemma's waarmee u zich geconfronteerd zag. De uitkomst van uw rapport kan immers grote gevolgen hebben voor ons, in het bijzonder voor onze werkwijze. Dan is het fijn als we vanaf het begin van de ontwikkeling van zo'n cesuur al hebben kunnen meedenken. Des te belangrijker, want met de kennis en ervaring die wij hebben met de doelgroep zijn wij van mening dat de vragen die u van VWS heeft gekregen, beslist niet eenvoudig te beantwoorden zijn. Eerder heeft het ministerie zelf ook al een eerste poging gedaan en ook nu blijkt uit deze conceptrapportage dat een dergelijke cesuur niet een makkelijk te definiëren afkappunt is: de regels zijn dan wel voor iedereen gelijk, maar mensen en hun zorgsituatie verschillen nu eenmaal van elkaar.

In volgorde van uw vraagstelling:

1. Wij herkennen ons in de argumentatie die geleid heeft tot uw conclusies, immers veel ervan hebben we in onze onderlinge gesprekken al met elkaar gedeeld. Kijkend naar de doelgroep ouderen herkennen we ons in de drie belangrijkste factoren die ertoe kunnen leiden dat iemand toch moet worden opgenomen in en verpleeghuis en ook in het gegeven dat deze van invloed op elkaar kunnen zijn. Tegelijkertijd moeten wij ook constateren dat het geen automatisme is dat als één van deze drie factoren aanwezig is, er altijd noodzaak tot opname is. Wij verbazen ons nog iedere dag over zorgsituaties thuis, waarin één of meerdere van deze factoren aanwezig zijn en waar de zorg thuis dankzij de sociale context nog verantwoord mogelijk is.

   Het rapport lezende lijkt het erop dat de auteurs geneigd zijn de cesuur te leggen tussen de zorgprofielen VV 4,5,6 en VV 7,8. In dat geval willen wij toch waarschuwen voor de verscheidenheid aan (zorgsituaties van) cliënten m.n. onder zorgprofiel VV5 en VV6.
   Immers, bij het opstellen van de zorgprofielen was de insteek dat VV5 alle fasen van dementie zou omvatten. Dat maakt dat onder dit profiel bijna alle cliënten met de diagnose dementie vallen, met uitzondering van als er ook sprake is van onbehandelbare psychiatrische of gedragsproblematiek. Ook binnen deze (VV5)groep zitten dus cliënten die zijn aangewezen op een multidisciplinair behandelteam binnen de muren van een verpleeghuis.
   Ook bij het zorgprofiel VV6 kan een verscheidenheid aan (zorgsituaties van) cliënten voorkomen. Wat dat betreft vinden wij uw stelling op pagina 5, onder punt 4, laatste zin eerste alinea: "Dit zal met name gelden voor de mensen met een Wlz-indicatie 7 VV en 8 VV" te stellig en lezen daarvoor ook geen onderbouwing.

2. Wat ons betreft kan dan ook niet vaak genoeg benadrukt worden dat het ten aanzien van de verpleeghuissetting niet alleen om de "beschermende" muren gaat, maar juist ook om de noodzaak voor inzet van een multidisciplinair team, b.v. alleen al voor cliënten die op basis van een art. 21 Wzd of Rechterlijke Machtiging zijn opgenomen. Onze ervaring leert, dat juist ook de noodzaak tot continue aansturing veel vraagt van een multidisciplinair team. In onze praktijk zien we dan ook dat het juist deze mensen zijn (VV5/VV7 i.c.m. art. 21), die worden opgenomen.

3. Eigenlijk zijn wij van mening dat als we in Nederland maximaal inzetten op de bouwopgave, waardoor voor iedereen die dat nodig heeft een vorm van beschut en geclusterd wonen beschikbaar is, incl. de nodige zorg (ook gericht op activiteiten en voorkoming van vereenzaming), dat we een cesuur wellicht helemaal niet nodig hebben. We zien immers nu al dat waar die geclusterde woonvormen aanwezig zijn en goede afspraken zijn gemaakt voor de levering van zorg de meeste mensen tot het einde van hun leven aldaar kunnen verblijven. Als we dat kunnen bereiken en we met z'n allen tijdig nadenken over de invulling van de vierde levensperiode, dan is onze stellige overtuiging dat zo'n "onsympathieke" triage overbodig is.

4. U verwijst in de rapportage al naar het onderzoek door de VU dat zij in opdracht van ons uitvoeren naar de sociale context. Aanvullend hierop – en voor zover mogelijk niet bij u bekend - hebben wij geen toevoegingen.

Voor alle duidelijkheid: deze reactie is specifiek gericht op uw vragen en betreft een beleidsreactie vanuit het CIZ. Het is geen bestuurlijke reactie.

Met vriendelijke groet, [redacted]

[redacted]

CIZ

Postadres: Postbus 2062, 3500 GB Utrecht

Bezoekadres Orteliuslaan 1000, 3528 BD

[redacted]

www.ciz.nl

Memo

Van KNMP, [redacted]
Aan Collega's VWS/Actiz/NZa/ZiNL
Datum 4 april 2024
Betreft Afbakeningsvraagstukken Wlz, Zvw en aandachtspunten openbare en instellingsfarmacie

Vanuit de invalshoeken aanspraak en bekostiging wordt momenteel opnieuw gekeken naar een aantal afbakeningsvraagstukken tussen Wlz en Zvw (en Zvw intramuraal en extramuraal).

Hierbij is van belang dat voor de farmaceutische zorg ook een aantal praktische elementen voldoende in scope zijn:

- wisselingen in status hebben niet alleen gevolgen voor declaratiestromen, maar ook voor informatiesystemen (=medicatieveiligheid) en voor wie zorginhoudelijk verantwoordelijk is voor de farmaceutische zorg (welke apotheker, maar vaak ook welke arts regiebehandelaar is (NB in de huidige praktijk komt de afbakening neer op de plaats van toediening van het geneesmiddel).
- duidelijkheid over de status van de verzekerde (informatievoorziening naar de apotheker) is van groot belang.
- wisselingen in status betekenen administratieve lasten en gerede kans op onnodige leveringen van bijv. medicijnrollen (kosten, tekorten, duurzaamheid) en regeldruk om daar dan weer wat extra's aan te doen.

Daarnaast is het 'nice to know' dat bij de instellings- en ziekenhuisfarmacie ook de middelenkant anders is georganiseerd waarmee ook verschillende bekostigingskaders en zorgmarkten zijn ontstaan. Voor-/aanschrijven conform het geldende preferentie- en LPG-beleid en mandaat-afspraken met de groothandels zijn binnen de systemen voor instellingsfarmacie op dit moment niet mogelijk (Medimo, Farmed Rx, etc.).

In dit memo gaan we hier nader op in. Hierbij kijken we zo nodig specifiek naar openbaar apothekers, ziekenhuisapothekers en instellingsapothekers (die soms alleen instellingsapotheker zijn, soms ook openbaar apotheker of ook ziekenhuisapotheker).

<u>Duidelijkheid over status verzekerde</u>
Apothekers kunnen via bepaalde systemen ('inkijk-functie' van Vecozo) vaststellen of iemand Zvw-verzekerd is (of niet) en of iemand recht heeft op vergoeding van farmaceutische zorg via de Zvw of de Wlz. In de praktijk is dit niet direct via het AIS van de apotheker zelf vast te stellen, maar moet dit (op basis van een trigger, pluis/niet pluis gevoel) via een ander systeem worden vastgesteld. Dit is in de dagelijkse praktijk van de apotheek (logistiek) problematisch. De werking van de inkijk-functie is volgens informatie van VWS/Z begin 2023 verbeterd (naam zorginstelling en datum start staat nu in het systeem) en daarmee is dit in principe een vraagstuk voor ICT-

leveranciers (en prioriteiten op de ontwikkelagenda). Tegelijk is het wel goed om de huidige feitelijke situatie bij beleidsontwikkeling niet te negeren. Het komt nog steeds voor dat de gegevens niet helemaal actueel zijn door achterstand in het verwerken bij Zorgkantoren. Het is niet uit te leggen dat in de huidige situatie als een zorgkantoor gegevens fout invult, het financiële risico daarvan bij de apotheek ligt. Achteraf dan de rekening betaald krijgen lukt zelden (noch de patiënt, noch de instelling zijn dan bereid te betalen).

Ook als apothekers iemands status correct hebben vastgesteld, kan er nadien sprake zijn van wijziging met terugwerkende kracht van de verzekerdenstatus. Dit kan bijv. als de verzekerde is geëmigreerd of als de status nadien met terugwerkende kracht wordt gewijzigd bijv. als gevolg van een veranderde zorgvraag. De apotheker heeft dan alles goed gedaan, de logistieke hobbel genomen en wordt buiten zijn invloed getroffen door een wijziging die vervolgens leidt tot afkeuring van zijn declaraties (voor zowel middel als zorg rond het middel).
Er zijn voorbeelden van contracten van zorgverzekeraars waar dit ook expliciet als (financieel) risico bij de apotheker wordt gelegd. Als dit risico evenredig verdeeld zou zijn over alle apotheken/verzekerden dan is dat met de systeemblik misschien nog te begrijpen, maar in de praktijk is dat niet het geval (want gerelateerd aan de aard van de populatie, regio waar de apotheek is gevestigd). Daarmee wordt apothekers onrecht aan gedaan.

Met name wijziging van Zvw- naar Wlz-status met terugwerkende kracht raakt apothekers: de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) heeft hier veelal voordeel bij, maar voor apothekers die alles goed hebben gedaan worden met terugwerkende kracht declaraties afgekeurd. Aangezien de status is gekoppeld aan de leveringsvorm en niet aan bijv. het adres, is er bovendien vaak ook geen trigger voor de apotheker om actief de status van een cliënt/verzekerde te controleren. Wijziging met terugwerkende kracht zou daarom geen invloed mogen hebben op reeds geleverde zorg door apothekers (c.q. vanuit de eerstelijn).

<u>Gevolgen voor informatiesystemen</u>
Met alle betrokken partijen wordt o.a. in het programma medicatieoverdracht gewerkt aan een optimale gegevensuitwisseling. In de praktijk is die echter nog niet gerealiseerd, bovendien is de uitwisseling binnen ‘hetzelfde systeem’ altijd beter/rijker dan tussen systemen (over verschillende domeinen heen). Daarnaast moet bedacht worden dat het programma medicatieoverdracht hoofdzakelijk gaat om het uitwisselen van farmaceutische/therapeutische informatie, niet om administratieve/verzekeringsgerelateerde data.

De gegevensuitwisseling tussen huisarts en openbaar apotheker is rijker/directer dan tussen ziekenhuis en openbaar apotheker of tussen specialist ouderen geneeskunde en instellings-apotheker (waarbij de instellingsapotheek, de instellingsartsen en verpleging werken samen in een real time systeem(closed loop, bij voorkeur ook met elektronisch toediensysteem)[1].

[1] Zie ook het rapport quick scan overheveling farmaceutische zorg en hulpmiddelen uit juli 2022 https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2022D44530

Het is zaak (kortdurende) wisselingen tussen (informatie-)systemen te beperken. Bij een kortdurende opname betekent een overgang van extramurale naar intramurale farmaceutische zorg (van huisarts/ openbaar apotheker naar bijv. specialist ouderengeneeskunde/ instellings-apotheker) dat de informatieuitwisseling met de openbare apotheek en de huisarts vermindert en dat in feite sprake is van twee extra overdrachtsmomenten (bij opname en bij ontslag/heropname in de eerstelijn). Dit betekent extra werk (risico) en ook logistieke fricties (zoals verspilling bij levering medicijnrollen).

Bij een nieuwe afbakening dient daarom ook rekening te worden gehouden met de gevolgen voor de informatieuitwisseling over farmaceutische zorg en de daarvoor ontwikkelde c.q. beschikbare systemen.

Zorginhoudelijke verantwoordelijkheid
Aanspraak en bekostiging staan niet los van de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid. Als de farmaceutische zorg binnen de Wlz wordt geleverd (huidige situatie bij verblijf met behandeling), dan wordt die zorg geleverd door de instellingsarts en de instellingsapotheker, als dat binnen de Zvw is zijn dat in principe de huisarts en de openbaar apotheker (evt. in combinatie met MDO met de Arts Verstandelijk Gehandicapten of Specialist Ouderengeneeskunde).

Tegelijk zien we bij farmaceutische zorg vanuit de Zvw (met levering van zorg via VPT of MPT dat VVT-instellingen en (gespecialiseerde) instellingsapotheken afspraken maken om de cliënten van de VVT-instellingen dringend te adviseren over te stappen naar de instellingsapotheek.
Dat is voor de bedrijfsvoering van die instellingsapotheek aantrekkelijk, maar of het voor de zorginhoud beter, slechter of even goed is, is de vraag. Als de huisarts verantwoordelijk is voor de medisch generalistische zorg, geeft dat immers problemen bij de informatiesystemen tussen huisarts enerzijds en openbare apotheek/wijkverpleging anderzijds.

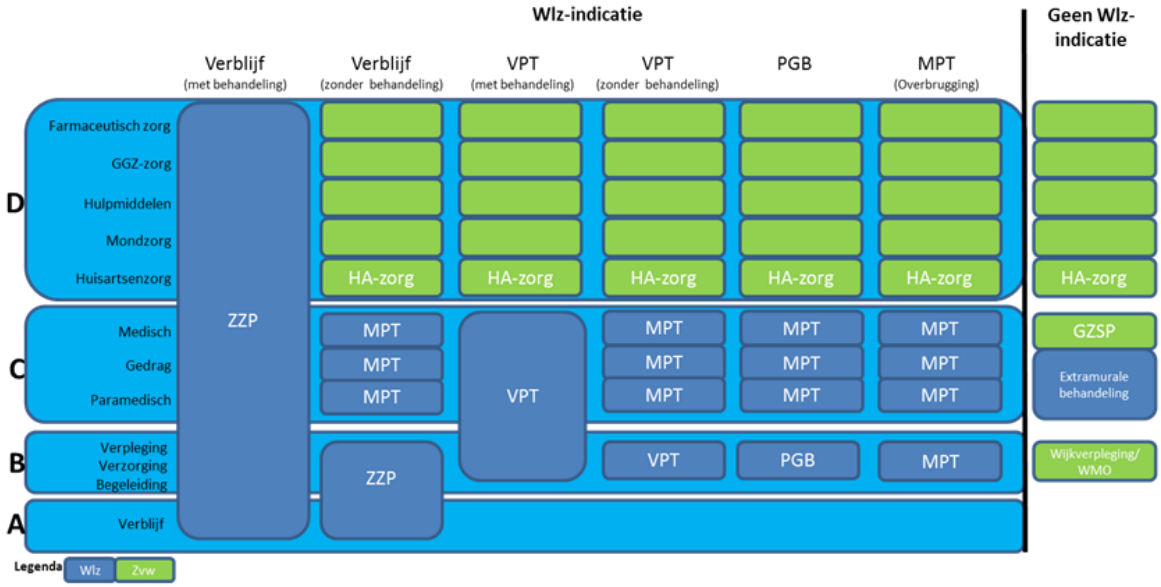
Wisselingen in verantwoordelijkheden voor de farmaceutische zorg kunnen nodig zijn, maar kortdurende wisselingen dienen ook te worden beperkt. Wellicht is het ook zinvol hierover regionaal afspraken te maken om bijv. in voorkomende situaties de specialist ouderengenees-kunde bij te schakelen ipv over te dragen van huisarts/openbare apotheek naar SO/instellings-apotheek (en weer terug, binnen korte tijd).
Als toch wisselingen noodzakelijk zijn, dan dient ook voldoende aandacht voor de overdracht c.q. heropname in de eerstelijn te zijn.

Een wisseling is meer dan het denken aan een andere declaratieroute voor de medicijnkosten.

Bijlage
Farmaceutische zorg, leveringsvorm en Zvw of Wlz

Bij verblijf met behandeling vallen geneesmiddelen in de Wlz aanspraak en worden dan uit de ZZP betaald. In alle andere gevallen is het Zvw.

In schema (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_310406_22/1/):



Geachte Edwin en collega's,

Hartelijk dank voor het conceptrapport cesuur verblijf Wlz, onder meer opgesteld na gesprekken met ons. Hierbij de reactie namens de LHV.

Het stuk richt zich op het identificeren van de groep mensen in de Wlz met indicatie behandeling die thuis of in een beschutte woonvorm en een MPT of VPT voldoende zorg blijken te krijgen. Daarmee zou deze groep buiten de verpleeghuizen (alwaar Verblijf én Behandeling) kunnen worden gehouden. We snappen dat die redenering en, hoewel ze er nog niet helemaal uit zijn (onderzoek VU prof Koolman) hoe de criteria eruit zien, identificeren ze in de figuur op pag 4 en pag 13 onder "verblijf" de parameters op basis waarvan je dit besluit voor alleen "verblijf" zou kunnen nemen.
We herkennen de criteria als onplanbare zorg en beperkt steunsyteem en het ontbreken van een hard afkappunt, en kunnen in grote lijnen in meegaan met de conclusies.

Echter, wat ons opvalt in dit stuk is dat "Thuis" gelijk wordt gesteld aan "geclusterde woonvormen" (kader pag 12). **Exact daarin zit de angel!** "Geclusterde woonvormen" voor mensen met een Wlz-indicatie (zonder behandeling) zijn wat ons betreft een vorm van beschut wonen of verblijf, en niet van thuis! Overigens is dit door een rechter recent bevestigd. Wmo-hulpmiddelen en geclusterde woonvormen: VNG-advies | VNG

In de tweede alinea van het kader schrijft men *"Bij verblijf in een instelling horen eten, drinken, schoonhouden van de woonruimte, roerende voorzieningen en overige voorzieningen. Het verpleeghuis is op dit moment de enige intramurale voorziening waarin wonen niet is gescheiden van de zorg en ondersteuning"*. Echter, de geclusterde woonvorm verzorgt in de huidige realiteit ook "eten, drinken, schoonhouden van de woonruimte, roerende voorzieningen en overige voorzieningen". Patiënten wonen niet achter een eigen voordeur, lopen bij elkaar binnen etc. Verschil met verpleeghuis is dat de behandelcomponent ontbreekt, zoals die nodig is in de situaties die goed zijn omschreven in hoofdstuk 3 (pag 15). Overigens merken huisartsen dat patiënten binnen een paar maanden na verhuizing naar een geclusterde woonvorm tóch individuele multidisciplinaire behandeling nodig kunnen hebben. Op dat moment is dat niet mogelijk door de financiering en inkoop, de woonvorm is formeel ook niet verantwoordelijk waardoor er op de huisarts extra zware lasten vallen. Patiënten kunnen voor aanvullende (multidisciplinaire) behandeling wel aanspraak maken op de GZSP, maar deze is meestal niet toereikend voor de (para)medische zorgbehoefte.

Het stuk lezend wordt er nu een onderverdeling gemaakt in twee categorieën:

1. **Thuis**, waarbij naast "echt thuis in de wijk" en "gespikkeld VPT in de wijk" in de zelfde categorie wordt geplaatst als "geclusterde woonvorm".
2. **Verblijf**, waar dan uitsluitend het verpleeghuis (al dan niet met behandeling) mee wordt bedoeld.

Wij denken dat "geclusterde woonvormen" **ten onrechte** wordt gezien als "thuis wonen". Het is een vorm van beschut wonen, waarbij "eten, drinken, schoonhouden van de woonruimte, roerende voorzieningen en overige voorzieningen" worden aangeboden. De geclusterde woonvorm is daarmee een vorm van "verblijf" en niet van "thuis".
En daarmee zou het niet meer dan terecht zijn dat er aan deze verblijf vorm kwaliteitseisen worden gesteld en als "instelling" wordt betiteld, met een vergunning. Nu is de verantwoordelijkheid over het zorgbeleid in deze geclusterde woonvorm op z'n zachtst gezegd onduidelijk geregeld. Investeerder, verhuurder, zorgteam die het MPT of VPT levert, huisarts en andere wijkzorgverleners hebben ieder hun eigen rol en belang, maar er is geen patiëntoverstijgende organisatievorm die toeziet op kwaliteit van verzorging/ dagbesteding, aansturen van het verzorgend team bij gedragsproblemen, Wet zorg en dwang maatregelen,

hygiëne/infectieprotocollen, etc. (Toezicht op/coördineren van) patiëntoverstijgende taken zoals deze behoren niet bij zorg zoals huisartsen plegen te bieden, de huisarts is er niet voor opgeleid.

De huisarts is als verantwoordelijk voor de zorg in de geclusterde woonvorm middels een individuele behandelovereenkomst gebonden aan de patiënt en kan die overeenkomst nauwelijks opzeggen. Terwijl voor het welzijn van de daar woonachtige kwetsbare ouderen de veilige verzorging vanuit de geclusterde woonvorm veel belangrijker is. Bij falen van de geclusterde woonvorm in “eten, drinken, schoonhouden van de woonruimte, roerende voorzieningen en overige voorzieningen” sta je als huisarts aan de zijlijn, maar wordt wel volledig met de consequenties ervan geconfronteerd.

Wij vinden daarom dat ook de geclusterde woonvorm als instelling dient te worden omschreven worden en onder “verblijf” te worden gerubriceerd, met een instellingsvergunning en toezicht op en mogelijkheid tot inschakelen van behandelaars die wél patientoverstijgend te werk kunnen gaan.

Idealiter koopt de instelling/woonvorm de basisgeneeskundige zorg zelf in, bijvoorbeeld bij de lokale huisarts. Daarmee voorkomt men versnippering van de zorg over vele lokale huisartsen, selecteert men een huisarts die voor de bewoners ook tijd en belangstelling heeft en kan men werkafspraken maken. Tevens kan bij onvrede over uitvoering van een van beider zijn taken, de overeenkomst worden opgezegd.

Concluderend zijn de belangrijkste aandachtspunten wat ons betreft als volgt:
- “geclusterde woonvormen” **ten onrechte** wordt gezien als “thuis wonen”
- “geclusterde woonvorm” zou daarentegen als een tweede vorm van “verblijf” moeten worden gezien naast het verpleeghuis, en niet een vorm van “thuis”.
- “geclusterde woonvorm” dient als instelling te worden omschreven en vergunt, met verplichte organisatie en toezicht op patientoverstijgende instellingstaken. Ook dient indien nodig individuele behandeling (door specialist ouderengeneeskunde en zo nodig paramedisch team) in voldoende mate georganiseerd moeten kunnen worden, niet alleen op consultbasis.
-de huisarts kan niet de patiëntoverstijgende instellingstaken op zich nemen, die wel bij de “geclusterde woonvorm” horen.

Met vriendelijke groet,

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Domus Medica, Mercatorlaan 1200, 3528 BL / Postbus 20056, 3502 LB Utrecht
[redacted]

Bereikbaar ma, di, do

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Landelijke Huisartsen Vereniging aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

Beste Edwin,

Dank voor het delen van jullie onderzoek. En hierbij namens LOC Waardevolle zorg een reactie op de consultatievragen:

1. Kunt u zich vinden in de conclusies en argumentatie van ons advies? Het advies is in lijn met wat LOC al eerder aangegeven heeft. Een cesuur is niet mogelijk omdat de context van mensen meer bepalend is dan de zorgzwaarte. Wij onderschrijven daarmee jullie conclusie.
2. Mist u nog iets? Nee de conclusie is duidelijk
3. Wat zou u ons nog willen meegeven? In de conclusie geven jullie aan dat er meer onderzoek mogelijk is naar de factoren die maken of iemand thuis kan wonen. Wij zien daar het gevaar in dat er toch weer losse criteria komen, terwijl het samenspel van situaties maakt of iemand thuis kan wonen of niet. Iemand zonder groot netwerk kan zich toch redden en een ander met een groot netwerk toch niet. Dat is afhankelijk van meer factoren, die niet altijd meetbaar of objectiveerbaar zijn. Het leven is niet in losse onderdelen op te knippen

Met een hartelijke groet,

Bestuurder

Hof van Transwijk 2
3526 XB Utrecht
T 030 284 32 00
W www.loc.nl

Zeist, 28 maart 2024

Beste Edwin Heeregrave,

Hartelijk dank voor het toesturen van het ‘conceptrapport Cesuur verblijf Wlz-VV'.

Vanuit MantelzorgNL willen wij u aan aantal aandacht- en knelpunten meegeven:

1. Het is van belang de juiste toon te hanteren rondom het ontstaan van crisissituaties in relatie tot mantelzorg.
2. Er kan niet worden gesteld dat VPT dezelfde mate van zorg biedt als een intramurale setting,
3. De stijging van VPT zegt niet per definitie iets over dat de zorg passend is.
4. Voor het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers is meer nodig dan alleen het ondersteunen van de mantelzorgers zelf.

Om te beginnen zijn wij blij te lezen dat er geen objectieve criteria voor de cesuur zijn opgesteld. Ook wij zien in de praktijk dat het een veelheid en complexiteit is aan factoren die maken dat mensen wel of niet worden opgenomen in een verpleeg- en/of behandelsetting. Dat is niet te vatten in objectieve criteria, omdat de samenhang en invloed van de factoren lang niet altijd helder, duidelijk en/of eenduidig zijn.

Het document spreekt met regelmaat over de redenen dat mensen worden opgenomen, bijvoorbeeld in een crisissituatie. Wij vinden het onjuist en niet rechtvaardig dat er wordt gesproken over: de reden voor opname is ‘het wegvallen van de mantelzorger’. Niet in de laatste plaats omdat de reden dat iemand wordt opgenomen altijd de aard van de aandoening is. Door het neer te zetten als het weg-vallen van de mantelzorger, wordt de verantwoordelijkheid voor deze situatie bij de mantelzorger gelegd terwijl deze daar niet hoort.
Dat een mantelzorger de zorg niet kan volhouden, heeft te maken met de aard en intensiteit van de aandoening van de cliënt. Dat is de correlatie die bestaat. Doordat mensen langer thuis wonen, zorgen mantelzorgers met regelmaat langer en ook intensiever voor iemand. In veel gevallen is de situatie en soms ook de ziekte progressief. Hoe langer het duurt, hoe zwaarder de zorg wordt, waardoor de mantelzorger op een gegeven moment overbelast raakt. Ook de specialistische zorg die in sommige gevallen nodig is, kan niet altijd geboden worden door een mantelzorger.

In uw stuk ontstaat de indruk dat er in een intramurale setting evenveel zorg wordt geboden als met een VPT, dat is in de praktijk niet altijd het geval. Met name de nabijheid van zorg is bij een VPT een stuk minder. Soms is die wel noodzakelijk, terwijl behandeling of multidisciplinaire nabijheid niet noodzakelijk is. Ook de mate van plaatsvervangende regie en de haalbaarheid van de plaats-vervangende regie door de informele zorg is een punt van zorg voor MantelzorgNL. Er lijkt in uw beschrijving een discrepantie te bestaan tussen de situaties waarin zorg thuis niet meer goed te coördineren is, maar de situatie niet voldoet aan de criteria voor een verpleeghuissetting.

U schrijft in uw ‘conceptrapport Cesuur verblijf Wlz-VV' dat er een opvallende stijging van het aantal

MantelzorgNL
Sparrenheuvel 38, gebouw C
3708 JE Zeist
T 030 659 22 22
E info@mantelzorg.nl
www.mantelzorg.nl

VPT is. U concludeert hieruit dat het steeds vaker mogelijk blijkt om passende zorg te organiseren zonder verblijf in een instelling. Wij onderschrijven uw conclusie niet. Dat er een opvallende stijging van het aantal VPT is, betekent niet dat het VPT passend is.
Enerzijds kiezen mensen niet bewust voor de leveringsvorm VPT, zoals eerder geschreven in de verkenning van de NZA. Tegelijkertijd is ook onduidelijk welke redenen mensen hebben om te kiezen voor een VPT. Het kan ook uit noodzaak geboren zijn. [1] Een mogelijke reden kan ook de sturende rol van het zorgkantoor zijn, bij sommige aandoeningen is het alleen maar mogelijk om extramurale zorg te ontvangen. Daarnaast, wat passend is voor een cliënt, is zeker niet altijd passend voor een mantelzorger en vice versa.

U signaleert dat het noodzakelijk is om te investeren in de ondersteuning van mantelzorgers. Uiteraard onderschrijft MantelzorgNL dat. Naast de ondersteuning van mantelzorgers moet er echter ook geïnvesteerd worden in een gelijkwaardige samenwerking tussen de mantelzorger en de professional. Hierdoor wordt overbelasting van mantelzorgers voorkomen en hebben zij minder ondersteuning nodig. Uit uw onderzoek en adviesrapport blijkt dat mantelzorgers belangrijk zijn om het mogelijk te maken thuis te blijven wonen. Investeren in de samenwerking en de ondersteuning zorgt er dan ook voor dat dit gerealiseerd kan worden. Bijvoorbeeld investeren in een landelijk netwerk van respijtzorg, dit blijkt van cruciaal belang voor mantelzorgers. Onze leden ervaren is steeds sterkere mate dat er weinig sprake is van passende respijtzorg en/of dat er onvoldoende beschikbaarheid is, zowel aan de WMO als ook aan de WLZ-kant. Goed als ook het Zorginstituut hier aandacht voor vraagt.

Mocht u nog vragen hebben naar aanleiding van de brief, neem gerust contact met ons op.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

[redacted]

MantelzorgNL

MantelzorgNL
Sparrenheuvel 38, gebouw C
3708 JE Zeist
T 030 659 22 22
E info@mantelzorg.nl
www.mantelzorg.nl

Nederlands Instituut
van Psychologen

Arthur van Schendelstraat 650
3511 MJ Utrecht

Tel. (030) 820 15 00
info@psynip.nl
www.psynip.nl

Zorginstituut Nederland
Uitsluitend per e-mail: [redacted]

Utrecht, 28 maart 2024
Referentie: 2024-015
Betreft: Consultatie conceptrapport cesuur verblijf Wlz

Geachte heer Heeregrave,

Het NIP heeft de consultatieversie van het conceptrapport cesuur verblijf Wlz met interesse gelezen. Ten algemene willen wij meegeven dat het rapport veel aandacht legt op de medische zorg en in mindere mate op de overige zorg (disciplines). Met elkaar dragen we zorg voor kwaliteit van leven middels interdisciplinaire samenwerking. Wij vinden het belangrijk dat dat ook in dit document zijn plek krijgt. Hieronder reageren wij op de door jullie gestelde vragen.

1. Kunt u zich vinden in de conclusies en argumentatie van ons advies?

Het NIP kan zich vinden in de conclusie dat een harde cesuur op basis van objectieve criteria niet mogelijk is. Context speelt een grote rol bij zowel de indicatieaanvraag als bij het indiceren zelf. Het is belangrijk om hier goed naar te kijken.

Dat de zorgprofielen 4 VV, 5 VV en 6 VV de profielen zijn waar het vaakst een afweging gemaakt moet worden op basis van verschillende factoren die bepalen waar iemand het beste op zijn plek is voor het ontvangen van de zorg die hij nodig heeft is aannemelijk. Bij elke afweging, ongeacht profiel, gaat het om maatwerk waarbij veel aspecten worden afgewogen. In de praktijk zien wij dat het kantelpunt voor opname langzaam verder opschuift.

In het rapport worden nu 3 factoren genoemd die belangrijk zijn bij de afweging waar iemand het beste op zijn plek is, wij kunnen op dit moment niet beoordelen of dat afdoende is. Het is belangrijk dat hier nader onderzoek naar wordt gedaan.

We vinden het belangrijk dat hierbij goed naar de terminologie wordt gekeken. Er wordt nu bijvoorbeeld gesproken over overbelasting van de mantelzorger, terwijl we dat juist willen voorkomen. Zouden we niet moeten kijken naar termen als ‘ervaren kwaliteit van leven’ en ‘lijdensdruk bij cliënten en naasten’.

Nederlands Instituut van Psychologen

2. Mist u nog iets?

Zoals aangegeven zouden wij graag zien dat ook de andere disciplines, betrokken in de VV, in het document genoemd worden. In de huidige voorbeelden gaat het om de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. Zie bijvoorbeeld pagina 6 ‘Het is belangrijk om te beseffen dat een geclusterde of beschutte woonvorm meer is dan een stapel stenen. Binnen de muren moet een sterk team aanwezig zijn dat goed met elkaar en met de behandelaren (zoals de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts) samenwerkt’. Op pagina 5 ligt ook de nadruk op de medische zorg, zie bijvoorbeeld punt 3. waarin aanvullende zorgvormen zoals huisartsenzorg en farmaceutische zorg genoemd worden. Het is belangrijk om hier ofwel meer context bij te geven of om ook andere disciplines in de voorbeelden mee te nemen. Ons voorstel is om in de samenvatting dan ook ‘specialist ouderengeneeskunde en de huisarts te vervangen door specifiek medische, zoals de specialist oudergeneeskundige, gedragswetenschappelijke, zoals de (GZ)-psycholoog of specifiek paramedische beroepen. Dit laatste doet ons inziens meer recht aan de interdisciplinaire samenwerking zoals u ook verder in het rapport beschreven staat.

3. Wat zou u ons nog willen meegeven?

Wij vragen om voorzichtigheid bij het interpreteren van de cijfers. De cijfers zijn onvolledig en gaan uit van de reguliere manier van werken met bijbehorende tekortkomingen. Zo zijn er voorbeelden van mensen die nu niet op de juiste plek zitten (ook binnen andere domeinen), van cliënten of mantelzorgers die de aanvraag uitstellen vanwege de eigen bijdrage of van het aanvragen van bepaalde indicatie om bij de gewenste instelling te kunnen wonen. Het is belangrijk dat dit meegenomen wordt bij de interpretatie van de cijfers.

Als laatste willen wij ook aandacht vragen voor het vergroten van de draagkracht van de mantelzorgers. Psychologen kunnen hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Door hierop in te zetten kan een opname/verblijf (tijdelijk) voorkomen worden.

Hopend u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Namens het Algemeen Bestuur,

[redacted]

Beste Mary en Edwin,

Bedankt voor het toesturen van het conceptrapport over de cesuur verblijf Wlz. Fijn dat we hierop kunnen reageren.

Wij begrijpen dat het een ingewikkeld vraagstuk is om te komen tot een cesuur. Hieronder onze reactie op de gestelde vragen. Onze reactie komt overeen met de punten die wij in ons overleg d.d. 26-02-2024 hebben benoemd.

1. Kunt u zich vinden in de conclusies en argumentatie van ons advies?
Niet geheel, zie onder vraag 2

Wij delen de hoofdconclusie dat een harde cesuur op basis van objectieve criteria niet mogelijk is. Onze aanvullingen/opmerkingen hebben vooral betrekking op de argumentatie en het feit dat voorbij wordt gegaan aan de leveringsvormen. Zonder aanpassing van wet- en regelgeving hebben we te maken met een ruime Wlz-aanspraak die voor iedereen gelijk is. Welke zorg wordt geleverd na verzilvering van de Wlz-indicatie, hangt af van de leveringsvorm en bij verblijf in een Wlz-instelling, of de verzekerde ook behandeling van die instelling krijgt.
Op een aantal punten mist de onderbouwing, of worden conclusies getrokken die in onze ogen niet te trekken zijn (zie ook onze punten onder vraag 2 en 3).
Op pagina 7 stelt het Zorginstituut bijvoorbeeld: "*Het organiseren van passende zorg zonder verblijf neemt toe. We zien in de VV-sector een opvallend snelle stijging van de leveringsvorm volledig pakket thuis (VPT). Het blijkt steeds vaker mogelijk om passende zorg te organiseren zonder verblijf in een instelling*". Wij vallen hier over de woorden 'passend' en 'organiseren'. We zien inderdaad een toename aan vpt, maar daaruit kan niet worden geconcludeerd worden dat er dan ook sprake is van passende zorg. De NZa ziet hier juist grote risico's en doet daarom toezichtsonderzoek naar bijvoorbeeld de doelgroep vv4-clienten zonder verblijf.
Overigens kan ook niet zondermeer gesteld worden dat zorg met verblijf (ook na aanbrengen van de cesuur) per definitie passend is.
Ook kan uit de toename van het vpt niet worden geconcludeerd dat er sprake is van een andere organisatie van de zorg dan bij verblijf. Het is goed mogelijk dat er slechts een andere financieringsvorm wordt gebruikt, terwijl de zorg inhoudelijk niet verschilt van de verblijfszorg.

2. Mist u nog iets?
- De analyse is vooral gemaakt vanuit een zorginhoudelijk perspectief. Er wordt voorbijgegaan aan andere factoren die bepalend zijn voor de leveringsvorm waarin een cliënt terecht komt, zoals financiële kenmerken van de cliënt (die immers van invloed zijn op de eigen bijdrage Wlz en de woonlasten die de cliënt kan betalen), financiële prikkels voor zorgaanbieders (keuzes ten aanzien van het vastgoed), en financiële prikkels voor zorgkantoren. Zie ook pagina 9 van onze verkenning naar het VPT. Maar ook niet financiële prikkels kunnen bepalend zijn voor de leveringsvorm, denk aan de personeelssamenstelling van een zorgaanbieder en historische context (heeft een zorgaanbieder een behandeldienst), de wijze waarop partijen in een regio samenwerken of de geschiktheid van de woning om zorg te leveren.
- We missen een aantal definities (beschutte woonvorm, beschermde woonvorm, zorg zoals die alleen in het verpleeghuis geboden kan worden, geclusterde woonvorm, en een groot aantal termen die in de figuur op pagina 4 zijn opgenomen)

- We missen de notie dat leveringsvormen vooral als financieringsvormen worden gebruikt, en dat het onderscheid tussen de leveringsvormen vervaagt. Met dat gegeven in het achterhoofd, is het lastig om zorginhoud te koppelen aan de verblijfscomponent, en valt ook uit de leveringsvormen en declaratiedata niet af te leiden hoe de zorg georganiseerd is. In het Advies Scheiden wonen en zorg hebben we (op pagina 38) beschreven dat de vele vrijheidsgraden in de Wlz juist leiden tot een divers maar willekeurig aanbod.

- Samenvatting vraag 2: Wij missen hier het punt van regievoering en mogelijkheid tot alarmering. Iemand die nog kan alarmeren kan veel langer blijven thuiswonen (ook met veel ongeplande zorg) dan iemand die niet meer zelf kan alarmeren. Daar is 24/7 zorg/toezicht in de nabijheid nodig.

- H1: Wlz behandeling: Uit de gekozen formulering zou je de conclusie kunnen trekken dat cliënten die geen zorg inclusief behandeling vanuit de Wlz krijgen, geen behandeling ontvangen. Cliënten krijgen de huisartsenzorg of farmaceutische zorg vanuit de Zvw. Zie ook ons Advies Positionering behandeling. Of dit passend is valt inderdaad nog te bezien. In de gesprekken voorafgaand aan dit advies gaven veldpartijen overigens aan dat iedere Wlz-cliënt wel een vorm van behandeling nodig heeft.

3. Wat zou u ons nog willen meegeven?

(1) We benadrukken dat een cesuur voor de NZa (zowel voor toezicht als voor regulering) alleen werkbaar zal zijn als deze in de wettelijke aanspraken wordt verankerd, met scherpe definities.

Dat geldt ook voor de groep die niet meer in aanmerking komt voor verblijf. Als deze groep – volgens de analyse van het Zorginstituut - is aangewezen op een 'beschutte woonvorm', dan zal die woonvorm onder de aanspraak (en daarmee de zorgplicht) moeten worden ondergebracht. En daarmee ontstaat feitelijk een nieuwe leveringsvorm. De NZa is hier overigens geen voorstander van: een nieuwe leveringsvorm zal in de praktijk waarschijnlijk moeilijk te onderscheiden zijn van andere leveringsvormen. Het zou tot nieuwe willekeur kunnen leiden. De NZa heeft in het Advies Scheiden wonen en zorg gepleit voor één leveringsvorm voor de thuissituatie.

(2) In hoofdstuk 4 wordt verwezen naar een interne analyse van het Zorginstituut. *"Uit een door Zorginstituut Nederland uitgevoerd intern onderzoek blijkt dat er behoefte is aan meer duiding over wat een VPT concreet betekent voor zorgaanbieder en cliënt. Ook is er behoefte aan meer duidelijkheid over het verschil tussen een VPT en MPT of verblijf." en "Wij zien verschillen in de wijze waarop het VPT wordt aangeboden en de samenstelling van het zorgpakket dat mensen dan ontvangen. Deze verschillen kunnen van invloed zijn op de doorstroom van cliënten naar een verpleeghuis."*

De NZa heeft in 2022 een verkenning naar het VPT gepubliceerd. Daarin komen we tot vergelijkbare conclusies. We geven de suggestie mee om naar deze publicatie te verwijzen in plaats van naar intern onderzoek. Ook in ons Advies Scheiden wonen en zorg geven we aan dat het onderscheid aan leveringsvormen vervaagt en aan betekenis verliest, en dat leveringsvormen hoofdzakelijk als financieringsvormen worden gebruikt. Ook benoemen we dat we geen zicht hebben op:
- Welke zorg, en hoeveel zorg een cliënt nodig heeft
- Welke zorg, en hoeveel zorg er (binnen de prestaties) wordt geleverd
- Wat de kwaliteit van de geleverde zorg binnen een prestatie is
- Of 24 uurs zorg/toezicht wordt geleverd

4. Heeft u nog aanvullingen in lijn met lopende programma's in uw eigen organisatie of in lijn met de gezamenlijke werkagenda?

De NZa doet vervolgonderzoek op het 'Verkennend onderzoek in en doorstroom van ouderen in de langdurige zorg'.
In het conceptrapport over de cesuur staat op pagina 16 eerste alinea: *'Langer thuis wonen met een Wlz-indicatie zonder het verblijf en de behandeling uit de Wlz te verzilveren kan alleen als de Wmo en de Zvw hierop mede randvoorwaardelijk zijn afgestemd'*.
De reis van de cliënt is doorgaans domeinoverstijgend doordat de zorgzwaarte toeneemt. Het afstemmen van randvoorwaardelijkheden tussen domeinen moet met de reis van de cliënt meebewegen en de zorgvraag van de cliënt volgen. De cliënt terugschuiven in de keten en dan de randvoorwaarden hierop afstemmen is het tegenovergestelde.

Mochten jullie nog vragen hebben naar aanleiding van onze reactie, neem dan gerust contact op.
Succes met de afronding,

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit
info@nza.nl | www.nza.nl
LinkedIn | Twitter

Beantwoording vragen Zorginstituut Nederland cesuur verblijf Wlz-VV

Kunt u zich vinden in de conclusies en argumentatie van ons advies?
Puntsgewijze reactie PFN:

- Wij onderschrijven het gestelde op bladzijde 16 en 17. Daarbij willen we aangeven dat gewenste uitkomsten slechts gerealiseerd worden als de zorgketen goed georganiseerd en op elkaar afgestemd is. Daarbij is het noodzakelijk dat mensen houvast hebben wat ze mogen verwachten van de formele zorg. Het onvoldoende borgen van goede kwaliteit bij elke zorgaanbieder of het eenzijdig invullen van de zorg na een 'open gesprek' helpt daar niet bij. PFN steunt zodoende op dit moment niet het Generieke Kompas.
- PFN deelt de mening van het Zorginstituut Nederland dat het niet mogelijk is om sec op basis van het zorgprofiel een cesuur vast te stellen. In die zin snappen wij niet dat op bladzijde 15 het Zorginstituut toch schijnbaar een uitspraak doet over een mogelijke cesuur op basis van deze zorgprofielen. Hiermee weerspreekt Zorginstituut Nederland haar eerdere conclusie. Het gestelde op bladzijde 15 over 7 VV en 8 VV kunnen wij zodoende niet onderschrijven.
- Graag zou PFN in het rapport zien waar Zorginstituut Nederland zich baseert op gewenste uitkomsten, dan wel op onderzochte feiten. Uitspraken dat VPT een goede vervanging zou zijn van een verpleeghuisplek is onvoldoende onderzocht en strookt niet met onze clientervaringen. Deze uitspraak strookt ook niet met jullie eigen interne onderzoek waaruit blijkt dat een betere duiding van VPT nodig is. In een dergelijk onderzoek moet ook duidelijk worden hoe binnen deze zorgvorm permanent toezicht en 24/7-zorg wordt gerealiseerd. Extramurale zorg is naar ons oordeel nog veel te weinig integrale, multidisciplinaire zorg en is dit aspect zodoende ook een belangrijk criterium voor een verpleeghuisplek.
- Binnen de gestelde criteria wanneer WLZ VV goed te regelen is in de thuissituatie mist uiteraard nog de sociale component (draaglast en draagkracht informeel netwerk). Daarnaast zijn criterium 2 en 3 wel erg stellig. Als de (acute) zorgketen goed georganiseerd is en snelle opschaling mogelijk is, zouden mensen met een zorgvraag die onder deze criteria vallen in bepaalde gevallen toch thuis kunnen blijven wonen.

Mist u nog iets?

- PFN mist een definitie van een beschutte woonvorm.
- Zoals hierboven gesteld vindt PFN 'de noodzaak tot integrale zorg' ook een criterium voor realisatie intramurale zorg.
- Wij zijn benieuwd welke denklijnen Zorginstituut Nederland heeft opgesteld ten aanzien van de herstructurering van wettelijke aanspraken en leveringsvormen. Opname van deze denklijnen in het rapport helpt om met elkaar te zoeken naar geschikte criteria.
- In het doel van het onderzoek staat ook dat mogelijke knelpunten onderzocht zouden worden. Deze knelpunten vindt PFN onvoldoende helder verwoord in het onderzoek.
- Cijfers van in- en uitstroom in extramurale WLZ-VV zorg is interessant om te vergelijken met eenzelfde data van de wijkverpleging in dezelfde periode.

Wat zou u ons nog willen meegeven?

- Binnen WLZ-VV zijn er nog meer doelgroepen dan oudere mensen. Deze ontbreken in deze notitie.
- 'Thuis' is een rekbaar begrip. Thuis kan ook betekenen dat iemand toch heeft moeten verhuizen, zodat 'thuis' al niet meer als de eigenlijke thuissituatie wordt ervaren.
- PFN heeft het idee dat het onderzoek uitgaat van de mogelijkheid om als client in een verpleeghuis te gaan wonen. Daar de toonsetting lijkt het eerder op een 'moeten'. Het is ons nu onduidelijk wat nu het uitgangspunt is.

Beste,

Wij hebben de notitie over de cesuur van verblijf Wlz ontvangen en bestudeerd.
In algemen zin moeten wij concluderen dat wij onvoldoende expertise hebben om de details van de cesuur en de wlz te kunnen duiden. Wat ons wel opvalt is dat de beantwoording van de vraag die jullie is gesteld autonoom lijkt te worden beantwoord en niet in verband staat met ontwikkelingen in het kader van WOZO en IZA. De cesuur lijkt nu vooral te worden bepaald op basis van sec criteria gekoppeld aan de wlz. In het kader van langer thuiswonen zou het ook raadzaam zijn om te kijken wat bijvoorbeeld vanuit aanpalende wetgevingen als Zvw en WMO aan randvoorwaarden is om een verblijf thuis of geclusterd te kunnen waarmaken. Afhankelijk van goede voorliggende voorzieningen is een beroep op de wlz in dit verband uitstelbaar of wellicht niet nodig.

Met name ook op blz 6 wordt terecht gesteld dat een woonvorm meer is dan een stapel stenen en dat binnen de muren een sterk team aanwezig moet zijn. Wij pleiten ervoor dat dat ook buiten de muren zo moeten zijn. Goede stenen en een sterk intramuraal team voorkomen nog geen eenzaamheid of sociaal isolement. Verbinding met de buurt en omgeving: versterking van de sociale verbinding is essentieel. Wellicht valt dit aspect buiten de scope van uw opdracht, maar voor een succesvolle uitwerking is een brde blik op de maatschappelijke opgaven o.i essentieel.

Wij hopen dat onze visie u helpt bij de verdere afronding van het rapport.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

[redacted] algemeen telefoonnummer 030 721 0721

Sociaal Werk Nederland is de brancheorganisatie voor sociaal werk
Koningin Wilhelminalaan 3, 3527 LA Utrecht
www.sociaalwerknederland.nl

Geachte heer Heeregrave,

Dank voor het toezenden van het conceptadvies ‘Cesuur verblijf Wlz-VV’.

Bijgaand stuur ik u de reactie van V&VN op uw consultatievragen.

1. Kan V&VN zich vinden in de conclusies en argumentatie van het advies?

V&VN is van mening dat de ontwikkelingen in de langdurige zorg thuis goed zijn verwoord. We herkennen de conclusie dat het niet mogelijk is om een harde cesuur aan te geven op basis van objectieve criteria. Het maken van keuzes ten aanzien van opname is maatwerk. Verschillende elkaar beïnvloedende factoren spelen daarin rol. U benoemt hierbij drie belangrijke factoren, die ook in relatie tot elkaar staan: a) afwezigheid/overbelasting van de mantelzorger of steunsysteem, b) de mate van onplanbaarheid van de zorg en c) de mate van gedragsproblemen.

Wij vinden het belangrijk om de urgentie en de noodzaak van toegang tot verpleeghuizen te benadrukken. Elke maand staan meer dan 20.000 mensen op de wachtlijst om opgenomen te worden in een verpleeghuis. Feitelijk is de mogelijkheid tot opname nu al flink beperkt zonder dat er sprake is van een formele cesuur. Ook wij herkennen het beeld dat mensen die in een crisissituatie terechtkomen door bijvoorbeeld het wegvallen van mantelzorg of door het ontstaan van een acute zorgvraag voorrang krijgen op mensen die op de wachtlijst staan.

In de praktijk hebben zorgprofessionals een belangrijke rol bij de dagelijkse afweging voor welke cliënt instroom naar een verpleeghuis nodig is en bij welke cliënt er thuis nog goede zorg geregeld kan worden. Regelmatig komen professionals in een spagaat.
Als zij vinden dat thuis wonen niet meer verantwoord is, is er vaak geen plek beschikbaar. Terwijl dan vaak al geruime tijd het uiterste is gevraagd van de mantelzorger en zijn steunsysteem. Wij vinden dit zeer zorgwekkend.

Mist V&VN nog iets in het advies?

Rol wijkverpleegkundigen en casemanagers
Graag wil V&VN benadrukken dat wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie nu al volop inzetten op ‘zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan’. Dit mag nog nadrukkelijker in het advies meegenomen worden.

Verkeerde bedden problematiek
Transferverpleegkundigen geven aan dat zij regelmatig mensen niet naar huis kunnen laten gaan, omdat er onvoldoende personeel beschikbaar is om de relatief zware zorgvragen in de thuissituatie op te pakken.

Dagelijks worden gemiddeld 727 (bron) ziekenhuisbedden bezet door patiënten die geen ziekenhuisbehandeling meer nodig hebben. Deze patiënten kunnen (nog) niet naar huis, omdat er geen thuiszorg beschikbaar of er is geen plek in een verpleeghuis, revalidatiecentrum of hospice. Wij hebben begrepen dat een aantal ziekenhuizen voor deze groep patiënten structureel ziekenhuisbedden ‘vrij’ houden.

Artikel 21 Wzd
In het concept advies komt kort aan de orde opname door een rechterlijke machtiging, maar

er wordt niet ingegaan op de grote groep cliënten die na een artikel 21 Wzd toets worden opgenomen. Dit betreft cliënten die geen bereidheid/geen verzet kunnen tonen tegen opname in het verpleeghuis. Het CIZ kan informatie verstrekken over hoeveel cliënten (met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking) per jaar worden opgenomen op basis van onder meer het criterium dat opname noodzakelijk en geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen of te stoppen.

3 Wat zou V&VN u nog willen meegeven?

Client en mantelzorgers weten niet altijd wat de mogelijkheden thuis zijn. Hierdoor worden de mogelijkheden voor langer thuis wonen soms nog onvoldoende benut. Tegelijkertijd mag niet uit het oog verloren worden dat een systeem staat of valt met de draagkracht en de draaglast van de mantelzorger. Hierin is de professionele afweging van de wijkverpleegkundige en/of casemanager dementie cruciaal om te voorkomen dat er een crisissituatie ontstaat.

De wijkverpleegkundige en/of casemanager dementie en haar team hebben een belangrijke rol bij het inschatten van de draaglast en draagkracht van het cliëntsysteem. V&VN is dan ook van mening dat de professionele afwegingen van wijkverpleegkundigen bij de besluitvorming om over te gaan tot verhuizing naar een verpleeghuis steviger in het advies opgenomen kunnen worden.

V&VN heeft zorgen over de urgentie van deze problematiek. V&VN ziet dat dit een vraagstuk is dat de hele keten aangaat V&VN vindt het belangrijk dat in het kader van dat benoemde vraagstukken de organiseerbaarheid van de zorg in de hele keten wordt benadrukt. V&VN adviseert daarom om de paragraaf ‘de bredere context’(pagina 17 van het advies) nadrukkelijker onder de aandacht te brengen.

verenso
vereniging van specialisten ouderengeneeskunde

Zorginstituut Nederland
Edwin Heeregrave
projectleider Zinnige Zorg
Postbus 320
1110 AH DIEMEN
EHeeregrave@zinl.nl

Utrecht, 28 maart 024
Kenmerk: 24.06

Betreft: rapportage over Cesuur verblijf Wlz-VV

Geachte heer Heeregrave,

Hartelijk dank voor mogelijkheid om te reageren op de rapportage over Cesuur verblijf Wlz – VV, d.d. 29 februari 2024.
Allereerst willen wij graag onze waardering uitspreken voor de wijze waarop het onderzoek is aangepakt en de nuance waarmee de onderzoeksgegevens in het rapport worden weergegeven. Wij kunnen ons vinden in de conclusie dat een harde cesuur op basis van objectieve criteria niet mogelijk is. Ook de bevinding dat "*een geclusterde of beschutte woonvorm meer is dan een stapel stenen"* en dat "*binnen de muren een sterk team aanwezig moet zijn dat goed met elkaar en met de behandelaren (zoals de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts) samenwerkt*" onderschrijven wij.

Toch hebben wij ook een aantal zorgen. Hieronder reageren wij op een aantal specifieke punten in uw bevindingen.

- Wij herkennen het beeld dat 'zorg met behandeling' met name een inkoopterm is, die wel of niet van toepassing is op een zorgorganisatie maar die weinig zegt over de zorgzwaarte van de patiënt. De specialist ouderengeneeskunde heeft inmiddels ook een belangrijke rol bij de ouderen die zorg zonder behandeling ontvangen in beschutte (of geclusterde) woonvormen of thuis. Bij complexe problematiek wordt de specialist ouderengeneeskunde bij deze patiënten inmiddels vaak in consult gevraagd door de huisarts. Het is belangrijk deze betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde nu en in de toekomst goed te borgen, zowel in het kader van kwaliteit van zorg als in het kader van efficiëntie. Hieraan wordt gewerkt aan verschillende tafels (Visie eerstelijnszorg, alternatief voor overheveling behandeling WLZ, de handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis en het Generiek kompas). Het is voor ons niet helemaal duidelijk hoe de huidige rapportage zich tot deze ontwikkelingen verhoudt. Het stroomlijnen van de uitkomsten uit deze verschillende trajecten is voor ons wel een prioriteit.

- Met name de multidisciplinaire samenwerking tussen disciplines en duidelijke afspraken over medisch inhoudelijk regiebehandelaarschap zijn in deze ontwikkelingen van groot belang en kunnen niet los worden gezien van de zorgbehoefte van personen die in aanmerking komen voor een intramurale opname. In de rapportage staat dat de noodzaak voor multidisciplinaire samenwerking met name zal gelden voor de mensen met een Wlz-indicatie 7 VV en 8 VV. Wij herkennen dit beeld niet. Multidisciplinaire samenwerking kan vanaf ZZP4 al aan de orde zijn, maar is zeker aan de orde vanaf ZZP5.

- We ondersteunen het voorstel om onderzoek te doen naar de gevolgen van een eventuele cesuur in de gehele zorgketen. Het is daarbij ook van belang om hierin – naast zorg in de thuissituatie of beschutte woonvormen op basis van de ZvW- ook de spoedzorgketen goed mee te nemen. Door opname in het verpleeghuis /de inzet van de specialist ouderengeneeskunde wordt namelijk ook druk op de spoedzorgketen voorkomen.

Graag blijven we betrokken bij de verdere uitwerking van dit traject en de vervolgstappen die worden genomen.

Met hartelijke groet,

Directeur

VNG reactie op het rapport Cesuur Verblijf VV-Wlz

Op 29 februari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland het rapport Cesuur Verblijf VV-Wlz uitgebracht en opengesteld voor reacties. De onderstaande reactie beslaat twee delen. Het eerste deel bevat algemene vragen en reacties op het beleid van extramuralisering van de Wlz (VV), waarbij zowel het rapport als de achterliggende onderzoeksvragen aan de orde komen. Het tweede deel omvat specifieke vragen en reacties op uw rapport.

Algemene, fundamentele vragen en reacties

Allereerst willen we de bezorgdheid van gemeenten uitspreken over de groeiende problematiek rondom kwetsbare, zorgbehoevende ouderen. Gemeenten zijn bezien vanuit de -veelal langdurige – ondersteuning vanuit de Wmo 2015, het sociale domein in brede zin en de woonopgave voor ouderen sterk betrokken bij de langdurige zorg. Daarom worden we graag betrokken bij beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg voor ouderen. Helaas zien we steeds meer schrijnende situaties bij kwetsbare ouderen thuis, overbelasting van mantelzorgers en vernemen we over de druk in ziekenhuizen en bij huisartsen. Het oplossen en hanteerbaar maken van de problematiek is ook voor gemeenten een vurige wens en direct belang. Daarbij hopen we dat het rijk niet alleen kijkt naar deeloplossingen per zorgdomein, maar ook inzet op stelselbrede herzieningen van het stelsel die leiden tot minder produktieprikkels, minder concurrentie, nopen tot meer samenwerking, efficiëntere inzet van personeel, vermindering van administratieve lasten en welke ook de ouderen met beperkte financiële middelen of netwerk toegang blijft geven tot kwalitatief volwaardige zorg.

Ten tweede leidt de eerste centrale onderzoeksvraag van de minister bij onze leden tot fundamentele vragen over de ontwikkeling van de Wlz richting extramuralisatie. De eerste onderzoeksvraag luidt: '*Is het mogelijk om in de Wlz (een combinatie van) objectieve criteria uit te werken om te komen tot een werkbare cesuur (…) met als resultaat dat alleen personen met een VV-indicatie die zijn aangewezen op verblijf met integrale zorg, de aanspraak verblijf krijgen toegekend?*'. Deze vraag is gesteld in het licht van het groeiend aantal Wlz-geïndiceerden dat niet naar een verpleeghuis gaat en Wlz-zorg thuis of in een woonzorgcomplex ontvangt (in de vorm VPT, MPT of Pgb), een trend die al sinds 2015 gaande is en mogelijk geformaliseerd wordt op basis van uw advies en nader onderzoek. Wij missen antwoorden op meer fundamentele vragen bij deze ontwikkeling, zoals:
- in hoeverre voldoet de extramurale (Wlz-) zorg in de vorm van VPT, MPT en Pgb aan de wettelijke definitie van 24-uurs nabijheid en overige kwaliteitscriteria van de Wlz?
- voldoet deze zorg ook aan de verwachtingen en in welke mate zijn cliënten tevreden?
-als cliënten tevreden zijn en de zorg voldoet aan eisen: blijkt 24-uurs nabij in de praktijk niet altijd noodzakelijk en is het bij aanvraag van indicaties niet mogelijk om scherp genoeg te toetsen?
- waarom wordt Wlz-zorg steeds vaker thuis geleverd, in hoeverre komt dat door wachtlijsten voor verpleeghuizen, door actief adviserend beleid van zorgkantoren en of door autonome eigen keuze van cliënten zelf (zonder beïnvloeding door zorgkantoren of wachtlijsten)?

Deze vragen zijn niet op deze wijze door de minister aan het Zorginstituut gesteld, maar leven sterk onder onze leden. Wij hopen dat U ze alsnog kunt betrekken in uw advies.

Specifieke vragen

1. Het antwoord op de eerste vraag begint (bovenaan, p.4) met de zin '*Een harde cesuur op basis van objectieve criteria is niet mogelijk'.* Op de tweede vraag ('hoe ziet de cesuur eruit') begint het antwoord met '*Wij zijn tot de conclusie gekomen dat er een onderscheid kan worden gemaakt tussen mensen die zijn aangewezen op verblijf en integrale zorg in de setting van een verpleeghuis en mensen die 'nog toe kunnen' met verblijf thuis of een beschutte woonomgeving'* (….). *Drie belangrijke factoren die bepalen dat iemand toch vanuit thuis of een beschutte woonomgeving naar een verpleeghuis moet verhuizen, zijn: (….) mate van gedragsproblemen'.* Tezamen bekeken lijkt dit tegenstrijdig: enerzijds is geen cesuur op basis van objectieve criteria mogelijk, anderzijds kan er onderscheid gemaakt worden tussen mensen die wel en niet toekunnen met zorg thuis. Is dit laatste onderscheid dan wel objectief? En hoe objectief zijn de drie genoemde factoren, is het mogelijk kom dat nader uit te leggen?

2. Uw advies (zoals geformuleerd p.5 van het rapport) aan de minister is om een onderzoek af te wachten naar de factoren die van invloed zijn op de noodzaak om te verblijven, uitgevoerd door de Vrije Universiteit in opdracht van het Centrum Indicatiestelling Zorg. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen mogelijk alsnog de gevraagde objectieve criteria voor een harde cesuur opleveren, daarom zouden we meer uitleg over dit onderzoek willen vragen: hoe luidt de opdracht, wat is de gehanteerde methodiek, welke organisaties nemen deel in de begeleidingscommissie? En hoe is de formele taakverdeling rondom (opdracht geven tot-) onderzoeken waarop mogelijke wijzigingen in de Wlz gebaseerd worden, ligt deze taak bij het CIZ en/of het Zorginstituut? En kunnen gemeenten betrokken bij dit onderzoek, indien dat niet reeds het geval is?

3. De leesbaarheid en duidelijkheid van het gehele advies zou gebaat zijn als vooraan in de tekst (in de samenvatting of inleiding) definities worden gegeven van de begrippen: -zorg, -integrale zorg, -complexe zorg, -behandeling, -verblijf, -instelling, -thuis, -beschutte woonomgeving, -beschermde woonomgeving, -verpleeghuissetting. Weliswaar geeft hoofdstuk 2 in een kader bovenaan definities van de begrippen 'thuis' en 'verblijf', maar de leesbaarheid van de inleiding en hoofdstuk 1 zouden gebaat zijn bij een complete lijst met definities vooraan. Omdat naast zorginhoudelijke ook juridische en financiële aspecten een grote rol spelen in de Wlz, zijn duidelijke definities en consequent gebruik van terminologie van zeer groot belang.

3. In het kader (op p.5) staat een tekst met de titel 'Gevolgen van het aanbrengen van een cesuur' maar de tekst gaat over randvoorwaarden. Zou u de titel kunnen aanpassen en elders in de tekst dieper kunnen ingaan op de verwachte gevolgen en werkbaarheid? Daarbij denken wij onder meer aan de werkbaarheid voor zorgverleners en administratieve lastendruk. Wij vernemen dat het systeem met vijf indicaties (VV4 t/m VV8) heeft geleid tot forse administratieve verplichtingen, waarbij constante registratie nodig is om veranderingen in problematiek van een cliënt te kunnen omzetten naar een gewijzigde indicatie. Als er binnen VV4 t/m VV6 ook een cesuur aangebracht wordt zal dat mogelijk de administratieve lastendruk verzwaren, wat risico oplevert voor arbeidsproductiviteit en van aantrekkelijkheid van het werken in de zorg. Is dit laatste gevolg juist ingeschat?

4. Onder het kopje 'Aanleiding' op p.27 staat '*De toewijzing van verblijf lijkt willekeurig'* en in de tekst staat dat er in de praktijk een '*niet altijd rechtvaardig lijkende*' beleid van toelating tot een

verpleeghuizen is. Wij vragen ons af hoe u tot deze beschrijving gekomen bent. Via ZN en gesprekken met zorgverzekeraars hebben wij regelmatig inzicht gekregen in de wachtlijsten voor verpleeghuizen met splitsing van aantallen wachtenden naar status acuut, urgente, en dergelijke. Ook zijn er diverse handboeken en informatiefolders van zorgkantoren online te vinden over VPT en andere vormen van Wlz-zorg thuis. Naar onze indruk is er afgelopen jaren een bepaald beleid en wachtlijstbeheer door zorgkantoren ontstaan waarover informatie te vinden is. We zouden willen vragen of u dat kunt gebruiken en kan aangeven of er ook invloed is op de toewijzing door;
-het beleid van zorgkantoren in sturing van cliënten op de wijze van verzilvering via adviezen en gesprekken;
-de eigen autonome voorkeuren van cliënten in de wijze van verzilvering en daarbij het effect van tariefverschillen tussen intra- en extramurale Wlz met name voor de hogere inkomensgroepen.

6. Onder het kopje ‘Wat verstaan we onder thuis’ (p.12) is aangegeven dat woonvormen met een eigen voordeur waar Wlz-zorg geleverd wordt in de vorm van VPT, MPT of Pgb gezien worden als ‘thuis’. Voor gemeenten en bewoners is de levering van Wlz-zorg niet de enige factor die bepaalt of een woonsituatie ook als ‘thuis’ geldt, ook aspecten van het huurrecht en verkrijgbaarheid van huurtoeslag zijn van belang. Kan het Zorginstituut aanvullend nog aangeven of:
- de woning een eigen adres behoort te hebben en er (bij een huurprijs onder de liberalisatiegrens) recht op huurtoeslag wenselijk is;
- (huur)woningen die alleen toegewezen worden aan mensen met een Wlz-indicaties, ook gelden als thuis;
- woningen waarvan de huurovereenkomst bepaalt dat bij overlijden van de zorgclient een eventueel achtergebleven partner moet vertrekken, gezien worden als thuis.

7. In Bijlage 4 met lijst van betrokken partijen benoemt u diverse typen partijen en staat de VNG onder het kopje ‘financiers’. Dit wekt de schijn dat de VNG financier is van het advies, hetgeen niet het geval is. De VNG is als vertegenwoordigend orgaan evenmin financier van Wmo-ondersteuning. Wellicht kunt u ons zonder de titel ‘financier’ opnemen in de lijst van betrokken partijen.

Zorgverzekeraars Nederland

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Onderwerp	Cesuur verblijf Wlz VV
Datum	8 april 2024
Uw kenmerk	-
Ons kenmerk	[Kenmerk]
Contactpersoon	[redacted]

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 89 11
info@zn.nl
www.zn.nl

Geachte heer Heeregrave,

Middels deze brief reageren wij graag namens zorgverzekeraars en zorgkantoren op het door het Zorginstituut NL (hierna: het Zorginstituut) ter consultatie voorgelegde advies 'Cesuur verblijf – Wlz vv'.

Wij begrijpen de conclusie dat een cesuur zonder wetswijziging niet mogelijk is, maar maken ons wel zorgen over de consequentie voor de huidige uitvoeringspraktijk
In het conceptadvies concludeert u dat een cesuur op basis van objectieve criteria niet mogelijk is binnen de huidige wet- en regelgeving. Dit omdat het Wlz verzekerde pakket verblijf in een instelling bevat. Om Wlz-geïndiceerden hiervan uit te sluiten moet de wet hierop worden aangepast. Wij begrijpen deze conclusie.
Tegelijkertijd is dit voor ons wel een probleem. De afgelopen jaren heeft ZN meermaals aangegeven dat er voor het rechtmatig uitvoeren van het regeringsbeleid omtrent wonen en zorg waarbij 'langer thuis' en 'scheiden wonen en zorg' centraal staan en het landelijke aantal verpleeghuisplekken door de overheid is gemaximeerd, helderheid moet komen over de groep cliënten die aanspraak houdt op verblijf. Dit was ook een van onze randvoorwaarden om de ambities uit het programma Wonen en zorg te steunen. De helderheid is van belang om 1) duidelijkheid te geven richting toekomstige cliënten en hun naasten en zorgaanbieders over wie toegang heeft tot het verpleeghuis, 2) bij de inrichting van het aanbod met zorgaanbieders de juiste keuzes te maken en 3) de aanspraak van Wlz-geïndiceerden en daarmee de zorgplicht van zorgkantoren aan te laten sluiten op het beleid dat zorgkantoren in lijn met de programma's WOZO en Wonen en Zorg voeren.

Onze hoop was dat dit adviestraject van het Zorginstituut zou resulteren in een oplossing op de korte termijn. Gezien de conclusie dat een wetswijziging hiervoor noodzakelijk is en de nog uit te werken vragen hierbij, lijkt die korte termijn nog minstens een paar jaar van ons verwijderd. Wij missen in uw advies een gevoel van urgentie om op korte termijn te komen tot een oplossing voor dit knelpunt. Graag zouden wij deze urgentie nadrukkelijker terugzien in uw definitieve advies. Bijvoorbeeld door een beschrijving van de

kortst mogelijke route om te komen tot een wetswijziging en de rol die het Zorginstituut daarin bereid is te vervullen. En daarbij een nadrukkelijke opdrachtformulering richting VWS en politiek om randvoorwaarden voor uitvoering van beleid, in dit geval scheiden van wonen en zorg, tijdig te borgen.

Wij delen de opvatting dat het vraagstuk omtrent de cesuur verblijf onderdeel uitmaakt van het bredere vraagstuk omtrent de organisatie van duurzame toegang tot ondersteuning en zorg aan ouderen en dat hierin nog punten te onderzoeken zijn

Welke groep in de toekomst toegang tot verblijf gaat krijgen, is voor een belangrijk deel afhankelijk van het alternatieve aanbod van ondersteuning en zorg dat op andere plekken geboden kan worden. Voor een aanpassing van de aanspraak op verblijf moeten de randvoorwaarden om 'thuis' te blijven op orde zijn. Met 'thuis' doelen wij hier op iedere woonvorm niet zijnde een verpleeghuisplek.

Zoals ook door ons aan u meegegeven ten behoeve van voorliggend advies vinden wij het van belang dat de ondersteuning en zorg aan ouderen georganiseerd wordt op een plek waar dit veilig en verantwoord is en dat er sprake is van passende zorg.

Wij dragen graag bij aan verder onderzoek hoe we het zorg- en ondersteuningsaanbod thuis over de domeinen heen zo passend mogelijk organiseren en welke aanpassingen in wet- en regelgeving (bijv. in bekostiging) hiervoor eventueel gewenst zijn.

De noodzaak tot nader onderzoek voor het bredere vraagstuk doet voor ons niet af aan het belang van keuzes op korte termijn omtrent de toekomstige cesuur verblijf.

Wij begrijpen dat het huidige onderzoek gericht is op de doelgroep VV, maar zijn van mening dat ook voor de andere Wlz-doelgroepen onderzocht moet worden of een dergelijke cesuur zou moeten gelden

Gelet op het principe 'passende zorg' en in het bijzonder het principe 'zorg op de juiste plek' zijn wij van mening dat eventuele aanpassingen in de Wlz bezien moeten worden vanuit het bredere perspectief van de Wlz. Een aanpassing voor één specifieke doelgroep moet uitlegbaar en uitvoerbaar zijn. We verwachten dat er in ieder geval een bewuste afweging gemaakt wordt waarom een cesuur voor de andere doelgroepen niet toepasbaar is. Daarbij is het relevant rekening te houden met mensen met meerdere grondslagen. Denk hierbij aan de ouder wordende GGZ en GHZ cliënten, die soms vanuit de GHZ en GGZ bediend worden en soms vanuit de VV. Of de cliënten met een LG grondslag, die soms zorg krijgen vanuit de GHZ en soms vanuit de VV. Het creëren van een onbedoelde prikkel richting de andere sectoren moet voorkomen worden.

Overige aandachtspunten

- In de samenvatting wordt onder punt 1 genoemd dat een harde cesuur op basis van objectieve criteria niet mogelijk is. Onder punt 2 wordt vervolgens wel uitgewerkt welke toepasbare criteria onderdeel zijn van de cesuur. Dit lijkt nu tegenstrijdig. Daarnaast komt het uiteindelijke advies aan de Minister op dit moment onvoldoende terug in de samenvatting. Zo staat o.a. pas op pagina 16 duidelijk dat de cesuur niet mogelijk is binnen de huidige wetgeving.
- Er komt onvoldoende uit het advies naar voren wie de objectieve criteria straks moet gaan toetsen. Op basis van de genoemde uitvoeringsagenda passende zorg en de onderzoeken die lopen met

betrekking tot de sociale context lijkt het om het CIZ te gaan maar dit wordt niet expliciet in het rapport benoemd.

- Wij lezen onder de juridische gevolgen van een eventuele cesuur dat een wijziging in de regelgeving plaatsvindt op grond van art. 2.1.1 lid 4 Wlz. Artikel 2.1.1 Wlz heeft echter geen betrekking op de aanspraak maar op de kring van verzekerden. Wij begrijpen niet op welke wijze de kring van verzekerden straks wordt ingeperkt waardoor de beoogde cesuur bewerkstelligd kan worden.
- Het rapport beschrijft drie belangrijke factoren die bepalen of iemand toch vanuit thuis of een beschutte woonomgeving naar een verpleeghuis moet verhuizen, namelijk: afwezigheid/overbelasting van de mantelzorger of het steunsysteem, de mate van onplanbaarheid van de zorg en de mate van gedragsproblemen. Wij zouden hier nog een vierde factor aan willen toevoegen, namelijk de beschikbaarheid van een passende woning/leefomgeving. In de praktijk zien we mensen namelijk verhuizen naar een instelling op het moment dat het in de huidige woning niet gaat en er ook geen passend alternatief is.
- In het rapport wordt onderscheid gemaakt op basis van specifieke zorgprofielen en grondslagen. Wij zien als risico dat dit een mogelijk gedragseffect zal bewerkstelligen op de indicatiestelling. Zeker indien er sprake is van dubbele grondslagen kan dit ertoe leiden dat er een 'push' ontstaat naar verblijfsplekken in de andere sectoren.
- Er wordt in het rapport veel opgehangen aan het behandelcomponent. Alhoewel de aard en/of mate waarin de cliënt behandeling nodig heeft mee kan spelen in de beoordeling of zorg met verblijf noodzakelijk is, is de praktijk weerbarstig. Zo zien we cliënten die bijvoorbeeld zorg met behandeling ontvangen op basis van de plek waar de cliënt gaat wonen. Wel of geen behandeling is in die gevallen dus aanbodgedreven en niet cliëntgedreven. Daarnaast bestaat altijd de mogelijkheid om behandeling los te declareren. Veel belangrijker is om in het definitieve advies te beschrijven welke elementen maken dat de benodigde zorg nergens anders dan in het verpleeghuis verantwoord en doelmatig geleverd kan worden. Dit mist nu nog.
- In de inleiding wordt beschreven dat het aantal verpleeghuisplekken naar verwachting niet meegroeit met het aantal mensen dat verpleeghuiszorg nodig heeft. Het arbeidskrachtentekort wordt als oorzaak gegeven voor dit probleem. We missen hier dat deze ontwikkeling ook ondersteund wordt door het huidig geldende overheidsbeleid.

Samengevat kunnen we ons vinden in uw rapport na verwerking van de genoemde aanscherpingen en aandachtspunten.

Met vriendelijk groet,

Directeur zorg

Consultatie (concept)Rapport Cesuur Verblijf Wlz – VV
Houten, 27 maart 2024

Zorgthuisnl is blij mee te kunnen denken in het onderzoek naar een werkbare cesuur verblijf in de Wlz, en wij geven hieronder dan ook graag onze reactie op het voorliggende rapport. Met deze algemene reactie hopen wij voldoende antwoord te geven op de gestelde vragen.

Problematiek

Het is helder dat het aantal verpleeghuisplekken zoals we hebben, niet toereikend is voor de groep clienten die momenteel een Wlz-indicatie of daar recht op heeft gezien de zorgzwaarte. Daarnaast zien we een blijvende stijging van uitgaven binnen de Wlz. Dit zorgt voor knelpunten in het huidige systeem. Wat er echter aan ten grondslag ligt, is een forse vergrijzing en daarmee een stijgende zorgvraag en personeelskrapte. Niet alleen binnen de Wlz maar binnen de gehele zorg.

Wat ons betreft is het dan ook belangrijk om met elkaar te bepalen hoe we komen tot een oplossing. Daarbij vinden wij het belangrijk om niet (alleen) een oplossing te vinden voor het probleem ‘van het stelsel’, maar een oplossing die echt bijdraagt om die stijgende zorgvraag nu, en in de toekomst, op te kunnen vangen.
De cesuur verblijf in de Wlz zoals in het rapport onderzocht zien wij vooral als een deur die we aan de achterkant op slot doen. Dat helpt om de instroom in de Wlz te beperken. Maar nog belangrijker is om aan de voorkant te zorgen dat mensen zolang mogelijk zelfstandig blijven, zo zelfstandig mogelijk kunnen blijven met inzet van lichte zorg en de zorg zo in te richten dat het gedragen wordt door de gemeenschap. Dit vraagt een investering aan die voorkant en concrete erkenning van de toegevoegde waarde van laagcomplexe zorg en ondersteuning zoals; huishoudelijke hulp en begeleiding vanuit uit Wmo-domein, maar ook wijkverpleging vanuit de Zvw.

Hierdoor pakken we de huidige problematiek in de zorg breder aan en zal als gevolg daarvan de vraag naar Wlz-zorg met verblijf afnemen en deze vorm van zorg echt beschikbaar blijven voor diegene die dat nodig hebben.

Oplossingsrichtingen

Zoals hierboven geschetst zien wij het rapport ‘Cesuur verblijf Wlz – VV’ als een onderdeel van een groter knelpunt, waarbij ook niet een oplossing passend is. Hieronder lichten wij een aantal belangrijke thema’s uit.

Sociale context / steunsysteem

Op dit moment wordt bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie de sociale context en eventuele aan- of afwezigheid van mantelzorg niet meegenomen in de vraag of verblijf noodzakelijk is. Wij begrijpen de gedachten om dit wel mee te nemen, en zijn dan ook zeer benieuwd naar de uitkomsten van het onderzoek vanuit de VU Amsterdam.
Naar ons idee is de sociale context en het steunsysteem om een client heen onlosmakelijk verbonden met de eventuele zorgvraag, dus is het logisch om dit mee te nemen in een afweging. Het is echter wel de vraag op welke manier je dit het beste kunt doen. Indien mantelzorg een onderdeel van de beoordeling wordt, is het belangrijk echt te kijken naar wat mantelzorgers en naasten kunnen en willen. Daarmee moet het geen extra mogelijkheid worden om zorg op af te schuiven. Dit betekent ook dat mensen met in de basis een gelijke zorgvraag maar een ander netwerk, een andere indicatie kunnen krijgen. Het is ook belangrijk om er rekening mee te houden dat de mogelijkheden van een netwerk in de tijd kunnen fluctueren. Op dit moment kan een betrokken zorgprofessional hier tijdens

het zorgproces rekening mee houden. Het is onwenselijk als dit in de toekomst zou betekenen dat er in zo'n geval telkens een nieuwe indicatie moet worden aangevraagd. Dit geeft meer en onwenselijke administratieve lasten. Er moet voldoende ruimte blijven voor client, diens netwerk en de zorgprofessional om in gezamenlijkheid invulling te geven aan de zorg zodat deze aansluit bij de wensen en behoefte van de client en het netwerk.

Passende woonvormen

Wanneer een beperkter aantal plekken in het verpleeghuis beschikbaar blijven voor mensen met een Wlz-indicatie met verblijf, komt direct de vraag van passende woonvormen naar voren. Mensen blijven langer thuis, maar wat is 'thuis?' Wij kunnen ons vinden in de bevinden in het rapport dat daarin een onderscheid kan (of moet) worden gemaakt tussen 'thuis' en een 'beschutte woonomgeving'. Veel mensen kunnen nog zelfstandig wonen maar zijn wel gebaat bij een bepaalde hulpfunctie. Dit kan bijvoorbeeld zijn in een flatcomplex met nultrede woningen waar mensen zelfstandig wonen en bijvoorbeeld vanuit de begane grond zorg op maat geleverd kan worden door aanwezigheid van een zorgpost. Dit zorgt er ook voor dat een efficiëntere vorm van zorg te organiseren is; dichtbij, geen reistijd en 24/7 beschikbaar. Maar dit kan ook de vorm van een kleinschalige woonvorm waar mensen wonen en een centrale plek (huiskamer) is waar men elkaar ontmoet en wanneer men wil gezamenlijk kan eten. Vrijheid, maar toch ook sociale nabijheid. Dit zorgt ook voor meer onderlinge hulp en een gevoel van veiligheid.

Uiteraard kan dat ook in bestaande woonwijken gerealiseerd worden; zowel door betere wijkvoorzieningen te creëren (welzijnswerk) en met ontmoetingsplekken en zou bijvoorbeeld de woningtoewijzing systematiek veranderd kunnen worden zodat zorgdragende mensen dichterbij elkaar wonen en hun woonomgeving goed toegankelijk is. Anderzijds zijn er ook woonvormen denkbaar waar juist oud en jong, zorgvragend en zelfstandig, bij elkaar woont. Het kan dan ook interessant zijn om het voor bestaande en nieuwe "verpleeghuizen" aantrekkelijk te maken een dergelijke mix van bewoners op te nemen. Hier is dan met name in de financiering een aanpassing nodig.

De laatste jaren zijn natuurlijk de laagste ZZP's afgeschaft en zijn plaatsingen van ZZP4 nauwelijks meer voorkomend. Je moet veelal al veel zwaardere zorg hebben wil je binnen kunnen komen, ook omdat aan ZZP4 geen kostendekkende plaatsing te realiseren valt. Wel bijzonder, en onzes inziens kwalijk, is dat juist nu vaak geldt dat mensen die eerst nog relatief laag geïndiceerd worden (ZZP4), en mogelijk niet in aanmerking komen voor verblijf, in de thuissituatie bij verslechterende gezondheid snel doorstijgen naar zwaardere zorgvraag, ook omdat het thuis toch lastiger is om juist die zwaardere (verpleeghuis-)zorg te leveren. Deze groep mensen, die met een nieuwe cesuur op verblijf hiervoor mogelijk niet meer in aanmerking komen, zou mogelijk beter af zijn als ze juist al eerder geplaatst kunnen worden.

Samengevat is het essentieel dat bij een aanpassing van de aanspraak op verblijf in de Wlz er voldoende, passende alternatieven zijn om de zorg 'thuis' te leveren.

Wij zien momenteel al dat zorgaanbieders in toenemende mate zorg verlenen op basis van VPT en MPT, zowel niet-geclusterd als geclusterd. Maar dat zij ook tegen veel beperkingen aanlopen. Zo is het financieel niet altijd aantrekkelijk / haalbaar om bijvoorbeeld een kleinschalige woonvorm te realiseren (onrendabele top). Passende huisvesting is essentieel en onlosmakelijk verbonden met het vraagstuk uit dit rapport.

Welzijn, zorg en ondersteuning

Naast passende woonvormen is het essentieel om te investeren in wijken waar mensen wonen (zelfstandig thuis of in beschutte woonvormen). Dit vraagt investering in sociale voorzieningen, leefomgeving en preventie. Laag complexe zorg, zoals huishoudelijke hulp, begeleiding en ondersteuning vanuit sociaal domein (Wmo) en wijkverpleging vanuit de Zvw kan ervoor zorgen dat de zorgvraag niet verder of minder snel stijgt naar zwaardere zorg vanuit de Wlz. Dit vraagt echter wel een domein overstijgende samenwerking en financiering. Investering in bijv. het sociaal domein (gemeente) levert immers besparing op in de Wlz (zorgkantoor).

Ook wordt in het rapport gesproken over de vraag of, en in welke mate, mensen met een Wlz-indicatie gebruik maken van behandeling en of aanvullende medische zorg. Waar het gaat om medische zorg, en met name de Medisch Generalistische Zorg (MGZ) bij mensen met een Wlz-indicatie thuis, zien wij knelpunten in de praktijk die een passende oplossing vragen alvorens een cesuur zoals onderzocht doorgevoerd kan worden. Een grotere groep ouderen, met een complexe zorgvraag, blijft langer thuis wonen en valt daarmee onder de medische verantwoordelijkheid van de huisarts. Daar waar zij voorheen, in het verpleeghuis, onder verantwoordelijkheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) vielen. Huisartsen geven in toenemende mate aan dat zij de toename van geriatrische zorgvraag in hun praktijk niet aan kunnen (qua aantallen en/of complexiteit). Met name waar een kleinschalige of beschutte woonvormen wordt gerealiseerd ontstaan problemen wanneer huisartsen weigeren de bewoners in hun praktijk in te schrijven. Dit terwijl in een dergelijke woonvorm vaak meer ondersteunende expertise aanwezig is (in de vorm van bijv. een SO op afroep of een verpleegkundig specialist) die de huisarts kunnen ondersteunen t.o.v. de thuissituatie. Dit vraagstuk zal in de toekomst groter worden en vraagt dan ook om werkbare oplossingen en heldere afspraken rondom taken en verantwoordelijkheden.

Afsluitend willen wij graag aangeven dat we zeer bereid zijn om mee te denken in een aanvullend onderzoek naar passende zorg thuis en/of in een beschutte woonomgeving zoals in het rapport aan de Minister wordt geadviseerd.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

Bestuurder Zorgthuisnl

[redacted]

[redacted]

Colofon

Volgnummer	2024003374
Contactpersoon	S. Heijnen-Olthof SHeijnen@zinl.nl
Afdeling	Zorg
Team	Langdurige Zorg
Uitgebracht aan	Minister van VWS