



Aan de leden van de commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport Tweede Kamer
T.a.v. de griffier, de heer M. Esmeijer (cie.vws@tweedekamer.nl)

's-Hertogenbosch, 4 april 2024

Betreft: debat wijkverpleging 10 april 2024

Geacht Tweede Kamerlid,

Op 10 april a.s. vindt een commissievergadering plaats over wijkverpleging. Hoewel palliatieve zorg als enig agendapunt staat vermeld, wil Senioren Netwerk Nederland (KBO's Brabant, Limburg, Overijssel, Zeeland) u een aantal aandachtspunten meegeven over de nieuwe bekostiging wijkverpleging volgens cliëntprofielen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepleit bekostiging van wijkverpleging volgens een systeem met zestien cliëntprofielen in plaats van één integrale bekostiging. Ten grondslag aan dit pleidooi ligt de aanname dat zorgaanbieders thans beloond zouden worden om veel zorguren in te zetten. Daarom heeft de NZa samen met andere partijen gezocht naar een vorm van financiering die aansluit bij het zorgproces. Zorgaanbieders worden dan niet meer per uur geleverde zorg betaald, maar volgens een vast bedrag per maand op basis van cliëntprofielen. Hierdoor zouden preventie, innovatie en stimulering van zelfredzaamheid worden beloond. Ook zouden de cliëntprofielen ertoe bijdragen dat het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder meer over de inhoud van zorg voor bepaalde cliëntgroepen gaat in plaats van uitsluitend over het aantal uren van zorg, aldus de NZa c.s.

Wij zien echter een zestal knelpunten:

1. De voordelen voor de cliënt zijn onzeker

Wat schiet de cliënt op met dit nieuwe bekostigingssysteem? We zijn bepaald niet overtuigd van het veronderstelde implementatiesucces. In de cliëntprofielen worden preventie, innovatie en stimulering van zelfredzaamheid bijvoorbeeld niet benoemd.

2. Ongelijk speelveld cliënt – zorgaanbieder

Zorgaanbieders krijgen hun vergoeding sowieso uitbetaald, zonder dat zeker is of de zorg ook daadwerkelijk geleverd is aan de cliënt. In de ondersteuning die cliënten ontvangen op basis van de Wmo zien we helaas waar dit toe kan leiden. Bij een resultaatgerichte indicatie zoals een schoon en leefbaar huis in plaats van een concrete urenindicatie staat de cliënt per definitie op achterstand als het toegezegde resultaat niet gerealiseerd wordt. Ronduit vervelend wordt het als de cliënt zelf de zorgaanbieder moet aanspreken op ondermaats presteren van diens medewerker, terwijl dat degene is die in direct contact staat met de cliënt en de oorzaak niet zelden gelegen is in factoren die buiten de invloedssfeer van de medewerker liggen, zoals onverantwoorde aanbestedingspraktijken van gemeenten. Ook bij zorg in natura op basis van een Wlz-indicatie zien we dat cliënten in het geval van onderbehandeling zwak staan. Zij kunnen slechts bij het Zorgkantoor een rekenmodule opvragen over de toewijzing, om daarmee te beoordelen of de zorg die zorgaanbieders leveren doelmatig en verantwoord is.



3. Risico voor passende zorg

Bekostiging op basis van cliëntprofielen werkt functiedifferentiatie in de hand. Wij zien specialisatie en taakherschikking echter als een niet te onderschatten risico voor passende zorg. Herschikking van taken van wijkverpleegkundigen naar helpenden leidt niet alleen tot extra afstemming, coördinatie en dus ook werkdruk voor zorgmedewerkers, maar ook tot een ongewenste toename van het aantal zorgmedewerkers dat bij een kwetsbare cliënt over de vloer komt. Generalisme is naar onze mening juist de kracht van de wijkverpleging.

4. Toename bureaucratie

Terwijl het streven naar vermindering van administratieve lasten in de zorg alom met de mond wordt beleden, lijkt elke systeemwijziging slechts te leiden tot méér bureaucratie. In het thans voorgestelde bekostigingssysteem moeten intakes worden afgenomen op basis van een zogenaamd draagkracht/draaglast-model (DKDL-model). Na het beantwoorden van een aantal vragen, rolt er een cliëntprofiel uit het model; bijvoorbeeld cliëntprofiel 1 (draagkrachtig, geen verhoogde draaglast, lage ondersteuningsbehoefte) of cliëntprofiel 12 (verminderd draagkrachtig, verhoogde draaglast, hoge ondersteuningsbehoefte). Bij verandering van de situatie van een cliënt, moet opnieuw een cliëntprofiel worden bepaald. Dit levert ook geen voordelen op voor het gefragmenteerd werken met tig zorgaanbieders in één wijk.

5. Verdere versnippering zorg

Nu al zien we in vergrijsde wijken en dorpen een drukte van jewelste door het grote aantal zorgaanbieders en zorgmedewerkers die daar zorg aan huis leveren vanuit Wmo, Wlz of Zvw. Met de reeds genoemde herschikking van taken zal deze versnippering en tijdverlies door onderweg-zijn nog meer toenemen.

6. Sta-in-de-weg voor nieuwe woon/zorg-concepten

Onlangs mochten we namens het Senioren Netwerk Nederland een bijdrage leveren aan de kick-off van de landelijke campagne *Praat vandaag over morgen* van het ministerie van VWS en ActiZ. Op tal van plekken houden we bewustwordings-bijeenkomsten voor senioren, voeren we met hen het gesprek en zoeken we naar maatwerkoplossingen voor dat dorp en die wijk. Een oplossing die veel senioren aanspreekt is die van het Zorgbuurthuis (SP) en die van Buurtwonen; kleinschalige woon/zorg-concepten voor pakweg 15 tot 25 cliënten met een sterke inzet en betrokkenheid van informele netwerken zoals de buurt en lokale verenigingen. Dit soort vernieuwende concepten zijn niet gebaat bij 16 cliëntprofielen. Die schreeuwen juist om ontschotting van de zorg.

Hoewel we waardering hebben voor de zoektocht naar een bekostigingssysteem dat aansluit op het zorgproces, vrezen we dat thans een theoretisch model voorligt dat gefragmenteerd werken in de hand werkt. Wij hopen dat ook u voorstander bent van een bekostigingssysteem dat integraal werken in de zorg stimuleert en verzoeken u de door ons gesignaleerde knelpunten te betrekken bij uw debat over bekostiging van de wijkverpleging.

Met vriendelijke groet,

Was getekend:

Leo Bisschops, voorzitter KBO-Brabant
Marcel Ballas, voorzitter KBO Limburg
Herman Pieper, voorzitter KBO-Overijssel
Lilianne van der Ha, voorzitter KBO Zeeland