

Vernieuwingsagenda WLZ

Van cliënt-gericht naar cliënt-gestuurd!

KansPlus is om een aantal redenen van mening dat de WLZ een verbetering is ten opzichte van de AWBZ:

- Er wordt in de WLZ nadrukkelijk gesteld dat de zorg gericht moet zijn op de kwaliteit van leven van de individuele cliënt (Al wordt dit begrip in de wettekst zelf niet gebruikt, alleen in de toelichting). Wat de cliënt nodig heeft voor een goed leven moet leidend zijn in de zorg.
- Er zijn nu wettelijke bepalingen ten aanzien van het zorgplan.
- De positie van de vertegenwoordiger van de cliënt als deze zijn belangen en wensen zelf niet voldoende kan verwoorden is in de wet vastgelegd.

Ondanks deze pluspunten vindt KansPlus het jammer dat de kans niet is genomen om bij de totstandkoming van deze wet een werkelijke fundamentele vernieuwing tot stand te brengen. Ons kernbezwaar is dat ook in deze wet de cliënt teveel in een passieve en machteloze positie verkeert. Hij kan aangeven wat hij wil, maar moet vervolgens maar afwachten of de zorgaanbieder dit ook daadwerkelijk gaat realiseren. In de wet staat bovendien een ontsnappingsclausule voor de zorgaanbieder om de cliënt niet te geven wat hij vraagt (artikel 8.1.1 lid 4 en 5). Omdat het voor de cliënt absoluut niet transparant is hoeveel geld / uren er voor hem beschikbaar zijn, staat hij hierbij met lege handen.

Een tweede hoofdbezwaar is dat in de opbouw van de wet niet gedacht lijkt te zijn vanuit de cliënt, maar vanuit de structuur. Dit leidt tot een beheersmatige benadering die uiteindelijk leidt tot een beheersmatige cultuur rond de cliënt die de kwaliteit van leven van de cliënt in ernstige mate kan aantasten.

Om die reden is KansPlus van mening is dat als het bij de vernieuwingsagenda vooral gaat om het zetten van de puntjes op de i in de huidige wet, daadwerkelijke vernieuwing niet mogelijk is.

KansPlus pleit voor een duidelijk andere insteek waarbij de cliënt niet aan het eind van de regelgeving staat, maar aan het begin van het proces: *de cliënt aan het stuur!*

(NB. Bij mensen met een verstandelijke / cognitieve beperking zullen doorgaans de ouders of andere naasten namens de cliënt spreken en diens belangen behartigen)

Cliëntgestuurde financiering

Uitgangspunt is dat de cliënt op basis van zijn indicatie een bedrag toegewezen krijgt dat hij kan besteden voor de noodzakelijke zorg en ondersteuning. De cliënt kan kiezen of hij de zorg zelf wil regelen door zelf overeenkomsten met zorgverleners af te sluiten (de PGB variant), of dat hij bij een zorgorganisatie een totaalpakket afneemt (de natura variant) of een combinatie van deze twee (het modulair pakket).

Van zorgkantoor naar cliënten-corporatie

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

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

De zorgverzekeraar (WLZ uitvoerder) stort het voor de cliënt beschikbare budget in de corporatie. De corporatie is er vervolgens verantwoordelijk voor om in samenspraak met de cliënten / leden de voor hen noodzakelijke zorg in te kopen.

Marktwerking

De zorginkoop gebeurt in samenspraak met de cliënten en contracten worden in principe voor een periode van meerdere jaren afgesloten. Als het behoefteprofiel van een groep cliënten is vastgesteld en het beschikbare budget bekend is, moeten meerdere aanbieders kunnen bieden. Bij deze bieding gaat het niet om de laagste prijs – het beschikbare budget staat immers vast op basis van de indicaties – maar om de beste kwaliteit en personeelsinzet in de directe zorgverlening. Tegen het aflopen van de contractperiode overlegt het zorgkantoor met de cliënten of deze verder willen met de betreffende aanbieder, of dat ze voor de komende periode opnieuw uit meerdere opties willen kunnen kiezen.

Scheiden van wonen en zorg

De essentie van de WLZ is dat het gaat om mensen die veel zorg en ondersteuning in de eigen woning nodig hebben, maar ook dat het voor de meeste mensen met een verstandelijke beperking wenselijk is om in groepsverband te leven. Voor hen betekent dit dat ze het grootste deel van hun leven op een dergelijke manier wonen, en niet zoals bij ouderen die naar een verpleeghuis moeten slechts een korte periode aan het einde van het leven. Om het mogelijk te maken te wisselen van zorgaanbieder zonder te hoeven verhuizen en afscheid te moeten nemen van huisgenoten, moet er een scheiding komen van wonen en zorg. Dit hoeft echter niet op de traditionele manier waarbij de cliënt individueel een woonruimte huurt. In de wet kan geregeld worden dat de zorgaanbieders die nu zowel wonen als zorg gecombineerd aanbieden, de woonfunctie afsplitsen in een afzonderlijke bedrijfseenheid. Dat maakt het voor zorgkantoren mogelijk om de woonfunctie bij de ene aanbieder te contracteren en de zorg bij een ander. Dit voorkomt administratief regelwerk voor de cliëntvertegenwoordigers die hier over het algemeen niet op zitten te wachten.

Kwaliteitsbeleid

Bij het kwaliteitsbeleid staat niet het beheersmodel en de procesaansturing centraal in de vorm van protocollen en procedures, maar het kwaliteitsbeleid is gericht op output-kwaliteit in de vorm van kwaliteit van leven voor de cliënt. De cliënt is dan ook degene die beoordeelt of de kwaliteit voldoende is. Procedures en protocollen zijn alleen nodig voor risicovolle situaties/handelingen. De huidige overdaad aan protocollen leidt niet alleen tot een beheerscultuur, maar ook tot een bureaucratie die begeleiders hinderen in hun ondersteuning van de cliënten. De kanteling van de financiering zal een sterke prikkel voor zorgaanbieders zijn om daadwerkelijk in een dialoog te gaan met de cliënt en de cliënt de ondersteuning te bieden die hij nodig heeft. Dit op zich heeft al een kwaliteitsbevorderende werking en het zal de zorgaanbieder vanzelf stimuleren om een juiste balans te vinden tussen procedures en handelingsvrijheid van de begeleiders. Ook zal het de aanbieders stimuleren te investeren in de werkomstandigheden en de deskundigheid van de medewerkers, omdat dit direct afstraalt op de cliënten.

Onafhankelijke cliëntondersteuning

Een dergelijke kanteling legt een grote verantwoordelijkheid bij de cliënt zelf; niet alleen om met een realistische blik aan te geven wat nodig is om een goede kwaliteit van leven te kunnen realiseren, maar ook om de dialoog met de zorgaanbieder / zorgverleners goed te kunnen voeren. Het is belangrijk dat de cliënt hierbij ondersteund kan worden door een 'onafhankelijke' cliëntondersteuner. Het gaat hierbij om meer dan alleen de ondersteuning bij het zorgplangesprek,

zoals nu in de WLZ geregeld is. De cliëntondersteuner volgt continu vanuit de achtergrond de ontwikkeling van de cliënt en de zorg die hij krijgt, en komt als de cliënt dat nodig heeft even mee op de voorgrond.

Omdat de ondersteuner de cliënt ook moet helpen zijn verlangens op een realistisch niveau te houden, is het belangrijk dat er een vertrouwensrelatie kan ontstaan tussen de cliënt en de ondersteuner. Daarom moet de cliënt zelf kunnen kiezen wie zijn ondersteuner is. Financiering is bijv. mogelijk door middel van een voucher.

Op dit moment wordt deze functie binnen de 24-uurs zorg in de meeste instellingen uitgevoerd door een begeleider uit het eigen zorgteam waardoor de onafhankelijkheid in het gedrang komt. Er zijn echter ook instellingen die deze functie uit het zorgteam gehaald hebben en centraal regelen. De zwaarte van de rol varieert ook; van bijstaan in de dialoog tot het regelen / coördineren van verschillende vormen van zorg. In dat laatste geval heeft de ondersteuner min of meer de rol van casemanager. De wet zou deze verschillende vormen mogelijk moeten maken.

(nb doordat de cliënt kan kiezen wie zijn ondersteuner is, kan deze er ook voor kiezen om een ondersteuner uit het eigen zorgteam te krijgen).

De agenda

Een dergelijke vernieuwing van de langdurige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking gaat niet van de ene op de andere dag. Het vraagt een meerjaren-agenda.

Een eerste stap kan/moet zijn dat de huidige zorgaanbieders hun organisatie opsplitsen in drie onderdelen:

- Een woonbedrijf dat de huisvestingsfunctie beheert
- Een expertise bedrijf dat functioneert ter ondersteuning van de dagelijkse zorgverlening
- Een zorgbedrijf van waaruit de dagelijkse zorg wordt aangeboden

Een andere belangrijke stap die al snel gemaakt kan worden is het afsplitsen van de rol van cliëntondersteuner uit de zorgteams. De middelen voor de cliëntondersteuning gaan niet meer naar de zorgaanbieder, maar worden met een vouchersysteem ter beschikking gesteld aan de cliënt.

Vanuit het zorgkantoor kan het onderdeel dat zich bezig houdt met de inkoop voor de VG sector afgesplitst worden en omgevormd worden tot een cliëntencorporatie.

Na, of wellicht al gelijktijdig met deze systeem ontwikkeling, kunnen meerdere aanbieders zich richten op de markt die ontstaat. Zowel de markt voor de directe groepsgerichte zorg in groepswooningen en dagbesteding, als de markt voor specifieke ondersteuning, zoals deskundigheidsontwikkeling, specialistische (para-) medische zorg, ondersteuning door gedragskundigen, enz. Hierin kan nog steeds een plaats zijn voor de huidige zorgaanbieders, maar ze zullen hun diensten veel kosten-bewuster moeten aanbieden aan de corporaties, omdat cliënten er kritischer naar zullen kijken dat het beschikbare budget zoveel als mogelijk in de directe dagelijkse zorg besteed wordt.

10-6-2015

P. van de Siepkamp
Bestuurslid KansPlus