

Vergaderjaar 2009–2010

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 147

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2010

Mede namens de minister voor Jeugd en Gezin, informeer ik u over de toegankelijkheid van de AWBZ voor cliënten die een beroep doen op de sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg. Bijgesloten is het onderzoeksrapport dat de situatie beschrijft op 1 april 2009.¹ Zoals aangekondigd in mijn laatste brief over de toegankelijkheid van de AWBZ van 15 juni 2009 (TK 2008–2009, 30 597, nr. 75) is voor de aanhoudende wachtlijstproblematiek bij de groep jeugdige licht verstandelijk gehandicapten een kwartiermaker aangesteld om de problematiek te verkennen en zonedig met aanvullende beleidsvoorstellen te komen. Ook zijn bevindingen zijn bijgesloten.

Hoofdconclusie van het onderzoek: de toegankelijkheid blijft goed ...

In lijn met de uitkomsten over de laatste jaren blijkt de ruime meerderheid van de cliënten (82%) binnen de Treeknormen² alle geïndiceerde zorg te ontvangen. Hoewel dit percentage in 2009 iets lager is dan in voorgaande jaren (85% in 2007 en 86% in 2008), blijft de toegankelijkheid van de AWBZ in het algemeen goed geborgd. Het iets lagere percentage hoeft niet te wijzen op een mindere toegankelijkheid van de AWBZ. Deze uitkomst hangt ook samen met het feit dat steeds meer personen er bewust voor kiezen hun verblijfsindicatie niet meteen te verzilveren en liever thuis blijven wonen.

... maar er is nog steeds een groep problematisch wachtende cliënten

Evenals voorgaande jaren blijkt de wachtlijstproblematiek zich te concentreren bij enkele duidelijke groepen cliënten. Het gaat nog steeds om dementerende ouderen, personen met een meervoudige complexe problematiek (zoals oudere verstandelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek) en jeugdige licht verstandelijk gehandicapten met veelal aanvullende problematiek.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Treeknormen zijn normen voor acceptabele wachttijden voor het realiseren van zorg. Voor extramurale zorg geldt een norm van 6 weken; voor intramurale zorg een norm van 13 weken.

Zoals aangekondigd in bovengenoemde wachtlijstbrief, is in dit wachtlijst-onderzoek aan cliënt(vertegenwoordigers) uit de groep dementerende ouderen en personen met meervoudige problematiek gevraagd naar hun oordeel over hun situatie.

In 2009 bestond de problematische wachtlijst uit circa 2 700 dementerende ouderen, bijna 900 cliënten met meervoudig complexe problematiek en circa 2 200 jeugdige licht verstandelijk gehandicapten. Na het verstrijken van de Treeknorm hebben deze cliënten nog niet alle geïndiceerde AWBZ-zorg ontvangen. Dit betekent niet per se dat iedereen ook daadwerkelijk wacht op zorg, want cliënten kunnen bijvoorbeeld tevreden zijn met de geboden overbruggingszorg. Inmiddels zijn er meer actuele cijfers beschikbaar over het aantal problematisch wachtende jeugdige licht verstandelijk gehandicapten. Recent onderzoek laat zien dat het aantal cliënten op de problematische wachtlijst is afgenomen van 2 200 in 2009 naar 1 400 in 2010. Dat is een positieve ontwikkeling. Hierover straks meer.

De omvang en de samenstelling van de groep problematisch wachtenden wijkt enigszins af van de voorgaande wachtlijstmeting: op peildatum 1 april 2008 bijna 4 500 personen en op 1 april 2009 circa 5 700 personen. De toename is vooral het gevolg van meer wachtenden met dementie; hun aantal groeide van ruim 1 700 naar circa 2 700. Of de wachtlijst voor dementerenden daadwerkelijk is toegenomen is niet met zekerheid te zeggen. In 2008 waren de uitkomsten gebaseerd op inschattingen van cliëntsituaties door de zorgkantoren, terwijl in het onderzoek van 2009 de cliënt zelf of diens vertegenwoordiger is benaderd. Zoals gezegd, is er sprake van een daling van het aantal problematisch wachtende jeugdige licht verstandelijk gehandicapten: van 2 200 in 2009 naar 1 400 in 2010. Desalniettemin is het aantal wachtenden in deze kwetsbare groepen wel zorgelijk. Dat geldt overigens voor alle personen op de problematische wachtlijst. Hiervoor blijft onverminderd aandacht nodig.

Positief nieuws is dat in crisissituaties binnen 24 uur adequate crisiszorg kan worden geleverd. Hierover hebben zorgkantoren en zorgaanbieders in de regio afspraken gemaakt. Daarmee is de crisiszorg binnen de sectoren verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg goed geregeld.

De problematische wachtlijst is een gevolg van meerdere factoren

Vooraf een tekort aan verblijfsplaatsen voor deze groepen cliënten leidt tot deze wachtlijst. De wachtlijst blijft bestaan door een toename van de vraag binnen deze cliëntgroepen en de constatering dat de gerealiseerde uitbreiding van het aantal verblijfsplaatsen de groei van de vraag niet kan bijbenen. Specifiek voor zorg voor mensen met dementie geldt dat de sector momenteel een kwaliteitsslag aan het maken is; meerbedkamers worden omgebouwd tot 1 of 2 persoonskamers. Zorgkantoren geven aan dat hierdoor de echte uitbreiding van het aantal plaatsen in het gedrang is gekomen.

Bovendien heeft het opstellen van de laatste bouwprioriteitenlijst in 2008 veel extra aandacht doen uitgaan naar het ontwikkelen van initiatieven en minder naar het daadwerkelijk realiseren daarvan. Vervolgens heeft de afschaffing van het bouwregime met ingang van 1 januari 2009 mogelijk bij instellingen geleid tot een herbezinning op eerder voorgenomen bouwactiviteiten.

Daarbij komt dat er op dat moment nog geen duidelijkheid bestond ten aanzien van de hoogte van de vergoeding van de huisvestingscomponent in de integrale tarieven.

De wachtlijstinformatie moet worden gezien in de context van de totale ontwikkeling van de AWBZ. Jaarlijks neemt het beroep op de AWBZ toe, zowel bij zorg in natura als bij het pgb. In algemene zin is daarbij een tendens om zo lang mogelijk zorg thuis te willen ontvangen. Hierdoor neemt het beroep op de intramurale voorzieningen relatief af. Anderzijds neemt de zorgzwaarte bij de intramurale voorzieningen toe en is er de wens tot meer privacy. Ook de problematische wachtlijst concentreert zich op de intramurale voorzieningen voor specifieke doelgroepen. Dit vraagt van de sector een gerichte aanpassing van het zorgaanbod.

Vigerend beleid verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg

In de brief van 15 juni 2009 (kamerstuk 30 597, nr. 75) is uitgebreid aangegeven wat mijn beleidsinzet is om de toegankelijkheid van de AWBZ te garanderen. Deze inzet geldt nog steeds. Dit betekent dat het beschikbare budget voor de AWBZ is verhoogd op basis van ontwikkelingen in de vraag en dat de knelpuntenprocedure is nog steeds van kracht is.

Daarnaast zal voor de zomer meer helderheid bestaan ten aanzien van de normatieve huisvestingscomponent, is het financiële klimaat verbeterd, is er extra geld uit de bouwimpuls juist voor de sector verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg aangewend om de gewenste versnelling in de privacyverbetering te realiseren en is de stimuleringsregeling voor kleinschalige voorzieningen voor mensen met dementie in werking getreden. Voor het treffen van dit soort maatregelen ben ik verantwoordelijk. Wat de uitvoering betreft, ligt primair de verantwoordelijkheid bij de zorgkantoren en de zorgaanbieders. Zij zijn in eerste instantie aan zet om vraag en aanbod zo goed als mogelijk op elkaar af te stemmen en tegemoet te komen aan de behoeften van de cliënt.

Met mijn beleid met betrekking tot de afbouw van meerbedskamers en het bevorderen van het kleinschalig wonen voor met name dementerenden, beoog ik een impuls te geven aan het vergroten van het zorgaanbod. Dit zijn tijdelijke maatregelen. Ik vind het echter ook van belang dat in de uitvoeringsstructuur wijzigingen worden aangebracht, opdat op regionaal niveau gerichte keuzes worden gemaakt over het gewenste intramurale zorgaanbod.

Tegen deze achtergrond heb ik u geïnformeerd om integrale tarieven te gaan toepassen binnen de AWBZ. Daarnaast wil ik de rol van de zorgkantoren versterken door hen rechtstreeks te betrekken bij de exploitatiegevolgen van wijzigingen in de intramurale capaciteit als onderdeel van de contracteerruimte.

Van belang is ook dat de zorgkantoren aandacht besteden aan de doelgroep dementerenden in hun inkoopbeleid voor de intra- en extramurale zorg. Zorgkantoren willen komen tot meerjarige afspraken met de netwerken van zorgaanbieders die zorg leveren aan dementerenden.

Effect Programma Ketenzorg op de wachtlijst voor dementerenden

Het Programma ketenzorg dementie heeft onder meer als doel meer samenhang te bewerkstelligen in de zorg voor dementerenden. Neveneffect van dit programma is dat de omvang van de wachtlijst voor mensen met dementie toeneemt. Betrokkenen raken beter op de hoogte van de zorgmogelijkheden. De samenwerkende zorgaanbieders in de regio's hebben de mogelijkheid om demografische gegevens te koppelen aan de verwachte prevalentie van dementie en het ziekteverloop.

Dit maakt het mogelijk om de toekomstige behoefte aan, bijvoorbeeld, verpleeghuisplaatsen beter in te schatten. Zoals hiervoor aangegeven, is uitbreiding van de capaciteit echter van meerdere factoren afhankelijk. Wat daarnaast bij dementie vaak speelt, is dat er grote weerstand is tegen opname, zowel bij de cliënt als bij zijn naaste. Dit maakt dat urgente gevallen toch niet voor een intramurale setting kiezen.

Jeugd-lvg

Al enige tijd hebben de minister voor Jeugd en Gezin en ik aandacht voor het verminderen van de wachtlijstproblematiek. Om meer inzicht te krijgen in de achterliggende oorzaken is een beleidsverkenning uitgevoerd. Inmiddels heeft een kwartiermaker zijn analyse beschikbaar over de aanhoudende problematiek bij deze groep. Hij concludeert het volgende:

- in veel regio's is er geen precies beeld van de omvang van de urgent wachtenden (de «echte» wachtlijstproblematiek), mede daardoor is het landelijke cijfer van de groep urgent wachtenden niet scherper te krijgen;
- in het proces van zorgbemiddeling in de regio is onvoldoende helder wie nu feitelijk de verantwoordelijkheid neemt (het zorgkantoor of de zorgaanbieder);
- zorgaanbieders voelen zich regelmatig belemmerd door bovengenoemd gebrekkig beeld, onvoldoende afstemming tussen partijen, onzekerheden in de contractering of onzekerheid over de complexiteit van de zorgvraag en de vraag of zij voldoende toegerust zijn om het passende antwoord te bieden.

Nieuw beleid voor deze doelgroep

De betrokken landelijke partijen (ZN, VGN en VOBC LVG) en de betrokken bewindslieden zijn het eens met de analyse van de kwartiermaker dat bovengenoemde situatie alleen met een gerichte, proactieve regionale aanpak is te doorbreken. Bij deze aanpak wordt zorgbemiddeling voor deze groep weer persoonlijk gemaakt en worden partijen in de regio aangesproken op hun verantwoordelijkheden.

Op 1 februari jl. is in alle 32 zorgkantoorregio's deze aanpak van start gegaan en zijn de huidige wachtlijsten (2009) in elke regio op persoonsniveau nagelopen.

Het onderzoek is inmiddels afgerond en de uitkomst is dat het aantal jeugdige licht verstandelijke gehandicapten op de problematische wachtlijst is gedaald van 2 200 in 2009 naar 1 400 in 2010. De daling is enerzijds een gevolg van het intensiever tellen op basis van dossieronderzoek. Voor elke cliënt is bij de zorgaanbieders nagevraagd of er daadwerkelijk zorg wordt verleend en in veel gevallen bleek dit inderdaad zo te zijn. Anderzijds hangt de daling samen met de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld om de wachtlijst terug te dringen; dat heeft ertoe geleid dat zorgkantoren afgelopen jaar meer zorg hebben kunnen inkopen. De verwachting is dat gedurende 2010 deze trend zich doorzet. De hier beschreven proactieve regionale aanpak is niet eenmalig. Met de zorgkantoren worden momenteel afspraken gemaakt hoe de vinger aan de pols gehouden kan worden. In oktober dit jaar vindt er voortgangs-overleg plaats over de ontwikkeling van de wachtlijst. En in het voorjaar van 2011 wordt wederom eenzelfde wachtlijstmeting uitgevoerd op basis van dossieronderzoek.

Het feit dat er sprake is van een daling van de wachtlijst is een positieve ontwikkeling. Maar feit blijft dat een problematische wachtlijst als zodanig ongewenst is en zo veel als mogelijk moet worden teruggedrongen.

De kwartiermaker beklemtoont vooral te investeren in het eerder onderkennen van de problematiek. Dit werpt zijn vruchten af, omdat daarmee mogelijk een beroep op «zwaardere» AWBZ-zorg is te voorkomen. Ik onderschrijf deze analyse.

Het is een van de beleidsthema's in de zojuist gepresenteerde visie van het demissionaire kabinet over de toekomst van de ondersteuning van en zorg voor jeugdigen en hun ouders, zie de brief «Perspectief voor Jeugd en Gezin» van 9 april 2010 (kamerstuk 32 202, nr. 4).

Preventie en vroegsignalering dienen plaats te vinden op het lokale niveau, bij de Centra voor Jeugd en Gezin en op scholen. Het kabinet wil dat laagdrempelige hulp op deze plekken zonder indicatie beschikbaar komt. Door dicht bij kinderen en gezinnen tijdig passende ondersteuning te bieden in aansluiting op de eigen kracht en het sociale netwerk, kunnen problemen later zo veel mogelijk worden voorkomen.

De recente cijfers laten zien dat de wachtlijst voor intramurale zorg lijkt toe te nemen bij de orthopedagogische centra (390 in 2009 en 700 in 2010) en af te nemen bij de reguliere instellingen voor de verstandelijke gehandicaptenzorg (1 000 in 2009 en 350 in 2010). De kwartiermaker stelt voor dat deze instellingen de deskundigheid van medewerkers bevorderen en zorgen voor geschikte huisvesting. Hier ligt in eerste instantie een taak voor de sector zelf.

Voortzetting van het huidige beleid

Aanvullend op het generieke beleid zoals eerder aangegeven, gelden voor deze cliëntgroep nog aanvullende maatregelen zoals genoemd in de brief van 15 juni 2009. Het aanbod wordt verruimd doordat, buiten de 21 orthopedische centra, ook andere vg-instellingen behandeling mogen leveren. Sommige instellingen maken daar gebruik van. Daarnaast is extra geld beschikbaar gesteld voor zorgvernieuwing. Ook wordt geïnvesteerd in het vermeerderen van kennis over behandelmethoden voor jeugd-ivg; dit loopt via het ZON/MW-programma «Onderzoek voor mensen met een verstandelijke beperking».

Tot slot

Uit contacten met het veld concludeer ik dat zij het bevorderen van de toegankelijkheid van de AWBZ voor deze groepen cliënten als beleidsprioriteit bestempelen. Ik ga er dan ook van uit dat bovengenoemde activiteiten bijdragen aan het realiseren van dit doel. Ik hou er wel rekening mee dat het vraagstuk van de wachtlijst niet op korte termijn is op te lossen. Het realiseren van nieuwe verblijfsvoorzieningen vergt nu eenmaal de nodige tijd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink