nationale ombudsman

Blijvende zorg

Nationale ombudsman maakt balans op twee jaar na zijn aanbevelingen om de toegang tot zorg voor burgers te verbeteren

Rapportnummer: 2020/031

Onderzoeker
Jeanine Stam

Datum: 17 september 2020
Rapportnummer: 2020/031

Inhoudsopgave

Blijvende zorg **4**
Conclusies en oproep Nationale ombudsman naar aanleiding van terugblikonderzoek toegang tot zorg

Verantwoording **8**

1 Waarom dit vervolgonderzoek **8**
1.1 Inleiding 8
1.2 Aanbevelingen en reacties hierop van VWS 8
1.3 Aanleiding vervolgonderzoek 9
1.4 Onderzoeksvragen 10
1.5 Aanpak en reikwijdte 10

De heer Den Oudsten* **12**

2 Bevindingen **14**
2.1 Wat is in gang gezet? 14
2.2 Welke knelpunten spelen nog? 15
2.3 Knelpunten uit rapport Zorgen voor burgers 16
2.4 Knelpunten uit rapport Borg de zorg 23

Jos en Mariska* **28**

3 Visie VWS en contourennota **29**

4 Verslag van het rondetafelgesprek **30**

5 Overzicht programma's en actieplannen VWS **41**

Blijvende zorg

Conclusies en oproep Nationale ombudsman naar aanleiding van terugblikonderzoek toegang tot zorg

Inleiding

De afgelopen jaren heb ik regelmatig aandacht besteed aan de problemen die burgers ervaren bij de toegang tot zorg. Zo verscheen in mei 2018 mijn rapport Zorgen voor burgers, op basis van onderzoek naar knelpunten op het snijvlak van verschillende zorgwetten. In oktober 2018 deed ik samen met de Algemene Rekenkamer en het Sociaal Cultureel Planbureau een oproep aan het kabinet om meer oog te hebben voor de duizenden Nederlanders die niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. En in november van dat jaar publiceerde ik het verdiepende onderzoek Borg de zorg over de knelpunten die specifiek werden ervaren door mensen met dementie en hun mantelzorgers. In beide rapporten concludeerde ik dat het huidige zorgsysteem niet goed aansluit bij de realiteit van burgers. Dit leidt tot knelpunten in de toegang tot zorg. Burgers voelen zich van het kastje naar de muur gestuurd, vooral mensen (met kinderen, partner, ouders) met een meer complexe en/of domeinoverstijgende zorgvraag. Zonder een flexibele organisatie van de benodigde zorg en financiering zullen er problemen blijven bestaan. Deze worden veroorzaakt door 'hokjes'- en 'potjes'-denken vanuit de verschillende wetten en domeinen. Ik doelde daarmee vooral op de afstemmings- en afschuifproblemen die vanwege de budgettaire prikkels en belemmeringen in dit concurrerende zorgsysteem zijn ontstaan.
Van de overheid mag worden verwacht dat zij als één overheid opereert. Het is dan ook niet behoorlijk dat burgers zelf met verschillende instanties van die ene overheid contact moeten opnemen in een poging hun probleem op te lossen. Ik pleitte ervoor dat het Rijk en de decentrale overheden met elkaar mogelijk moeten maken wat nodig is, door vraaggericht te handelen en - waar nodig - hun regelgeving hierop aan te passen. In de twee rapporten gaf ik oplossingsrichtingen en aanbevelingen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de afstemming, samenwerking en kwaliteit van de toegang tot zorg voor burgers te verbeteren.

Terugblik

Vervolgens heb ik de ontwikkelingen nauwgezet gevolgd. Bij acute problemen heb ik de minister van VWS, het CAK of gemeenten direct aangesproken op hun verantwoordelijkheden en hen verzocht om maatregelen te treffen. Zo heb ik in februari 2019 de minister van VWS gevraagd om meer duidelijkheid te verschaffen over de invoering van het nieuwe abonnementstarief Wmo. Mensen moeten goed geïnformeerd worden over de kosten van de nodige zorgvoorziening, zodat zij weten waar ze aan toe zijn. Verder riep ik gemeenten en VWS in het najaar van 2019 op om per direct met elkaar een oplossing te vinden voor de problemen van burgers bij het verkrijgen van hulpmiddelen vanuit de Wmo. De uitbesteding van taken en de marktwerking bleken uiteindelijk grote gevolgen te hebben voor degenen die van een hulpmiddel afhankelijk zijn. Tot slot heb ik recent het CAK nog gevraagd om bij het innen van de eigen bijdragen zijn dienstverlening aan de burger te verbeteren. Samen met deze uitvoeringsorganisatie ben ik van mening dat hierin nog een verbeterslag te maken valt.
Eind 2019 startte ik een terugblikonderzoek. Dit deed ik om te evalueren in hoeverre de aanbevelingen en oplossingsrichtingen uit de rapporten Zorgen voor burgers en Borg de zorg zijn opgepakt. Allereerst ben ik daarover met verschillende (overheids)instanties en belangenorganisaties in gesprek gegaan. Verder zijn klachten en signalen nader bekeken, is met burgers gesproken, zijn (overheids)instanties en belangenorganisaties (nogmaals) gehoord, Kamerstukken en rapporten bestudeerd en hebben we meerdere bijeenkomsten bijgewoond.

Veel woorden, te weinig daden

Uit de evaluatie blijkt dat het ministerie van VWS inmiddels vele, verschillende programma's, actieplannen, verbeteragenda's en pilots in gang heeft gezet met als doel de uitvoering te verbeteren. Maar de door mij gesignaleerde knelpunten zijn daarmee niet weggenomen. Het feit dat verschillende wetten, regels, stelsels en domeinen in de levens van mensen samenkomen, blijft onverminderd complex. En alle programma's hebben hierin tot nu toe niet tot structurele verbeteringen geleid. In de uitvoering werken instanties nog steeds te weinig samen, is nog sprake van administratieve rompslomp, ontbreekt het nog teveel aan regie en wordt marktwerking in de zorg als problematisch ervaren. Burgers weten niet goed waar zij op kunnen rekenen en ervaren een gevoel van willekeur en rechtsongelijkheid als het toegangsbeleid per gemeente verschillend wordt uitgevoerd. Daarnaast zorgen gevestigde werkwijzen en ingesleten gewoonten bij de overheid ervoor dat onvoldoende vraaggericht en integraal wordt gewerkt. Pilots hebben daar vanwege hun kleinschalige en tijdelijke karakter nog geen structurele verandering in gebracht.

Blijvende knelpunten vooral in domeinoverstijgende zorg

Met name mensen die langdurig behoefte hebben aan verschillende soorten zorg en ondersteuning ervaren deze knelpunten, zoals mensen met een chronische ziekte of beperking. Zij hebben (gelijktijdig of achtereenvolgend) langdurig voorzieningen nodig, zoals dagbesteding, begeleiding, thuiszorg en verpleeghuiszorg, die nog steeds worden geleverd en gefinancierd vanuit niet met elkaar in verbinding staande 'hokjes' en 'potjes'. Hierdoor worden zij nog geregeld tussen instanties heen en weer gestuurd.

Neem bijvoorbeeld de heer Den Oudsten*, die dit jaar bij het aanvragen van extra dagbesteding voor zijn dementerende vrouw in een discussie werd gezogen tussen zorgaanbieder, dagbestedingslocatie en gemeente over welke wet hiervoor moest worden aangesproken om te bepalen wie voor deze zorg betaalt. Dit leidde voor deze meneer tot veel onduidelijkheid en onzekerheid, terwijl hij het al druk genoeg heeft met de verzorging van zijn vrouw. Of lees het verhaal van Jos*, de echtnoot van Mariska* die psychiatrische problemen heeft. Bij de aanvraag van een persoonsgebonden budget om voor haar te kunnen zorgen, werd Jos heen en weer gestuurd tussen een onwetende gemeente en zijn eigen zorgverzekering, zonder dat één van de twee de regie nam om voor hen tot een oplossing te komen. Deze mensen missen een duidelijk aanspreekpunt waar zij met hun zorgvragen terechtkunnen. Zij missen medewerkers die zich in hun wereld inleven en 'achter de schermen' naar oplossingen zoeken, eventueel buiten de kaders om. Overigens wees niemand hen op het bestaan van een cliëntondersteuner; een onafhankelijk iemand die het complexe systeem in begrijpelijke taal omzet en waar nodig bemiddelt tussen burger en verschillende (overheids)instanties. Juist voor mensen met een langdurige en domeinoverstijgende zorgvraag is deze ondersteuning van groot belang.
Voor mensen blijft het vaak zoeken welke (overheids)instantie eindverantwoordelijk is; de overheid, de zorgaanbieder? Of de burger zelf? En wat als gemeenten bepaalde taken uitbesteden aan andere instanties; wie is dan eindverantwoordelijk voor de (toegang tot) zorg? Het is de Nationale ombudsman gebleken dat het in dit soort constructies voor de burger, maar ook voor de overheid zélf, soms niet meer duidelijk is wie op welke verantwoordelijkheid kan worden aangesproken. De problemen met de Wmo-hulpmiddelen zijn hiervan een illustratie; ondanks de zorgplicht van gemeenten werden veel mensen met hun probleem doorverwezen naar de hulpmiddelenleverancier.

Visie VWS en contourennota

Intussen heeft de minister van VWS ook zélf laten weten dat de zorg regelmatig te gefragmenteerd wordt georganiseerd, met een gebrek aan coördinatie en afstemming. In zijn brief van 23 december 2019 kondigde hij aan met partijen te willen verkennen hoe de grenzen tussen de domeinen flexibeler kunnen worden vormgegeven, zodat de samenwerking ten

behoeve van goede zorg op nummer één staat en niet wordt gehinderd of vertraagd door een afwachtende houding over wie wat wanneer financiert. Hij schreef in zijn brief dat hij in het voorjaar van 2020 de Kamer nader zou informeren over de voortgang van de hierboven beschreven verkenning, de gewenste oplossing en het bijbehorende tijdpad. Daarnaast wees hij op een al eerder aangekondigde contourennota over de goede organiseerbaarheid van de zorg, met de juiste prikkels, sturing en toezicht.[1] Deze nota zou vóór de zomer van 2020 aan de Kamer worden gepresenteerd.

En toen kwam de uitbraak van het coronavirus. Door de vele extra werkzaamheden die deze crisis voor het ministerie van VWS met zich mee gebracht, zijn de verkenningen en de contourennota naar het najaar verschoven. Hetzelfde geldt voor de reactie van de minister op een meer integrale financiering van de ouderenzorg, zoals door de commissie Bos is voorgesteld. Wel liet de minister de media en Tweede Kamer weten deze coronacrisis als één groot pleidooi te zien voor minder markt, meer samenwerking en meer centrale regie in de zorg. Hij is kritisch over de doorgeslagen marktwerking en vindt de regierol in het zorgstelsel niet goed georganiseerd. Hierdoor is er onvoldoende samenwerking. Het huidige zorgstelsel met de ieder-voor-zich mentaliteit moet op de schop. Daarbij moet de financiering minder concurrerend worden geregeld en de regie meer integraal en regionaal worden belegd. Alle soorten zorg moeten verregaand en domeinoverstijgend gaan samenwerken en als dat niet vanzelf lukt, moet landelijk kunnen worden bijgestuurd. Zijn plannen hieromtrent zullen in de contourennota worden meegenomen.

Burgers moeten nú verbetering merken

Deze plannen klinken veelbelovend en gaan in op de knelpunten die ik in beide rapporten heb geschetst. De problemen die dit zorgstelsel met zich meebrengt, worden inmiddels breed gedragen en er zijn goede initiatieven gestart ter verbetering van de toegang tot zorg. Maar deze initiatieven blijven grotendeels hangen in (landelijk opgezette) plannen of worden slechts uitgevoerd op lokaal en/of experimenteel niveau. Dit is geen oplossing voor de problemen die burgers op dit moment ervaren. Daar is meer voor nodig dan het schetsen van contouren.

Al eerder gaf ik in mijn rapport Zorgen voor burgers aan dat de problemen vanwege de complexheid van het zorgsysteem niet eenvoudig en snel zijn op te lossen. Maar twee jaar later zijn deze complexiteit, het gebrek aan regie en de wanhoop bij burgers daarover nog steeds aan de orde van de dag. De (mede) door VWS geïnitieerde acties zijn voor hen nog niet voldoende tastbaar. Dit blijkt uit signalen uit de media, uit klachten van burgers en uit de verhalen van professionals die dagelijks mensen helpen bij wie het contact met de overheid stroef verloopt. Dit is voor mij een blijvende zorg.

De woorden van de minister zijn aansprekend, maar concrete daden blijven uit. De oplossingsrichtingen en aanbevelingen uit de rapporten Zorgen voor burgers en Borg de zorg zijn daarom helaas nog altijd actueel.

Blijvende zorg

De minister moet ervoor waken dat hij zijn verbeteringsplannen niet alleen met de mond belijdt, maar ook daadwerkelijk oppakt en voor burgers tastbaar maakt. Zij hebben grote behoefte aan concrete oplossingen voor knelpunten op uitvoeringsniveau en naar de bedoeling van de wet: zorg en ondersteuning die aansluit bij hun persoonlijke situatie.
Ik verzoek de minister daarom om alsnog gevolg te geven aan mijn aanbevelingen en oplossingsrichtingen en samen met zorgverzekeraars en gemeenten snel door te pakken met

1 Op Prinsjesdag 2019 kondigde het kabinet aan vóór het zomerreces van 2020 een nota te zullen uitbrengen waarin wordt ingegaan op wat er bestuurlijk nodig is om de organiseerbaarheid en de betaalbaarheid van de (voor)zorg en ondersteuning te verbeteren.

integrale toegang en (domeinoverstijgende) samenwerking. Hierbij roep ik nadrukkelijk op tot het volgende:

- Creëer alsnog een duidelijke, enkelvoudige toegang tot zorg en haal de perverse prikkels om niet integraal en disciplinair te kunnen of wíllen werken zo snel mogelijk uit het systeem. Voorkom 'hokjes-' en 'potjes'-denken en spreek gemeenten en andere (overheids) instanties hierop aan. Financiën dienen 'achter de schermen' te worden afgehandeld met overbruggingsbudgetten of andere constructies, zodat de burger hier niet mee wordt belast.
- Regel dat burgers eenvoudig, tijdig en actief één onafhankelijke en deskundige cliëntondersteuner of (indien van toepassing) casemanager dementie krijgen toegewezen gedurende het gehele (domeinoverstijgende) zorgtraject.
- Besteed bijzondere aandacht aan ondersteuning van extra kwetsbaren, zoals (ouders van) jonge mensen met een beperking, ouderen (onder wie mensen met dementie) en hun mantelzorgers. Mijn aanbevelingen over passende begeleiding en respijtzorg in het rapport Borg de zorg zijn in tijden van corona actueler dan ooit. Ik verzoek de minister om zijn verbeteringsplannen op deze punten zo spoedig mogelijk uit te voeren en concreet te maken.

De ervaringen en 'lessen' uit de coronacrisis zullen daarbij moeten worden meegenomen.[2] Niet alleen voor nu, maar ook voor de (middel)lange termijn en uiteindelijk op structureel niveau. Regel regie (ook voor de burger zelf) en stel concrete, realistische doelen, zodat het zorgbeleid niet alleen in woord, maar ook in daad toekomstbestendig is. Dit alles om voor elkaar te krijgen dat het zorgsysteem voor álle burgers werkt en blíjft werken.

De Nationale ombudsman,

Reinier van Zutphen

** gefingeerde namen*

2 Zie onder meer rapport Samenleven is meer dan overleven van de Raad Voor Volksgezondheid en Samenleving van 3 mei 2020, het advies De contouren van een intelligent herstelbeleid van de Denktank coronavirus (SER e.a.) van mei 2020, het rapport Zorg voor de toekomst van de Sociaal Economische Raad van juni 2020 en het aangepast REISadvies Oud en zelfstandig 2030 van de commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (commissie Bos) van 30 juni 2020. Verder loopt op dit moment een onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar de bestrijding van het coronavirus (vooral economisch) en een onderzoek van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid naar de aanpak van de coronacrisis.

Verantwoording

1 Waarom dit vervolgonderzoek

1.1 Inleiding

In de afgelopen jaren heeft de Nationale ombudsman verschillende keren vastgesteld dat burgers problemen ervaren bij de toegang tot zorg. In mei 2018 verscheen rapport Zorgen voor burgers, op basis van onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren op het snijvlak van verschillende zorgwetten. Op 21 november 2018 is rapport Borg de zorg gepubliceerd. Hierin is nader ingegaan op de specifieke knelpunten die mensen met dementie en hun mantelzorgers ervaren bij de toegang tot zorg en ondersteuning. Mijn conclusie in beide rapporten was dat het zorgsysteem niet goed aansluit bij de realiteit van burgers. De zorg is op een marktgerichte en gedecentraliseerde manier georganiseerd, met de verwachting dat dit tot méér maatwerk, méér kwaliteit en méér efficiëntie zou leiden. Door intensieve samenwerking tussen (lokale) overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders zou de zorg vanuit verschillende wetten worden samengebracht, om de burger snel en vraaggericht van dienst te kunnen zijn. Hierbij is zelfredzaamheid het uitgangspunt.

Uit bovengenoemde onderzoeken kwam naar voren dat van deze ambitie nog te weinig was terechtgekomen. In de praktijk bleek iedere instantie vooral vanuit haar eigen perspectief en belang haar regelingen uit te voeren en binnen de eigen kaders te werken. Hierdoor ontbrak het overzicht van de gehele situatie, waardoor de betrokken instanties het gevoel van urgentie misten om de problemen integraal aan te pakken. Gevolg was dat mensen tussen de ‘zorgloketten’ heen en weer werden geschoven.
Dit zogenoemde hokjes-denken van de overheid in verschillende domeinen (of potjes-denken als het gaat om de financiering) blijft voor knelpunten zorgen zolang er geen flexibiliteit komt in het kijken naar benodigde zorg en geld. Door de burger te bedienen vanuit verschillende wetten en instanties, met elk een eigen loket, handelingskader, verantwoordelijkheid en financiering, kan men op voorhand verwachten dat dit tot knelpunten leidt. Dit zorgt namelijk voor afstemmings-, en afschuifproblemen, zeker gezien de budgettaire prikkels en belemmeringen die in dit soms concurrerende systeem verscholen zitten; als de ene partij investeert, komen de baten bij de andere partij terecht. Met name mensen die langdurig behoefte hebben aan verschillende soorten zorg en ondersteuning hebben hier last van, zoals mensen met dementie of (ouders van) mensen met een chronische ziekte of beperking. Zij hebben (gelijktijdig of achtereenvolgend) langdurige voorzieningen nodig, zoals dagbesteding, begeleiding, verpleging en verzorging en verpleeghuiszorg, die worden geleverd en gefinancierd vanuit de verschillende zorgwetten.

1.2 Aanbevelingen en reacties hierop van VWS

In het rapport Zorgen voor burgers stelde de Nationale ombudsman de minister van VWS een aantal oplossingsrichtingen voor, zoals het instellen van een overbruggingsbudget bij onduidelijkheid over de toepasselijke zorgwet of financiering, het investeren in scholing en methodiekontwikkeling, en het meer integraal en multidisciplinair werken waarbij burgers in ieder geval ‘warm’ worden doorverwezen. Verder gaf de ombudsman het advies om ingewikkelde casussen meer bespreekbaar te maken en zo nodig te escaleren. Dit heeft als doel dat de overheid op deze manier anders leert kijken naar afstemming en kwaliteit van hun handelen.
Net voor publicatie van dit rapport, op 25 april 2018, heeft de Nationale ombudsman gesproken met het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Het ministerie van VWS, de VNG en ZN gingen met de voorgestelde oplossingsrichtingen aan de slag. In een brief van 8 oktober 2018 aan de Tweede Kamer reageerde de minister van VWS op het rapport

‘Zorgen voor burgers’. Hij erkende dat de toegang tot passende zorg en ondersteuning nog niet voor iedereen goed was geregeld en kondigde een aantal programma’s en maatregelen aan.

Ook in rapport Borg de zorg deed de Nationale ombudsman een aantal voorstellen tot verbetering, zoals het instellen van één toegang tot zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers en het zowel vóór als na de diagnose beschikbaar stellen van praktische informatie. Verder moest er meer aandacht komen voor passende dagbesteding en respijtzorg. De Nationale ombudsman vond het daarbij van groot belang dat deze doelgroep toegang heeft tot één vaste, professionele begeleider. En dat de procedure tot opname, mocht iemand met dementie uiteindelijk worden opgenomen in een gesloten setting, zorgvuldig verloopt.
Vervolgens heeft de Nationale ombudsman op 19 december 2018 nogmaals met VWS, de VNG en ZN van gedachten gewisseld over de in beide rapporten voorgestelde aanbevelingen en oplossingsrichtingen. In dit gesprek liet het ministerie van VWS weten samen met betrokken partijen de volgende punten te zullen oppakken:

- meer samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars;
- verbetering (beschikbaarheid) cliëntondersteuning;
- meer flexibiliteit in financiering bij onduidelijkheid welke wet;
- samenwerking in de wijk;
- continue aandacht en oplossingsgerichtheid bij complexe casussen.

Bij brief van 4 maart 2019 reageerde de minister van VWS nog specifiek op de aanbevelingen in het rapport Borg de zorg. Hierbij gaf hij aan dat juist voor mensen met dementie een casemanager dementie belangrijk is. Met zijn/haar kennis van de sociale kaart en de daarbij horende toegangsmogelijkheden tot zorg en ondersteuning kan deze als toegangsloket voor deze mensen fungeren. De minister zegde toe met een Actieplan casemanagers hun kwaliteit en beschikbaarheid te verbeteren. Verder zou het ministerie van VWS, samen met Dementie Netwerk Nederland (de overkoepelende organisatie van regionale dementienetwerken) en Alzheimer Nederland, de regionale netwerken gaan stimuleren om de informatievoorziening te verbeteren.

Daarnaast liet de minister weten dat er in meerdere gemeenten experimenten liepen, waarin het sociale en medische domein ten aanzien van deze mensen met elkaar werden verbonden. En het initiatief Logeerzorg zou nader worden uitgewerkt als respijtzorg en als ‘wenvorm’ voor het verpleeghuis. Voorts stelde de minister een landelijke aanjager respijtzorg aan om (meer passend) aanbod in dagbesteding en informatieverstrekking hierover te verbeteren. En ook de samenwerking tussen vrijwilligers, beroepsmatig georganiseerde zorg en lokale overheid zou verder worden ontwikkeld. Een vrijwilligerscoördinator kon hierin een belangrijke rol vervullen. Tot slot zou de zorgvuldigheid bij plaatsing in gesloten setting worden verbeterd door de invoering per 1 januari 2020 van de Wet zorg en dwang.

1.3 Aanleiding vervolgonderzoek

Onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS zijn intussen verschillende programma’s, actieplannen, pilots, verbeterplannen en andere projecten in gang gezet. Er werden regiobijeenkomsten georganiseerd en er verscheen een tussenrapportage met overzichten van oplossingsrichtingen. En op 23 december 2019 informeerde de minister van VWS de Tweede Kamer over de vorderingen ten aanzien van domeinoverstijgende samenwerking. Hierin erkende de minister dat de zorg regelmatig te gefragmenteerd wordt georganiseerd, met een gebrek aan coördinatie en afstemming. Hij kondigde aan met partijen te willen verkennen hoe de grenzen tussen de domeinen flexibeler kunnen worden vormgegeven, zodat de samenwerking ten behoeve van goede zorg op nummer één staat en niet wordt gehinderd of vertraagd door een afwachtende houding vanwege de vraag wie wat wanneer financiert. Hij schreef dat hij de Kamer in het voorjaar van 2020 nader zou informeren over de voortgang van de hierboven beschreven

verkenning, de gewenste oplossing en het bijbehorende tijdpad. Daarnaast verwees hij naar de eerder aangekondigde contourennota over goede organiseerbaarheid van de zorg, met de juiste prikkels, sturing en toezicht. Deze nota zou vóór de zomer van 2020 worden gepresenteerd.

Intussen vroeg de Nationale ombudsman zich af welke gevolgen er nu daadwerkelijk aan zijn aanbevelingen en oplossingsrichtingen waren gegeven. Dit was voor hem aanleiding om terug te blikken op zijn in kaart gebrachte knelpunten bij de toegang tot zorg en te evalueren in hoeverre de acties van de overheid concreet tot verbeteringen voor de burger hebben geleid.

1.4 Onderzoeksvragen

Bij dit terugblikonderzoek stonden de volgende vragen centraal:

> De minister van VWS herkende een groot aantal knelpunten uit de rapporten Zorgen voor burgers en Borg de zorg en liet weten diverse acties in gang te zetten om de toegang tot en kwaliteit van zorg en ondersteuning voor burgers te verbeteren. Wat is nu de stand van zaken? In hoeverre zijn deze acties al concreet merkbaar voor de burger? En welke knelpunten bestaan nog steeds bij de toegang tot zorg?

1.5 Aanpak en reikwijdte

Wat betreft de reikwijdte van het onderzoek heeft de Nationale ombudsman zich gebaseerd op de knelpunten, zoals deze in zijn rapporten Zorgen voor burgers en Borg de zorg zijn omschreven. Hij beseft daarbij terdege dat de realiteit helaas is dat problemen van mensen vaak op meerdere terreinen spelen dan alleen de zorg, zoals knelpunten ten aanzien van werk en/of inkomen, of problemen op het gebied van schuldhulpverlening, onderwijs of huisvesting.[3] Maar omdat dit onderzoek terugblikt op de vorige onderzoeken, zijn deze andere terreinen in het sociaal domein ook in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

De Nationale ombudsman heeft de klachten, vragen en overige bij ons binnengekomen signalen uit 2019 en 2020 over de toegang tot zorg en ondersteuning bestudeerd en met burgers gesproken over hoe zij het proces tot het verkrijgen van zorg hebben ervaren.[4] Zijn speciale aandacht ging daarbij uit naar situaties waarbij iemand zorg vanuit meerdere domeinen nodig had of waarbij onduidelijkheid was ontstaan over de zorgwet waaruit de zorg zou moeten worden geleverd.

Aan de hand van de verhalen, klachten en signalen is vervolgens gekeken of de eerder gesignaleerde knelpunten nog steeds voorkomen. Meerdere verhalen achter zo'n klacht zijn uitgeschreven of anderszins in dit rapport verwerkt. Voorts hebben medewerkers van de Nationale ombudsman congressen en bijeenkomsten bezocht, zoals de bijeenkomst Merkbaar Beter Thuis, het Congres ouderenzorg, de eerste en tweede bijeenkomst respijtzorgaanjager, een Dementiecongres, congres TSD en het Congres wijkteams onder de loep. Daarnaast zijn meerdere onderzoeksrapporten bestudeerd en zijn Kamerstukken gelezen.
In januari van dit jaar heeft de Nationale ombudsman een rondetafelgesprek georganiseerd om met overheidsinstanties en belangenorganisaties specifiek over de stand van zaken ten aanzien van de knelpunten uit de rapporten *Zorgen voor burgers* en *Borg de Zorg* te praten. De Nationale ombudsman heeft toen gesproken met de gemeente Amersfoort, de gemeente Pijnacker, belangenorganisatie Per Saldo, de RVS, het ministerie van VWS, de VNG, ZN, belangenorganisatie Ieder(in) en belangenorganisatie Alzheimer Nederland. Tot

3 Zie bijvoorbeeld de kritieken op de complexiteit van de Participatiewet.

4 Het aantal door de Nationale ombudsman ontvangen klachten en signalen over de toegang tot zorg is de laatste jaren stabiel van omvang gebleven.

slot hebben medewerkers van de Nationale ombudsman meerdere overheidsinstanties en belangenorganisaties (nogmaals) apart gesproken: een aantal gemeenten, het Juiste Loket, Per Saldo, het CIZ, Alzheimer Nederland, een zorgkantoor en Ieder(in).
De bevindingen van dit onderzoek zijn vervolgens voorgelegd aan het ministerie van VWS. VWS heeft hierop laten weten de beschreven knelpunten en ontwikkelingen te herkennen en hier veel in te investeren. Daarbij achtte VWS het nuttig om via deze bevindingen weer kennis te kunnen nemen van de staande praktijk.

De heer Den Oudsten*

Een door de Nationale ombudsman ontvangen klacht

In 2018 kreeg de echtgenote van de heer Den Oudsten de diagnose Vasculaire Dementie. Omdat de verzorging voor zijn vrouw steeds zwaarder werd, vroeg hij in 2018 bij de gemeente dagbesteding voor haar aan. Er kwam een keukentafelgesprek en de gemeente gaf op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) al snel een beschikking af voor begeleiding. Er werd een plekje gevonden op dagopvang 'Ons plekkie' bij een regionale zorgaanbieder, waar mevrouw één dag per week begon. Dat wende snel en binnen enkele maanden ging mevrouw een tweede dag. Omdat het de heer Den Oudsten best zwaar werd thuis en de dagbestedingslocatie nog plek had, vroeg hij daarna bij de zorgaanbieder ook nog een derde dag voor haar aan. En toen begonnen de problemen...
De zorgaanbieder was namelijk van mening dat de Wmo-beschikking niet meer voldeed. De begeleiding die geboden werd aan mevrouw was volgens hem veel zwaarder dan ondersteuning alleen. Meneer moest bij de gemeente maar een beschikking voor Wmo-extra gaan aanvragen. Dit kende de heer Den Oudsten niet en vroeg bij het CAK na hoeveel Wmo-extra hem dat aan eigen bijdrage zou gaan kosten. Het CAK was onbekend met de optie Wmo-extra en verwees naar de gemeente, die beloofde het verder uit te gaan zoeken. Enige tijd later ontving hij van de gemeente een ontvangstbevestiging en behandelingsbericht, met daarop een telefoonnummer voor vragen. Toen meneer na enige tijd dit nummer belde, kreeg hij te horen dat hij bij mevrouw X, de Wmo-consulent van de gemeente, moest zijn. Mevrouw X liet hem vervolgens echter weten dat hij zijn vraag aan mevrouw Y moest voorleggen. Zij was de casemanager dementie, en ook werkzaam bij de betreffende zorgaanbieder uit de regio.

Na veel heen en weer bellen, had de heer Den Oudsten uiteindelijk een gesprek met de zorgaanbieder. Deze gaf hem aan dat binnenkort de toelatingsvoorwaarden (indicatie-eisen) zouden veranderen. Zijn vrouw kon daarom beter nu al een indicatie bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aanvragen voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Ze zou daar sowieso in terechtkomen; de prognose was immers duidelijk. Maar hier was meneer Den Oudsten het helemaal niet mee eens. In de Wlz is de eigen bijdrage volgens hem een flink stuk hoger, de huidige Wmo-indicatie van de gemeente was nog geldig en zijn echtgenote voldeed nog helemaal niet aan de voorwaarden voor de Wlz. Zij doet haar eigen verzorging en helpt zelfs mee in de huishouding. De zorgaanbieder liet hierop weten dat als meneer dit allemaal kon aantonen, er gekeken zou worden naar mazen in de wet om mevrouw alsnog een derde dag via de Wmo-beschikking te plaatsen. De heer Den Oudsten begreep er nu helemaal niks meer van en klaagde over de gemeente bij de Nationale ombudsman. Hij voelde zich heen en weer gestuurd en in een discussie gezogen waar hij zelf niets mee kon. Hij wilde graag zekerheid.

In een gesprek met de gemeente bleek de medewerker van de Nationale ombudsman dat er een discussie tussen gemeente en zorgaanbieder gaande was over de vraag of de dagbestedingsplek een Wmo-plek is of een plek, die vergoed moest worden vanuit de Wlz. De gemeente gaf aan dat voor de dagbesteding van mevrouw een Wmo-beschikking is afgegeven en dat plaatsing voor nog meer dagen hiermee mogelijk moet zijn. Dat is immers per contract met de zorgaanbieder afgesproken en moet ook zo worden uitgevoerd. Bovendien is mevrouw inderdaad (nog) niet geschikt voor Wlz, anders had de gemeente geen Wmo-beschikking afgegeven. De gemeente was van mening dat de zorgaanbieder niet op de stoel van de indicatiesteller had mogen gaan zitten, maar naar de gemeente had moeten komen zonder meneer hierbij te betrekken. Deze werkwijze verdiende geen schoonheidsprijs. De gesprekken met de zorgaanbieder waren nog gaande, maar inmiddels was al wel een derde dag geregeld. De gemeente beloofde dit alles aan de heer Den Oudsten uit te leggen, zodat de onduidelijkheid voor hem kon worden opgelost.

Maar in plaats daarvan liet mevrouw X hem per mail slechts weten dat zijn vrouw sinds 4 juni 2020 drie dagen per week naar de dagbesteding kon en dat zijn klacht hiermee was afgehandeld. Van mevrouw Y hoorde hij vervolgens dat in september een nieuw gesprek tussen hem en de zorgaanbieder zou plaatsvinden, waarin alsnog zou worden gekeken of mevrouw naar de Wlz moest. De gemeente zou daar niet bij aanwezig zijn.
De heer Den Oudsten besloot hierop eerst het gesprek met de zorgaanbieder af te wachten. Misschien dat er alsnog een goede oplossing komt. De gemeente liet de Nationale ombudsman overigens nog weten dat de heer Den Oudsten zijn klacht eigenlijk bij de zorgaanbieder had moeten indienen. De gemeente had namelijk geen fouten gemaakt. Het was de zorgaanbieder die meneer actief bij de discussie had betrokken. En die heeft weer een eigen klachtenregeling...

**gefingeerde naam*

2 Bevindingen

2.1 Wat is in gang gezet?

Mensen moeten op een adequate, gerichte manier worden ondersteund als zij een beroep doen op zorg en maatschappelijke ondersteuning. Dat begint bij duidelijkheid over waar mensen zich daarvoor kunnen melden. Het is primair aan de verantwoordelijke uitvoerders om met elkaar deze duidelijkheid voor mensen te organiseren. Ook andere partijen spelen een rol bij het 'wegwijs maken' en voorlichten, informeren van burgers; eigenlijk iedereen die werkt in de zorg en ondersteuning draagt een verantwoordelijkheid. Ik ga daarbij uit van het principe van 'no wrong door', dat wil zeggen dat mensen die zich onverhoopt wenden tot het verkeerde loket, niet te horen krijgen: 'daar zijn wij niet van'. Ik verwacht dat de betreffende professional actief hierin verantwoordelijkheid neemt en een oplossing bedenkt voor deze 'verkeerd verbonden' burger en niet 'loslaat' voordat die oplossing gevonden is. (...)
Het is mijn ambitie om de zorg en ondersteuning voor mensen merkbaar beter te maken. Dat gebeurt niet van vandaag op morgen; het is een proces waar veel mensen en partijen bij betrokken zijn. Ik zal dit proces waar nodig en mogelijk blijven aanjagen. De aanbevelingen van de Nationale ombudsman zal ik daarbij zeker betrekken.

Het bovenstaande liet de minister van VWS op 1 april 2019 weten in zijn antwoord op Kamervragen aan de Tweede Kamer. En de afgelopen jaren is inderdaad veel in gang gezet. Uit dit terugblikonderzoek kwam naar voren dat het ministerie van VWS druk is met het bestuderen van complexe casussen en het opstarten van programma's en actieplannen om de problemen in het zorgstelsel te verminderen. Zo zijn veel initiatieven gestart om meer integrale dienstverlening in de zorg en ondersteuning tot stand te brengen en zijn taskforces en expertisegroepen ingesteld om mensen met een complexe zorgvraag verder te helpen. De Nationale ombudsman heeft signalen ontvangen dat gemeenten met de zorgvrager meedenken, één ingang tot zorg proberen te creëren en oplossingen zoeken voor de wachtlijsten in de jeugdhulp, bijvoorbeeld door meer praktijkondersteuners in te zetten waardoor zwaardere hulp vaak niet nodig is. Via een Verbeteragenda lokale toegang Wmo wordt gewerkt aan een langere looptijd van gemeentelijke beschikkingen voor mensen met chronische aandoeningen en is inmiddels een Verbeteragenda Wmo-hulpmiddelen opgesteld om het eerder opgestelde normenkader en het actieplan Wmo-hulpmiddelen bij gemeenten onder de aandacht te brengen en in de praktijk te realiseren. Er wordt op kleine schaal (soms wijkgericht) geëxperimenteerd met domeinoverstijgende financieringsstromen 'achter de schermen', zoals 'grensbudgetten'. En ook op landelijk niveau wordt gesproken over overbruggingsbudgetten bij multiprobleem-huishoudens om snel de gewenste zorg te kunnen inzetten zonder dat eerst de uitkomst van de discussie over 'wie betaalt' moet worden afgewacht. Verder is er geïnvesteerd in een betere samenwerking tussen ondersteuning uit de Wmo en thuiszorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en zijn initiatieven opgezet om regeldruk in de zorg te verminderen ((ont)regelen). Er is veel te doen rondom ouderen- en dementiezorg en een aanjager respijtzorg heeft landelijk in beeld gebracht wat er speelt rond respijtzorg in Nederland. Op het gebied van casemanagement dementie zijn inmiddels afspraken gemaakt om de samenwerking tussen huisartsen en casemanagers dementie te bevorderen. En door aanpassing van de Meerzorgregeling en de Regeling Extra Kosten Thuis ontvangt de Nationale ombudsman vrijwel geen klachten meer over de zorgval. (Al wordt nog wel geklaagd over de vaak hoge, inkomensafhankelijke eigen bijdragen die moet worden betaald wanneer men overgaat van de Wmo en/of Zvw naar de Wlz).

Daarnaast is de richtlijn voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen aangepast en is er een Handreiking kwetsbare ouderen opgesteld. Er zijn nieuwe wetten in consultatie (geweest) en andere wetten worden herzien.[5]

GGZ-cliënten met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid kunnen binnenkort toegang tot de Wet langdurige zorg krijgen. Per 2021 kan zorg voor mensen met een psychische stoornis worden geïndiceerd vanuit de Wlz, waardoor niet iedere keer opnieuw om een herindicatie hoeft te worden gevraagd. De wetswijziging is per 1 januari 2020 in werking getreden, zodat het CIZ dit jaar kan starten met de indicatiestellingen. Zorgaanbieders is gevraagd om cliënten per die datum al bij het CIZ aan te melden. CIZ werkt daarbij hard aan verwachtingsmanagent bij burgers, zorgaanbieders en gemeenten door goede voorlichting over de Wlz-toegangscriteria te geven. De Nationale ombudsman volgt deze ontwikkelingen nauwgezet en hoopt dat de invoering van deze toegang in 2021 zorgvuldig gaat verlopen zonder hinder voor de mensen om wie het gaat.
Wat betreft de cliëntondersteuning zijn er ook acties ondernomen. In januari 2020 is de VNG een landelijke campagne gestart om het werk van de cliëntondersteuner in de spotlights te zetten. Movisie maakte drie nieuwe handreikingen over cliëntondersteuning, die geschreven zijn op basis van de inzichten en ervaringen van gemeenten in het Koploperproject Cliëntondersteuning. Dit koploperproject is in 2017 gestart op initiatief van de VNG, Ieder(in) en de Koepel Adviesraden Sociaal Domein en mogelijk gemaakt door financiering van het ministerie van VWS, waarbij Movisie de uitvoering ondersteunt.

Tot slot zijn ten aanzien van de procedure bij opname in een gesloten setting van mensen met dementie volgens VWS verbeteringen gerealiseerd door inwerkingtreding van de Wet Zorg en Dwang (Wzd) per 1 januari 2020. De medewerkers van het CIZ zijn hiervoor extra geschoold en er is veel meer aandacht voor de vraagstelling aan de dementerende. De oude artikel 60-procedure is aangepast (nu artikel 21 van de Wzd) en het simpel drie keer om ‘ja’ vragen, is verleden tijd. Er wordt meer voorlichting aan de familie gegeven en er wordt rekening gehouden met de persoon met dementie, aldus VWS.

2.2 Welke knelpunten spelen nog?

Uit dit terugblikonderzoek bleek echter ook dat met het voorgaande de knelpunten voor burgers bij de toegang tot zorg nog niet zijn weggenomen. Hoewel VWS en de VNG op landelijk niveau actieplannen en verbeteragenda’s ontwikkelen, merken burgers hier op uitvoeringsniveau niet voldoende van. Het is voor hen nog steeds niet altijd duidelijk waar zij met hun hulpvraag terechtkunnen. Er is inmiddels meer bewustzijn bij de (overheids)instanties welke problemen zich voor de burger kunnen voordoen, maar het integraal samenwerken en burgers ‘warm’ doorverwijzen is nog geen vanzelfsprekendheid. Tijdens het rondetafelgesprek met betrokken instanties werd duidelijk dat de gehele strategie voor de langere termijn om de beschreven knelpunten op te lossen nog niet nader is uitgewerkt. Ook was iedereen het erover eens dat met name in de samenwerking tussen verschillende instanties nog veel te winnen valt. Dit moet niet meer beperkt zijn tot pilots en andere kortdurende programma’s, maar structureel worden verankerd.

5 Zie onder meer de Wet verbetering beschikbaarheid zorg voor jeugdigen (herziening van de jeugdwet), de Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (een wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en enkele andere wetten met het oog op een integrale en gecoördineerde aanpak bij meervoudige problematiek en de daarvoor benodigde gegevensverwerking, de Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Bepalingen over gegevensuitwisseling ter bevordering van samenwerking binnen het zorgdomein en van doelmatige en rechtmatige zorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp), de wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 inzake het beschikken op resultaat en het vereenvoudigen van de geschilbeslechting.

Het feit dat verschillende wetten, regels, stelsels en domeinen in de levens van mensen samenkomen, blijft onverminderd complex. Complex voor de burger in zijn zoektocht naar toegang tot passende zorg, maar ook complex voor de overheid, die niet altijd de ruimte ziet of het overzicht heeft om aan die zorgvraag te kunnen voldoen. Vooral door gemeenten wordt daarbij de marktwerking in de zorg als problematisch ervaren. Met name als de vraag blijkt te worden gestuurd door het aanbod dat er is. En belangenorganisaties signaleerden dat de toegankelijkheid tot zorg voor mensen met een beperking nog niet goed verloopt. Er is behoefte aan duidelijkheid over wat nu eigenlijk onder gebruikelijke zorg moet worden verstaan. In de volgende paragrafen beschrijft de Nationale ombudsman op hoofdlijnen welke knelpunten hij nog steeds signaleert bij de toegang tot zorg uit de betreffende rapporten.

2.3 Knelpunten uit rapport Zorgen voor burgers

Wat betreft de toegang tot zorg en integrale aanpak

De Nationale ombudsman heeft in zijn rapport Zorgen voor burgers gepleit voor het creëren van een integrale aanpak bij de toegang waar niet wordt doorverwezen, maar waar direct een triage plaatsvindt. Hierbij moet multidisciplinair worden samengewerkt en domeinoverstijgend worden gehandeld. Indien nodig ook in samenwerking met andere gemeenten. Achter de schermen kan vervolgens met flexibele budgetten worden gewerkt als dat passende hulpverlening ten goede komt. En als de burger alsnog ergens anders terechtkan met zijn hulpvraag, dient er ‘warm’ te worden doorverwezen. Alleen dan zou echt innovatie van de grond kunnen komen waarin het perspectief van de burgers wordt geborgd.
Toch komt deze samenwerking tussen de zorgdomeinen nog niet goed van de grond.[6]
Iedere instantie werkt hard, maar niet met elkaar. En vooral bij complexe casussen ontbreekt het aan één casemanager die de regie neemt. Dit merken vooral ouderen die gezien hun gezondheidstoestand van de Wmo over (moeten) gaan naar de Wlz, zoals in de casus van de heer Den Oudsten* met zijn dementerende echtgenote. Hier wordt heel duidelijk hoe het kan schuren op het snijvlak van twee zorgwetten en vervolgens heel ónduidelijk wie hier de verantwoordelijkheid voor wil dragen. Zelfs meneer zelf wordt in de discussie betrokken, wat voor hem weer veel onrust en onzekerheid teweeg brengt.
Of het verhaal van Jos*, de echtgenoot van Mariska*, die verschillende psychiatrische problemen heeft. Na zijn hulpvraag blijven de instanties naar elkaar verwijzen zonder dat regie wordt genomen om met de juiste kennis en inzet Jos te helpen bij het verkrijgen van een persoonsgebonden budget.

Onderstaand citaat komt uit een brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer dit jaar, waarin hij uitlegt hoe de overheid tegemoet komt aan problemen waar mensen met een complexe zorgvraag tegenaan lopen.

> ‘Als iemand moeite heeft om passende zorg te vinden is het belangrijk om:
> snel contact op te nemen met de zorgverzekeraar, het zorgkantoor of de gemeente
> en de hulpvraag duidelijk aan te geven…’

Uit klachten bij de Nationale ombudsman blijkt echter dat burgers nog steeds niet weten bij welke van de drie instanties zij in hun situatie moeten aankloppen, of bij welk loket binnen deze instantie zij moeten zijn. Volgens het ‘no-wrong door’-principe van de minister zou dat niet moeten uitmaken. Maar in de praktijk blijkt het ‘warm’ doorverwijzen naar het juiste loket nog niet altijd soepel te verlopen en krijgt men nog te vaak te horen niet op het juiste adres te zijn. Neem bijvoorbeeld het verhaal van Paul*, die al dertig jaar in een zorginstelling woont. Bij de aanschaf van een nieuwe rolstoel werd hij van instantie naar instantie gestuurd, zonder dat

6 Zie ook ‘Essay Complexe problemen, eenvoudige toegang - Botsende waarden bewuster afwegen’ van de RVS van 12 december 2019.

iemand de kosten hiervoor wilde betalen. Het kostte vijftien maanden én uiteindelijk bemoeienis van de Nationale ombudsman om duidelijk te krijgen door wie de rolstoel diende te worden vergoed. In de casus van Paul werd de burger van instantie naar instantie verwezen, maar soms gaat het zelfs binnen één instantie niet goed, zoals in de casus van Martin*. Hij brak tijdens een skivakantie zijn enkel en had dringend huishoudelijke hulp nodig. Ondanks dat hij zich keurig meldde bij het Wmo-loket van zijn gemeente, is het hem niet gelukt om hulp te krijgen. Hij werd tussen gemeentelijk loket en gemeentelijke website heen en weer gestuurd en niemand bij de gemeente wist precies hoe zijn hulpvraag moest worden opgepakt. Uiteindelijk besloot de gemeente dat deze niet spoedeisend was, waardoor hij de hulp zelf heeft moeten regelen. Na een interventie van de Nationale ombudsman liet de gemeente echter weten dat de hulpvraag van Martin weldegelijk met spoed had moeten worden behandeld en bood hiervoor haar excuses aan. De Nationale ombudsman ziet dus tot aan de dag van vandaag mensen, die niet goed weten wie zij moeten aanspreken wanneer zij zorg nodig hebben. En wanneer zij dit wel weten, melden burgers ons dat zij toch nog van 'het kastje naar de muur' worden gestuurd. Of met 'een kluitje in het riet', zonder dat één van de (overheids)instanties de regie op zich neemt.

> Er komt weer geen antwoord of bevestiging. 11 mei stuur ik 'n mail naar de zorgconsulent dat het nu lang genoeg geduurd heeft en dat ik nu op korte termijn een antwoord wil. Het antwoord is: 'een ander loket neemt hier de regie, bij hen moet U zijn'. En zo ga ik van het kastje naar muur. Er komt geen antwoord op de vraag (zoals dit meerdere keren gebeurt in het contact met de zorgconsulent). Er is niemand die de eindverantwoording neemt in aanvang aanvraag tot toekenning.[7]

Nog steeds wordt per wet of zorgdomein bepaald welke zorg en ondersteuning moet worden ingezet. En als de aanvraag niet binnen het 'hokje' past, wordt er doorverwezen. Hoewel steeds meer gemeenten met de beste bedoelingen proberen hun verschillende loketten te laten samenwerken, wordt dit vanwege de strak gescheiden financiering en verantwoordelijkheid belemmerd.
In de klachten ziet de Nationale ombudsman onduidelijkheid omtrent de regels en nog niet voldoende deskundigheid bij de medewerkers. Verder duren de aanvragen lang, zijn er wachtlijsten, worden toegekende uren soms zonder keukentafelgesprek verminderd en worden wettelijke termijnen (al dan niet met een beroep op drukte of personeelstekort) overschreden. Daarnaast hoort hij nog klachten over het afgeven van kortdurende indicaties bij mensen van wie hun beperking of ziekte chronisch is. Dit is vervelend voor de persoon met de beperking zelf, maar ook een belasting voor de gemeentemedewerkers die iedere keer weer moeten herindiceren. En de Nationale ombudsman leest nog steeds verhalen over medewerkers die niet beschikken over voldoende inlevingsvermogen, dat nodig is om goed te kunnen inschatten welke zorg en ondersteuning iemand nodig heeft.

7 Citaat uit een door de Nationale ombudsman ontvangen klacht.

Mijn ouders hadden huishoudelijke hulp, nu werd mijn vader tijdelijk opgenomen in een revalidatie tehuis en werd de hulp per direct gestopt omdat het op mijn vaders naam staat. Mijn moeder heeft die hulp hard nodig, maar omdat het dan een nieuwe aanvraag is duurt het 6-8 weken. Mijn moeder heeft het nu zelf moeten doen met hulp van mij, met als gevolg voor ons beiden veel meer pijnklachten en voor mijn moeder minder gevoel in haar benen met als gevolg meer kans op vallen. Na diverse malen bellen werd mij gezegd: u hoeft niet steeds te bellen want daar gaat het niet sneller mee. Ik vind het niet normaal hoe ze met oudere mensen omgaat. Mijn moeder is bekend bij de Wmo omdat ze ook een douchestoel en invalideparkeerkaart heeft, dus ik snap het probleem niet. De uitleg van hen was dat het uit een ander potje betaald moet worden, maar daar moeten de mensen toch niet onder lijden??[8]

Het Juiste Loket, een door VWS ingesteld informatie- en adviespunt voor burgers over de Jeugdwet, Wmo, Wlz en Zvw, erkent dit probleem eveneens. Zij zien mensen 'gepingpongd' worden tussen de verschillende zorgloketten en vastlopen in de zorg.[9] De gedachte achter het Juiste Loket was dat het een paar jaar na de decentralisatie zou kunnen worden opgeheven, maar het Juiste Loket stelt nu meer nodig te zijn dan ooit.
Voorts zijn ook belangenorganisaties van mening dat het niet goed gaat met de uitvoering en dat in veel opzichten de positie van mensen met een beperking (sinds de decentralisatie) zelfs achteruit is gegaan. Zij maken zich zorgen over de deskundigheid bij de gemeenten en de toekenning van pgb's. Per gemeente wordt hier verschillend mee omgegaan. In de gesprekken die de Nationale ombudsman met hen voerde, werd onder meer gewezen op de Schaduwrapportage Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap in Nederland van 3 december 2019. Hierin wordt onder meer geconcludeerd dat mensen met een beperking moeizaam toegang tot zorg en ondersteuning krijgen en zich gewantrouwd voelen wanneer zij daar een beroep op doen.

Op het grensvlak Wmo en Wlz is er nog altijd een groep burgers die bij de toegang (domeinoverstijgend) maatwerk nodig heeft en waarbij er discussie ontstaat over welk wettelijke kader het meest passend is. Met als gevolg dat een burger ten onrechte wordt verwezen naar het CIZ. De afstemmings-, en afschuifproblemen bestaan nog steeds, doordat de budgettaire prikkels en belemmeringen niet zijn opgeheven; als de ene partij investeert, komen de baten bij de andere partij terecht. Maar soms ontbreekt de achterliggende logica van het handelen van de overheid geheel, zoals bij mevrouw De Wit*, die in alle spoed zelf een traplift had laten plaatsen voor haar dementerende man. Het ging thuis anders echt niet meer en ze had gehoord dat het bij de gemeente lang kon duren voordat ze hiervoor een indicatie kreeg. Ze heeft via familie en vrienden daarom snel geld bij elkaar geschraapt en het zelf geregeld en betaald. Achteraf klopte zij bij de gemeente aan voor een indicatie en tegemoetkoming in de kosten, maar die gaf nul op rekest; met het formele argument dat zij vooraf een indicatie had moeten aanvragen. En in de gemeentelijke regels staat dat een indicatie voor een traplift niet meer kan worden afgegeven als de traplift al in de woning is gemonteerd. Ook toen mevrouw De Wit* vertelde dit niet goed te hebben beseft en uitlegde waarom zij echt dringend actie moest ondernemen, bleef de deur bij de gemeente gesloten. Er kon niet van de regels worden afgeweken. Hierbij werd niet betwist of de heer De Wit* in aanmerking kwam voor een traplift en werd ook niet overwogen dat hij hierdoor langer thuis kon wonen zonder zwaardere, duurdere (Wlz-)zorg. Dit was blijkbaar geen 'prikkel' voor de gemeente om buiten de gebaande paden te denken en samen met mevrouw alsnog tot een oplossing te komen.

8 Citaat uit een door de Nationale ombudsman ontvangen klacht.

9 Zie onder meer artikel 'Van binnenuit' in Per Saldo magazine 'Eigenwijs' nr.2 van juni 2020.

Tot slot zag de Nationale ombudsman dat het beleid omtrent de toegang tot zorg, vanwege de beleidsvrijheid die gemeenten hierin hebben, verschillend wordt uitgevoerd. Dit maatwerk is inherent aan de decentralisatie, maar de Nationale ombudsman ziet dat dit in bepaalde situaties bij burgers een gevoel van willekeur en rechtsongelijkheid oproept. Zoals in het verhaal van de heer Dos Santos*, die een fysieke beperking heeft. De gemeente keurde zijn aanvraag voor een scootmobiel af, op grond van het feit dat een ander gezinslid er al één had. Dit, omdat in gemeentelijke regels is vastgelegd dat er één scootmobiel per gezin mag worden geïndiceerd. In andere gemeenten wordt deze regel echter niet gehanteerd. Naast dat de heer Dos Santos* deze 'logica' niet begrijpt, vindt hij het oneerlijk dat het toewijzingsbeleid voor scootmobielen per gemeente een andere uitwerking heeft.

Wat betreft decentralisatie, uitbesteding, marktwerking en prijsafspraken
Tijdens de ronde tafelbijeenkomst met betrokken (overheids)instanties bleek onduidelijkheid te bestaan over de rol van het Rijk en gemeente. Wie is nu waar van? En wie heeft de regie? En waar is het ministerie van VWS wel en juist niet (meer) van? Hoe zit het met (stelsel) verantwoordelijkheden wanneer taken zijn overgeheveld naar gemeenten of van gemeenten naar andere instanties, zoals indicatiebureaus, zorgaanbieders of leveranciers? Door uitbesteding van taken aan private instanties, ontstaat voor burgers grote onduidelijkheid bij wie zij terechtkunnen. Zoals bij het verstrekken van hulpmiddelen vanuit de Wmo. Gemeenten hebben de levering en reparaties van deze rolstoelen, scootmobielen en andere hulpmiddelen uitbesteed aan hulpmiddelenleveranciers, naar wie zij burgers met klachten doorverwijzen. Terwijl de gemeente vanwege zijn zorgplicht vanuit de Wmo eindverantwoordelijk blijft. Dit uitbestedingsproces is overigens onderhevig aan marktwerking, waarbij hulpmiddelenleveranciers onderling concurreren. Dit jaar hebben we nog kunnen zien welke gevolgen het voor burgers heeft wanneer zo'n leverancier in financiële problemen komt.

Ook ontstaan problemen voor burgers als er sprake is van gemiddelde prijsafspraken met bijvoorbeeld zorgverzekeraars, waardoor zorgaanbieders om financiële redenen eerder kiezen voor het bieden van zorg aan mensen met meer enkelvoudige zorgvragen dan met een complexer probleem. Zie onder meer de conclusies van de Algemene Rekenkamer in haar onderzoek Geen plek voor grote problemen van 25 juni 2020 naar de oorzaken van de wachtlijsten in vooral de gespecialiseerde GGZ. Hierin benoemt de Rekenkamer als een van de redenen van deze wachtlijsten dat financiële prikkels in de bekostiging van de GGZ het voor de zorgaanbieders aantrekkelijk maken om zich vooral te richten op patiënten met minder zware problemen. Reden hiervoor is dat de GGZ-instellingen met de zorgverzekeraars een gemiddelde prijs voor een behandeling hebben afgesproken, waardoor de 'duurdere' gevallen meer gemeden worden.

Wat betreft (domeinoverstijgende) cliëntondersteuning
De Nationale ombudsman concludeerde in zijn rapport Zorgen voor burgers dat de bijstand door cliëntondersteuners nog niet goed van de grond was gekomen. Allereerst omdat de cliëntondersteuner bij burgers niet bekend was (burgers kenden het begrip niet), maar daarnaast omdat gemeenten deze ondersteuning niet actief aanboden. Hij stelde dat de overheid regie moest nemen door tijdig met de zorgvrager en/of mantelzorger in gesprek te gaan of onafhankelijke cliëntondersteuning gewenst was. Zo ja, dan diende deze ondersteuning op eigen initiatief te worden aangeboden, zodat de zorgvrager hier vanaf het eerste moment van de aanvraag op kan rekenen. En niet één per wet, maar ondersteuning gedurende het gehele (domein-overstijgende) zorgtraject. Uit het onderzoek bleek namelijk dat veel door de gemeenten gefaciliteerde ondersteuners voornamelijk kennis hadden van de Wmo. En ondersteuning bij langdurige zorg werd pas beschikbaar gesteld ná de Wlz-indicatie. Hierdoor was sprake van een lacune in de ondersteuning bij de aanvraag van langdurige zorg. Volgens de Nationale ombudsman diende dit snel te worden opgelost, omdat zorgvragers juist zo gebaat

zijn bij cliëntondersteuning gedurende het gehele zorgtraject. De minister erkende het probleem en zei zelf in 2018 al: 'Je zou willen organiseren dat cliëntondersteuning over de wetten heen haar werk kan doen, en dat formeel en informeel beter op elkaar zijn ingespeeld.' Hij stelde voor deze kabinetsperiode €55 miljoen extra beschikbaar om de cliëntondersteuning te verbeteren. Echter, uit dit terugblikonderzoek is gebleken dat de cliëntondersteuning nog steeds niet overal goed is geregeld. Ten eerste blijkt nog niet iedere instantie burgers hierop te attenderen. Dit blijkt uit de keren dat de Nationale ombudsman burgers moet adviseren om bij de gemeente of het zorgkantoor om een cliëntondersteuner te vragen. Ten tweede geven burgers en belangenorganisaties nog steeds aan dat het bij deze ondersteuners nog steeds schort aan deskundigheid, met name als de ziekte of beperking breder gaat dan één zorgdomein. Tot slot blijven mensen zich afvragen hoe onafhankelijk zo'n cliëntondersteuner nu eigenlijk is. Meerdere keren heeft de Nationale ombudsman gezien dat degene die de ondersteuning biedt, ook (mee) beslist over de toegang tot zorg en ondersteuning.

> Ik zou het fijn vinden als er met mij meegedacht werd naar de beste en natuurlijk goedkoopste, passende oplossing. Dat is nu niet het geval. De wethouder heeft toegezegd dat er met mij mee wordt gedacht, de casemanager waar ik nu mee te maken krijg, denkt in hokjes en is totaal niet proactief ingesteld. Ze vormt eerder een barrière dan dat ze me helpt. Ook moet ik steeds achter haar aanzitten, zelf neemt ze totaal geen initiatief.[10]

Inmiddels is in 2020 een landelijke campagne gestart voor meer bekendheid van de cliëntondersteuner. Toch blijkt ook dat niet voldoende. Doordat ook de cliëntondersteuning in verschillende wetten en domeinen is opgeknipt, is het recht hierop en de bekendheid ermee geen garantie tot vlekkeloze uitvoering. Zo trok stichting MEE in juni van dit jaar nog aan de bel met de mededeling dat mensen de cliëntondersteuning nog steeds niet goed weten te vinden. Zij krijgen te maken met verschillende ondersteuners en hebben - afhankelijk van waar zij wonen - niet altijd toegang tot dezelfde cliëntondersteuning. Ook MEE pleit daarom voor domeinoverstijgende en breed toegankelijke cliëntondersteuning, evenals nu ook de zorgverzekeraars. Branchevereniging ZN vindt het namelijk niet wenselijk dat zorgvragers voor vragen over zorg dan wel ondersteuning bij verschillende cliëntondersteuners moeten aankloppen en pleiten voor cliëntondersteuning vanuit één loket.

De minister van VWS liet op 17 juli 2020 opnieuw weten dit knelpunt te erkennen. Hij deelde mee met betrokken partijen in gesprek te gaan over de wijze waarop hieraan vorm kan worden gegeven, waaronder de mogelijkheid van het aanpassen van het wettelijk kader. De inpasbaarheid in het budgettair kader neemt hij hierbij in acht. In de contourennota na de zomer zal de minister de Tweede Kamer nader informeren over de verdere vormgeving ervan. Wel heeft hij inmiddels een verzamelwet Wlz 2020 ter consultatie aangeboden, waarin de Wlz ten aanzien van cliëntondersteuning voor cliënten die (nog) niet beschikken over een Wlz-indicatiebesluit wordt gewijzigd.

Wat betreft de jeugdhulp en toegang jeugdigen tot de Wlz
Ten aanzien van de toegang tot jeugdhulp weten jeugdigen en hun ouders nog steeds vaak niet waar ze moeten aankloppen. En de snelheid waarmee ze geholpen worden, houdt niet over. Mensen geven aan dat er wachtlijsten zijn in de jeugdzorg vanwege een tekort aan jeugdbeschermers. Ook bij de jeugdhulp door de gemeente is dit een probleem. Niet alleen vanwege het tekort aan beschikbare plekken bij zorgaanbieders, maar soms ook omdat 'het

10 Citaat uit een door de Nationale ombudsman ontvangen klacht.

potje' voor gespecialiseerde jeugd-GGZ voor dat jaar bij de gemeente 'leeg' is. De zorgaanbieder kan dan niet worden betaald, dus komen de kinderen op een wachtlijst.

In het gezamenlijke jaarverslag van de Nationale ombudsman, de Kinderombudsman en de Veteranenombudsman over 2019 vraagt de Kinderombudsman zich af hoe het toch komt dat het ondanks alle inspanningen onvoldoende lukt om de zorg voor de meest kwetsbare kinderen goed te regelen. Hoewel er de afgelopen jaren door decentralisatie van taken naar gemeenten is geprobeerd om juist voor deze kinderen en hun gezinnen sneller hulp te organiseren en deze tijdig, passend en samenhangend aan te bieden, krijgen zij op veel plekken nog niet de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben. Een deel van de verklaring is volgens de Kinderombudsman te vinden in het gebrek aan samenhang in de hulp aan kinderen. De meest kwetsbare kinderen in onze samenleving hebben doorgaans te maken met een stapeling van problemen en daarmee met verschillende instanties, wetten en regelgeving. De Kinderombudsman ziet dat de samenwerking en onderlinge afstemming tussen die organisaties vaak moeizaam verloopt. Zo is er nog steeds discussie over wie de hulp betaalt en is het onduidelijk welke organisatie hiervoor eindverantwoordelijk is. Daar komt bij dat jeugdhulpwerkers meer tijd kwijt zijn aan verantwoorden dan aan de hulp voor kinderen en hebben zij te maken met belemmerende regels. In maart vorig jaar stuurde de Kinderombudsman nog een zorgenbrief naar de minister van VWS om aandacht te vragen voor deze domeinoverstijgende problematiek.

Inmiddels hebben de minister van VWS en de minister voor Rechtsbescherming de Wet verbetering beschikbaarheid zorg voor jeugdigen ter consultatie aangeboden. Zij erkennen dat te veel kinderen niet op tijd hulp krijgen en willen meer regionale samenwerking afdwingen door de jeugdzorg anders in te richten. Zo moet de jeugdzorg 'beter worden geordend' en moeten gemeenten en aanbieders meer tot samenwerking komen. De verwachting is dat gemeenten zo kunnen besparen op de inkoop van zorg en dat de administratieve lasten zullen afnemen. De manier waarop de samenwerking tussen gemeenten in de 42 jeugdzorgregio's op dit moment is georganiseerd, is te vrijblijvend, aldus de ministers. Het feit dat vrijwel iedere gemeente met een ander verantwoordingssysteem werkt, heeft geleid tot veel bureaucratie en frustratie bij jeugdzorgmedewerkers.
Door de Jeugdwet te wijzigen, willen de ministers beter afbakenen op welk niveau jeugdzorg wordt georganiseerd. Zo moeten bijvoorbeeld de pleegzorg, gesloten jeugdzorg en specialistische anorexiazorg voortaan in regio's worden ondergebracht. De ministers willen ook dat in de jeugdzorg regels komen voor reële prijzen. Gemeenten hanteren nu soms tarieven die voor aanbieders niet kostendekkend zijn.
Belangenorganisaties wezen tijdens dit vervolgonderzoek op de resultaten van het onderzoek Levenslange en levensbrede zorg en ondersteuningsvragen van jeugdigen en jongvolwassenen, dat in opdracht van VWS is gedaan. Daarin staan zes aanbevelingen voor gemeenten beschreven, die variëren van: 'geef beschikkingen van langer dan een jaar af' tot 'maak gebruik van meerdere experts bij ingewikkelde hulpvragen en kom gezamenlijk tot een besluit'. Als knelpunten worden onder meer omschreven dat er onvoldoende mogelijkheden voor respijtzorg en logeeropvang zijn en dat ouders zich ontmoedigd voelen bij de pgb-aanvraag van zorg bij gemeenten. Hierbij moet overigens worden opgemerkt dat de problemen in de casus, die de Nationale ombudsman op pagina 27 van zijn rapport Zorgen voor burgers heeft belicht, inmiddels zijn opgelost. Na de uitzending van tv-programma de Monitor heeft het betreffende zorgkantoor alle zorg alsnog vergoed. Voor het zorgkantoor is het een les geweest om beter om te gaan met complexe zorgsituaties. Het traject rondom deze familie is daarna goed in kaart gebracht, zodat niet alleen (pleeg-)ouders, maar ook collega's die in de toekomst op het zorgkantoor mogelijk nog een keer met zo'n situatie worden geconfronteerd een zuivere afweging kunnen maken.

Wat betreft de toegang voor jeugdigen tot de Wlz heeft de Nationale ombudsman in zijn rapport Zorgen voor burgers al opgemerkt dat deze overgang moeilijk kan verlopen, met vooral veel gevolgen voor hun ouders. Dit komt onder meer, omdat het huidige afwegingskader om te bepalen of iemand toegang krijgt tot de Wlz is gericht op volwassenen. Het CIZ kijkt of iemand voor zijn leven lang beperkt is en of hij 24 uur per dag zorg nodig heeft. Omdat kinderen met een beperking zich op een moeilijk voorspelbare manier ontwikkelen, worden velen van hen met een intensieve zorgvraag afgewezen en blijven zij onder de Jeugdwet vallen. Dit houdt in dat ouders elke keer weer opnieuw een aanvraag moeten indienen en de huidige zorg moeten verantwoorden, óók als duidelijk is dat de zorg langdurig nodig blijft.

> Onze dochter van 6 jaar oud heeft een pgb (...) Wmo jeugdhulp. Zij is ernstig gehandicapt en zal op den duur naar verwachting binnen de Wlz haar pgb kunnen ontvangen. Op dit moment blijft de gemeente steeds maar voor korte tijd verlengen (laatste keer slechts maar voor 1 maand, na weer meerdere mails en telefoontjes en aangeleverde stukken). Dit omdat zij vinden dat onze dochter hoort bij de Wlz. Echter we zijn hiervoor stukken aan het verzamelen en hebben dit meerdere keren duidelijk aangegeven. De stukken zijn echter nog niet compleet en haar behandelaars/ondersteuners bij de zorginstelling geven ook aan dat nog niet zeker is met de huidige stukken dat een Wlz aanvraag gaat lukken. We hebben onze zorgverleners in de afgelopen jaren steeds meerdere maanden moeten laten wachten op een betaling en hebben tevens meerdere malen zelf voorgeschoten bij zorgverleners waar dit nodig was. We vinden het buitengewoon frustrerend want onze dochter heeft 24/7 hulp en begeleiding nodig.[11]

Verder ontstaan knelpunten wanneer niet duidelijk is of het nu de psychiatrische problematiek of de verstandelijke problematiek is, die op de voorgrond staat. Slechts als dit verstandelijke problematiek is, kan een kind tot de Wlz worden toegelaten. De minister heeft dit knelpunt serieus genomen en is ook hiermee aan de slag gegaan. Onderdeel van de nieuwe wet die voor de toegang tot GGZ-cliënten tot de Wlz in het leven is geroepen, is dat ook jeugdigen met een psychische stoornis toegang tot de Wlz krijgen. Maar deze toegang kan pas in werking treden nadat is onderzocht wat de omvang van de doelgroep is en welke financiële en uitvoeringsconsequenties aan deze groep zijn verbonden bij de toegang tot de Wlz. Inmiddels is in opdracht van VWS door bureau HHM een onderzoek uitgevoerd. Daarbij is nader onderzocht onder welke voorwaarden deze toegang mogelijk is (inzicht in de omvang van de doelgroep, de uitvoeringsconsequenties en de financiële consequenties). Maar ook na dit onderzoek zijn er voor de minister nog vragen overgebleven met betrekking tot de omvang en de kosten van deze doelgroep als zij zouden overgaan naar de Wlz. Dit najaar zal de staatssecretaris van VWS op deze aspecten nader overleg voeren met deskundigen, VNG en gemeenten. Om die reden volgt zijn beleidsreactie op het rapport van bureau HHM en zijn uiteindelijke besluit hierover aan het einde van dit jaar.

11 Citaat uit een door de Nationale ombudsman ontvangen klacht.

Wat betreft administratieve rompslomp
Nog steeds ontvangt de Nationale ombudsman klachten over administratieve rompslomp die gepaard gaat met een zorgaanvraag. Het '(ont)regelen' van de zorg blijkt langzaam te gaan. Dit geldt overigens niet alleen voor de burger, maar ook voor zorgmedewerkers/verzorgers zelf. Hoewel het ministerie van VWS stelt druk bezig te zijn om deze rompslomp terug te dringen, lijken zowel burgers als zorgverleners hier nog niet voldoende van te merken. De indruk bestaat zelfs dat de administratieve last in nieuwe wetgeving juist weer wordt ingebouwd.[12]

> Wat de bureaucratische rompslomp betreft, vanaf 2015 zijn er 7 huisbezoeken, 5 ondersteuningsplannen en 15 besluiten, 4 bezwaarschriftenprocedures, 2 beroepsprocedures en 1 uitspraak van het medisch tuchtcollege geweest. Alles bijna zelfstandig door verzoeker ondergaan, gelezen, gereageerd en namens zijn echtgenote gevoerd. Naast de administratieve last voor het PGB. Zijn administratieve belasting is hierdoor zeer hoog te noemen. Dit naast de zorg die verzoeker voor zijn echtgenote heeft.[13]

2.4 Knelpunten uit rapport Borg de zorg

Bij de toegang tot zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers ziet de Nationale ombudsman nog steeds dezelfde problemen. Het denken in verschillende wetten en 'potjes' levert onduidelijkheden en onzekerheid op. De klachten die hij ontvangt, gaan er voornamelijk over dat de urgentie van ondersteuning door gemeenten nog niet altijd wordt ingezien, niet goed naar de persoonlijke situatie wordt gekeken en te weinig vraaggericht wordt gedacht. Zie bijvoorbeeld onderstaand citaat uit een klacht van een dochter:

> Mijn vader heeft gediagnosticeerd Alzheimer dementie en mijn moeder een niet gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornis. Zij kent heel haar leven periodes van depressies, en is niet in staat empathie te tonen. Vorig jaar liep de situatie uit de hand, en heb ik dagbesteding voor mijn vader geregeld. De zorgboerderij begreep de noodzaak en mijn vader kon daar meteen terecht. De gemeente deed echter lang over de beschikking. Ik heb hier vaak achteraan gebeld en uiteindelijk hebben wij een aantal dagdelen zelf moeten bekostigen, omdat de beschikking op zich liet wachten. Er wordt niet met terugwerkende kracht betaald. Frustratie ten top, de gemeente beroept zich op het wettelijke termijn van zes weken en kent geen spoed. De burger is de dupe.

Toen deze dochter vervolgens besloot om haar vader in huis te nemen, wilde de gemeente waarin zij woonde de reeds bestaande beschikking niet van de gemeente waar haar vader woonachtig was overnemen. Zij moest hiervoor eerst weer het hele aanvraagproces door om dagbesteding voor haar vader te regelen bij haar in de buurt. Ook wilde haar gemeente geen contact opnemen met de vorige gemeente voor overdracht. En later liep zij ertegen aan dat zij voor een uitbreiding van uren dagbesteding een nieuwe indicatie nodig had en zich dus opnieuw moest melden bij het Wmo-loket, in plaats van bij de Wmo-consulent met wie zij al contact had.

12 Zie onder meer de kritiek op de bureaucratische procedures bij de Wet zorg en dwang of de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. En in het voorgenomen Wlz inkoopkader 2021-2023 wordt een basistarief gehanteerd met opslag, wanneer dit onderbouwd wordt. Deze onderbouwing leidt volgens zorgaanbieders weer tot toenemende administratieve lasten.

13 Citaat uit een oordeel van een gemeentelijke klachtencommissie.

Wat betreft de beschikbaarheid en kwaliteit casemanagers dementie
In reactie op het rapport Borg de Zorg liet de minister van VWS in maart 2019 weten dat casemanagement dementie voor mensen met dementie en hun mantelzorgers als toegangsloket kan worden gezien voor zorg en ondersteuning. Hij deelde mee dat hij inmiddels veel maatregelen had genomen om ondersteuning door een casemanager beter toegankelijk te maken. Al in het landelijk actieplan casemanagement dementie is door partijen in 2016 en 2017 in kaart gebracht wat hiervoor nodig is. In de jaren daarop heeft hij met partijen gewerkt aan de uitvoer en afronding van deze acties.
Alzheimer Nederland liet tijdens het rondetafelgesprek in januari dit jaar echter weten dat uit eigen onderzoek onder 6000 mantelzorgers in 2019 bleek dat er nog steeds te weinig gebruik van de voorziening casemanagement dementie wordt gemaakt. Ook zijn er regionaal nog sterke verschillen. De minister had toegezegd dat er een gesprek zou komen tussen Alzheimer Nederland en zorgverzekeraars en huisartsen, maar dat gesprek had op het moment van de ronde tafel in januari dit jaar nog niet plaatsgevonden. Alzheimer Nederland vindt het heel belangrijk dat er meer informatie beschikbaar komt om daarmee te kunnen sturen en te weten wat er speelt.
Het is nu bijvoorbeeld onduidelijk wat er gebeurt op de wachtlijsten voor casemanagement. Waarom zijn die wachtlijsten er? Waarom zijn er daarin fluctuaties? Zijn er plotseling minder casemanagers?

In zijn meest recente brief van 18 februari 2020 over dit onderwerp liet de minister van VWS de Tweede Kamer weten dat hij het belangrijk vindt dat mensen met dementie en hun naasten gewezen worden op de mogelijkheid om casemanagement dementie te ontvangen. Huisartsen, maar ook wijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, praktijkondersteuners, Wmo-consulenten en medisch specialisten spelen hierbij een belangrijke rol. Om de verwijzing naar casemanagement dementie te verbeteren hebben partijen met elkaar in kaart gebracht hoe de verwijzing naar en aanmelding van casemanagement dementie verloopt en hoe dit beter kan. Dit heeft geresulteerd in een landelijke workshop en een Ronde Tafel in 2019 over de toekomstbestendigheid en vindbaarheid van casemanagement dementie. Partijen deelden daarbij de conclusie dat verbetering in zowel verwijzing als bekendheid belangrijk is en dat verbetering in verwijzing vooral vraagt om een regionale aanpak. Alzheimer Nederland had volgens de minister informatiemateriaal ontwikkeld over casemanagement dementie, voor zowel mensen met dementie en hun naasten als voor huisartsen en andere zorgprofessionals. Het verbeteren van de vindbaarheid van casemanagement dementie is een opdracht voor alle partijen in het veld, aldus de minister.

De minister is van mening dat een meerderheid van de acties uit het Landelijk actieplan casemanagement dementie intussen is uitgevoerd. Wel zijn er nog enkele openstaande punten. Zo werkt de NZa er hard aan om representatieve cijfers te kunnen publiceren over de wachttijden van casemanagement dementie, op basis van de NZa Regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie. Deze regeling wordt momenteel geëvalueerd. Ondanks dat deze nog niet geschikt zijn voor openbare publicatie, hebben de cijfers voor de NZa al wel een belangrijke signalerende werking voor het regionale toezicht. Voorts stelt de minister dat hij met ZN en Alzheimer Nederland in gesprek is gegaan over de informatievoorziening door zorgverzekeraars over casemanagement dementie. Partijen kijken nu samen hoe relevante informatie werkelijk vindbaar en informatief kan worden gemaakt. Wel deelt hij de behoefte van partijen om inzicht te krijgen in de effecten en resultaten van de uitgevoerde acties. Daarom heeft de minister met partijen afgesproken om in 2020 nog eenmaal onderzoek te laten uitvoeren naar het gebruik van casemanagement dementie. Op basis van dit onderzoek en de te verwachten cijfers over de wachttijden casemanagement dementie van de NZa gaat hij met partijen bezien of aanvullende acties noodzakelijk zijn en waar deze, bij voorkeur binnen de structuur van het huidige hoofdlijnenakkoord wijkverpleging, belegd kunnen

worden. Hij zou de Tweede Kamer hierover vóór de zomer informeren, maar deze informatie is nog niet beschikbaar gesteld.

Wat betreft de domeinoverstijgende zorg
Op het gebied van domeinoverstijgende zorg voor mensen met dementie vinden nog steeds pilots plaats. Deze zijn succesvol en zorgen voor meer samenwerking tussen verschillende instanties. Het probleem is alleen dat als de subsidie voor een pilot stopt, er geen vervolg meer is. Belangrijk is structurele borging zodat bestaande initiatieven kunnen worden uitgerold en verbreed naar de toekomst. De experimenten Sociale Benadering zijn zo'n voorbeeld van geslaagde samenwerking tussen de gemeente, zorgkantoor en de zorgaanbieder.14
Deze projecten zijn expliciet gericht op dementie. Door in te zetten op een psychisch sociale benadering in plaats van een medische, komen deze mensen veel minder snel in een verpleeghuis terecht. Dit komt tegemoet aan het welzijn van de mensen en is ook goedkoper voor de overheid. Probleem blijkt nog steeds de ingewikkelde financiering; de kosten zitten in de Wmo en de baten in de Wlz.

Wat betreft passende begeleiding en respijtzorg
Ten aanzien van de aanbeveling van de Nationale ombudsman tot passende begeleiding en respijtzorg liet de minister in maart 2019 weten dat hij een landelijk aanjager respijtzorg had aangesteld om onderzoek te doen. Het doel van deze aanstelling was om ervoor te zorgen dat respijtzorg in Nederland beter beschikbaar komt voor mantelzorgers. Mantelzorgers en vrijwilligers spelen een onmisbare rol voor de grote en groeiende groep ouderen die zelfstandig thuis woont. Om de zorg goed vol te kunnen houden, is het belangrijk dat mantelzorgers de zorg durven delen zodat zij tijdelijk even op adem kunnen komen. Om allerlei redenen ervaren zij nog veel drempels om van respijtzorg gebruik te maken. Een van de redenen is dat respijtzorg niet goed aansluit bij de wensen van mantelzorgers, aldus de minister.
Daarom heeft hij de respijtzorgaanjager gevraagd om samen met gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders te bekijken hoe het komt dat vraag en aanbod van respijtzorg onvoldoende op elkaar aansluiten.

Uit het onderzoek van de respijtzorgaanjager kwam begin 2020 naar voren dat het voor veel gemeenten bewust beleid was om een slechte toegang tot respijtzorg te geven. Gemeenten zijn bang voor een onbeheersbare vraag, als de deur voor een adempauze voor mantelzorgers wijder wordt opengezet. Een slechte toegang zien gemeenten als het beste middel om de vraag te beheersen. Daarbij speelde mee dat niet gemeenten, maar vooral zorgverzekeraars financieel profiteren van de preventieve inzet door gemeenten.
Door die slechte toegang is het voor mantelzorgers moeilijk om tijdig ondersteuning te krijgen. Er zijn wachtlijsten en administratieve procedures. Niet alleen voor de mantelzorger, maar ook voor betrokken zorgverleners. En als er wel sprake is van respijtzorg, wordt vaak uitgegaan van het aanbod en niet ingespeeld op de behoefte van de mantelzorger. De respijtzorgaanjager constateerde ook dat de complexiteit van de regelgeving vanuit vier wetten het er niet makkelijker op maakt. Het hangt af van de gemeente om die obstakels te beslechten; van de bereidheid van de betrokken partijen om de behoefte centraal te stellen en de regelgeving als middel te blijven zien, in plaats van omgekeerd. Daarnaast zien veel mantelzorgers zichzelf niet bewust als mantelzorger. En gemeenten zijn zich op hun beurt weer onvoldoende bewust van de mogelijkheden tot respijtzorg. De mantelzorger heeft geen eigen positie. Hij is niet in beeld tot hij of zij om hulp roept en dan is het vaak al veel te laat. De respijtzorgaanjager adviseerde daarom dat zodra een diagnose of zorgvraag van een cliënt wordt gesteld, er direct aandacht voor de mantelzorg moet zijn en respijtzorg moet kunnen worden ingezet als dit nodig is. Verder dient er een einde te worden gemaakt aan trage en belastende toegangsprocedures en moet er een brede variatie aan respijtzorg worden geboden: van logeervoorzieningen tot tijdelijke extra

14 Zie onderaan pagina 15 van het rapport Borg de zorg.

huishoudelijke ondersteuning of hulp van een vrijwilliger thuis. Het geld voor respijtzorg moet vanuit de financieringsstelsels (Wmo, Wlz, Zvw, Jeugdwet) lokaal vrij kunnen worden ingezet voor tijdige, flexibele respijtzorg op maat en verantwoording en financiering moeten achteraf worden geregeld, aldus de respijtzorgaanjager.

> Een paar maal in de week nachtopvang op dezelfde basis als er dagopvang is zou een oplossing zijn. Dus... busje haalt op rond 20.00 uur, zaaltje met aantal bedden voor de patiënten en in de ochtend na een wasbeurt weer thuisbrengen. In ziekenhuizen voor dagbehandeling staan in de nacht bedden leeg om maar iets te noemen. Bij daklozenopvang lukt het ook. AI is het maar 2x per week. Ook dat zou impact op de patiënt hebben, maar een uitgeruste mantelzorger kan daar overdag dan goed mee omgaan.[15]

Bij brief van 10 juni 2020 aan de Tweede Kamer gaf de minister van VWS zijn beleidsreactie op dit rapport. Hierin geeft hij aan dat onderzoeken van het SCP en Movisie laten zien dat er acht vraaggebieden zijn waarop mantelzorgers graag ondersteuning zouden willen krijgen. Dat zijn: informatie, advies en begeleiding, emotionele steun, educatie, praktische hulp, respijtzorg, financiële tegemoetkoming en materiële hulp. Deze vraaggebieden staan centraal in de gezamenlijke vervolgaanpak 'Samen sterk voor mantelzorg'. Betekenisvolle mantelzorgondersteuning wordt niet alleen door gemeenten geboden. Ook werkgevers, zorgaanbieders en verzekeraars kunnen op één of meerdere thema's een rol spelen in de ondersteuning van mantelzorgers. Zo zijn er werkgevers die lotgenotencontact voor mantelzorgers binnen hun organisatie hebben ingericht en hebben de verzekeraars een gezamenlijke internetpagina opgesteld om mantelzorgers wegwijs te maken in het zorglandschap. De landelijke koepels gaan stimuleren dat, vanuit het kader van de acht vraaggebieden, hun leden lokaal het juiste ondersteuningsaanbod hiervoor aanbieden. Op die manier sluit het aanbod beter aan bij de vraag, aldus de minister. Om gemeenten optimaal te ondersteunen richt VWS, conform het advies van de aanjager, een gezamenlijk team in dat vraaggericht gemeenten kan helpen met advies over goede mantelzorgondersteuning. In samenwerking met VNG is momenteel een behoefte-uitvraag onder gemeenten uitgezet om in beeld te brengen wat zij nodig hebben voor goede mantelzorgerondersteuning. 'Samen sterk voor mantelzorg' wordt gezamenlijk uitgewerkt en de minister is voornemens om deze aanpak na de zomer aan de Tweede Kamer te sturen. Hierin staan afspraken voor zowel de korte als voor de langere termijn.
Voorts gaf de minister van VWS in zijn brief aan dat logeerzorg een specifieke vorm van respijtzorg is waarin de zorg van de mantelzorger tijdelijk wordt overgenomen in een respijtvoorziening. De mantelzorger kan dan even op adem komen. Door logeerzorg kan een oudere met bijvoorbeeld beginnende dementie, die intensief door zijn partner wordt ondersteund, er zélf even uit. Hij of zij kan tot rust komen, lotgenoten ontmoeten en leuke dingen doen. Voor de partner betekent het echt tot rust komen doordat men geen mantelzorg hoeft te bieden. Deze korte adempauze kan zo belangrijk zijn dat kan worden voorkomen dat een mantelzorger overbelast raakt. Hij voegde het eindrapport van de pilots logeerzorg bij zijn brief, met daarin aanbevelingen om de toegang tot logeerzorg te verbeteren. Daarnaast worden in het eindrapport concrete suggesties gedaan om de regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten, die logeerzorg kunnen contracteren en aanbieden, te versterken. Door de coronamaatregelen was het tijdelijk niet mogelijk bezoek en dus ook 'logees' toe te laten in de verpleeghuizen die mee doen aan de pilots. Nu hier stap voor stap weer ruimere mogelijkheden voor komen, worden ook de pilots logeerzorg weer opgestart. Tot slot deelde de minister mee dat verschillende campagnes worden gelanceerd om te stimuleren dat

15 Citaat uit een door de Nationale ombudsman ontvangen klacht van een mantelzorger.

mantelzorgers hun hulpvraag durven stellen aan professionals die hen ondersteunen en de zorg voor hun naaste durven delen. In de voortgangsrapportage in het najaar komt hij hier op terug.

Kortheidshalve wijst de Nationale ombudsman hier nog op het onderzoek van het SCP en met name naar het laatste onderzoek naar mantelzorgers in coronatijd. Verder verwijst hij naar het onderzoek van Alzheimer Nederland van juni dit jaar, waaruit blijkt dat actie ten aanzien van ondersteuning van de mantelzorg harder nodig is dan ooit. Dit doet hij om aan te geven dat zijn aanbevelingen uit het rapport Borg de zorg actueler zijn dat ooit. Mantelzorgers zijn op dit moment extra zwaar belast en stappen over het algemeen niet zelf snel naar voren in het publieke debat. Juist in deze tijd moet concreet actie worden ondernomen om hen bij te staan.

Wat betreft volmacht
Tot slot ontvangt de Nationale ombudsman nog klachten en vragen van mantelzorgers van mensen met dementie, van wie nog verwacht worden zaken zelf aan te vragen en te ondertekenen, terwijl dit feitelijk niet meer mogelijk is.

> Overheid zit zo op langer thuis wonen, maar als je dit wilt, dan kan het niet. De regels zijn leuk, maar in de uitvoering gaat het fout. Moeder had met meer hulp gemakkelijk thuis kunnen blijven, maar dit mocht niet. Bizar dat iemand die compleet dement is, toch nog bijna overal voor moet tekenen. Wet op privacy heeft hier een verkeerde uitwerking. Onduidelijk voor mensen wat je dan moet doen. Mentorschap aanvragen? Daar had ze nog nooit van gehoord. Waarom niet? Verpleeghuizen zijn net ziekenhuis. Veel te weinig aandacht voor de mensen. Verder neemt niemand eindverantwoordelijkheid. Kastje muur verhaal. Waar kan zij terecht met haar klachten?[16]

Juridisch gezien zal de persoon met dementie beslissingen ten aanzien van zichzelf moeten ondertekenen, tenzij aan iemand anders, bijvoorbeeld de mantelzorger, een volmacht is afgegeven. Dit kan onder meer in een levenstestament. Het is de Nationale ombudsman opgevallen dat nog weinig mensen van zo'n testament gehoord hebben. Een tijdig opgesteld levenstestament kan uiteindelijk helpen bij het regelen van zaken. In de wekelijkse column van dagblad De Telegraaf op Wereld Alzheimerdag in 2019 heeft de Nationale ombudsman hierop daarom de aandacht gevestigd.

16 Citaat uit een door de Nationale ombudsman ontvangen klacht van een mantelzorger.

Jos en Mariska*

Een door de Nationale ombudsman ontvangen klacht

Jos en Mariska zijn getrouwd en wonen al jaren samen. Mariska worstelt met verschillende psychiatrische problemen. Zij is al meerdere keren opgenomen geweest en staat onder permanente behandeling van de GGZ. Hierdoor is zij geheel afhankelijk van verzorging door Jos. Om haar te kunnen blijven verzorgen, vraagt het echtpaar bij hun gemeente een persoonsgebonden budget (pgb) aan. Vervolgens vindt een zogenaamd 'keukentafelgesprek' plaats met het sociaal wijkteam om de pgb-aanvraag verder door te spreken. Jos en Mariska leggen uit waarom zij het liefst een pgb willen. Dit is omdat Mariska vanwege haar stoornis beperkt externe hulpverleners verdraagt. De gemeente kent vervolgens een pgb toe voor een gedeelte van deze ondersteuning, maar zegt niet verantwoordelijk te zijn voor de persoonlijke verzorging. Die valt niet binnen de Wmo. Jos en Mariska worden hiervoor naar hun zorgverzekeraar verwezen. En dan begint een lange periode van onduidelijkheid...

Op advies van de gemeente neemt Jos contact op met zijn zorgverzekeraar, maar deze wijst het verzoek af en zegt dat hij bij de gemeente moet zijn. De persoonlijke zorg is immers zorg die vanuit de Wmo moet worden betaald. Jos raakt hierdoor erg gefrustreerd en besluit de afwijzing van de zorgverzekeraar aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) voor te leggen. Dat helpt gelukkig, want de SKGZ geeft duidelijkheid. De gemeente is verantwoordelijk, want deze zorg valt onder de Wmo.

De gemeente legt zich neer bij de uitspraak. Maar dan gaat het nog steeds niet goed. De gemeente keert het pgb voor persoonlijke verzorging niet uit en verwijst het echtpaar door naar de GGD om een indicatie 'beschermd wonen zonder verblijf' aan te vragen. De GGD geeft op zijn beurt weer aan dat niet de GGD, maar de gemeente verantwoordelijk is. Dat is dus de instantie waar Jos en Mariska moeten zijn. Jos is erg teleurgesteld. Hij weet nu ook niet meer waar hij terechtkan en dient een klacht over de gemeente in bij de Nationale ombudsman.

Een medewerker van de Nationale ombudsman bekijkt de klacht en beseft dat het voor zowel het echtpaar als voor de gemeente onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor de zorg. Om snel beweging te krijgen in deze zaak, stelt de medewerker aan Jos voor om samen te werken met het ministerie van VWS. Dat vindt Jos een goed idee. De medewerker van de Nationale ombudsman vraagt het ministerie vervolgens om duidelijkheid te geven en mee te denken in deze slepende situatie. En dat gebeurt. Het ministerie neemt contact op met de gemeente en al snel komt het wijkteam bij langs voor een gesprek. In dit gesprek hoort Jos dat de gemeente niet zelf beslist of iemand recht heeft op het pgb. Zij hebben dit uitbesteed aan een indicatiebureau, dus met dit bureau moet een afspraak worden gemaakt. Dit was weer een tegenvaller voor Jos en Mariska, want hierdoor schoot het hele proces nog steeds niet op. Na enkele telefoontjes lukte het enkele weken later toch om een afspraak met het indicatiebureau te maken. Medewerkers van dit bureau legden samen met de gemeente een bezoek af bij het echtpaar. En dat leidde uiteindelijk tot een oplossing. Jos en Mariska kregen de bevestiging dat de gemeente het pgb gaat uitbetalen, met terugwerkende kracht.

**gefingeerde namen*

3 Visie VWS en contourennota

Zoals eerder beschreven, heeft de minister van VWS in meerdere Kamerbrieven ook zélf laten weten dat de zorg regelmatig te gefragmenteerd wordt georganiseerd, met een gebrek aan coördinatie en afstemming.
In het tv-programma Buitenhof op 27 oktober vorig jaar deelde hij mee dat hij het huidige zorgstelstel te complex vindt en er sprake is van te weinig regie, met name in de regio. Hoewel hij van mening was dat nergens in de wet een belemmering staat om het goed te kunnen regelen, zag hij een wijziging in het zorgstelsel uiteindelijk als onvermijdelijk. Na de uitbraak van het coronavirus in maart dit jaar ging hij hierop door en deelde op 13 juni 2020 aan het Algemeen Dagblad mee dat hij ook al langer kritisch is over de doorgeslagen marktwerking in de zorg en dat hij de regierol in het zorgstelsel niet goed vindt belegd. Hierdoor is er onvoldoende samenwerking. Volgens de minister is de coronacrisis één groot pleidooi voor minder markt, meer samenwerking en meer centrale regie in de zorg. Het huidige zorgstelsel met de ieder-voor-zich mentaliteit moet op de schop. Alle soorten zorg moeten verregaand en domeinoverstijgend met elkaar gaan samenwerken en er moet een mogelijkheid zijn om landelijk te kunnen bijsturen als dat niet vanzelf lukt. En daar waar de financiering erop is gericht om te concurreren, moet dat anders worden geregeld. Dit alles om minder concurrentie en meer samenwerking in de zorg te doen ontstaan.

Vervolgens liet de minister op 15 juni 2020 aan de Tweede Kamer weten dat in het huidige zorgstelsel zaken moeten worden veranderd. Er zijn financieringssystemen ingericht die bijvoorbeeld heel erg ‘prikkelen’ op productie, om zo veel mogelijk uren te draaien. Volgens de minister zijn dat niet per se het type financieringsstelsels, die helpen om de samenwerking zo veel mogelijk te bevorderen. Hij zegt hierover: “Natuurlijk moet je vergoed worden voor je cliënten, maar als je geld krijgt als je zo veel mogelijk cliënten helpt, dan worden partijen in het veld gestimuleerd om zo veel mogelijk cliënten naar zich toe te halen.” De minister vraagt zich af of zo’n type productieprikkel de samenwerking heel sterk bevordert. De eerste les volgens hem is: heel veel meer samenwerking. De tweede les is: heel veel meer mogelijkheden tot regie. Zijn plannen om dit te veranderen zullen in de contourennota worden meegenomen.

Ook ging hij in een interview aan Zorgvisie magazine op 24 juni 2020 in op de stelselproblemen, waarin hij nogmaals aangaf dat de regierol in het zorgstelsel niet goed is belegd. In de Zorgverzekeringswet ligt de regie bij zorgverzekeraars, in de Wlz bij zorgkantoren en in de Wmo bij gemeenten. Dat leidt volgens de minister niet per definitie tot goede samenwerking. Verder liet hij nog weten in de wijkverpleging in te gaan zetten op één wijkverpleegkundig team per wijk en een nieuwe financiering die samenwerking stimuleert. Ook probeert hij in de Wmo de aanbestedingswet te veranderen, zodat er minder concurrentie en meer samenwerking is. Nogmaals liet hij weten hier in de contourennota, na de zomer, zijn licht over te willen laten schijnen.

4 Verslag van het rondetafelgesprek

Vrijdag 24 januari 2020

Aanwezig:
Gemeente Amersfoort
Gemeente Pijnacker
Belangenorganisatie Per Saldo
Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)
Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Belangenorganisatie Ieder(in)
Belangenorganisatie Alzheimer Nederland

Opening en voorstelronde
De Nationale ombudsman (hierna: de ombudsman) opent de bijeenkomst en heet de aanwezigen welkom. Hij licht toe dat hij dit rondetafelgesprek heeft georganiseerd in het kader van zijn vervolgonderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg. Een onderzoek dat hij eind december 2019 heeft ingesteld. Voorafgaand aan het rondetafelgesprek is een discussiestuk naar de genodigden gestuurd. De ombudsman wil graag weten wat er met de in zijn rapporten Zorgen voor burgers en Borg de zorg voorgestelde oplossingsrichtingen en aanbevelingen is gebeurd. Welke problemen zijn inmiddels opgelost? Op welke punten is nog verbetering nodig? En wat loopt nog helemaal niet? Over deze vragen wil de ombudsman graag met de deelnemers van gedachten wisselen. Er wordt een verslag gemaakt van dit gesprek. Het concept daarvan zal nog worden voorgelegd aan de gespreksdeelnemers. Naar verwachting zal de ombudsman zijn onderzoek medio 2020 afronden. De aanwezigen stellen zich aan elkaar voor.

Het rondetafelgesprek
(Gemeente Pijnacker) vertelt dat het in de gemeente Pijnacker erg goed gaat. Met de decentralisatie ging alles naar de gemeenten, omdat die hun inwoners het beste kennen. Dat was ook de doelstelling van de decentralisatie. (De gemeente) heeft (...) binnen het sociaal domein veel veranderingen doorgevoerd. Zo heeft (de gemeente) contracten met subsidiepartners ontbonden en de medewerkers in dienst genomen, wat een paar ton overhead scheelde. Pijnacker gaf tot dan €10,4 miljoen uit aan jeugdzorg en dat met een inwonersaantal van 55.000! Het betekent dat 1 op de 8 kinderen een vorm van jeugdhulp ontvangt, terwijl dat 25 jaar geleden nog 1 op de 28 kinderen betrof. Pijnacker is aangesloten bij het H10 inkoopbureau en betaalt gemiddeld een uurtarief van €240 per uur. H10 regelt alle zaken voor de gemeente rond inkoop en contracten van jeugdhulp. De omzet binnen H10 bedraagt €320 miljoen aan jeugdzorg. In overleg met huisartsen die aanvankelijk veel naar H10 verwezen, heeft Pijnacker praktijkondersteuners aangetrokken. Dat werkt goed. Sindsdien is door de vijf praktijken in kwestie maar één kind verwezen naar jeugdzorg. Er is een algehele daling van 25%. Een praktijkondersteuner heeft de tijd voor een kind. Als er andere problematiek ten grondslag ligt bv opvoedingsvragen van de opvoeder en schulden moet je dat aanpakken.
Het probleem met jeugdzorg is de marktwerking. Volgens (gemeente Pijnacker) moet er landelijk het nodige veranderen. Zo kun je je afvragen of huishoudelijke hulp een voorziening moet zijn die vanuit de overheid verstrekt wordt. De eigen bijdrage is een drama. Er waren voorheen geen wachtlijsten voor huishoudelijke hulp, maar sinds januari staan er 109 mensen op een wachtlijst. Eigenlijk zou de gemeente álles zelf moeten indiceren. Alles wat aan huis gebeurt, ook zorg vanuit de Wlz of verpleging, zou onder de gemeente moeten vallen. En wat intramuraal is, moet bij het Rijk belegd worden. In de jeugdzorg worden kinderen op de wachtlijst gezet.

Dat is schadelijk voor kinderen. Er wordt overdreven gemedicaliseerd. Bij de huisartsen (en zelfs bij garages!) liggen flyers van zorgorganisaties met de oproep kinderen te laten testen. Zo wordt 30% van de schoolkinderen in Pijnacker onderzocht op dyslexie. Maar tegenwoordig worden er geen leesmeters meer gemaakt. En over twintig jaar heb je met die kinderen grote problemen. We moeten normaliseren. Als een kind zorg nodig heeft, moeten we dat goed inzetten en liever teveel dan te weinig. Maar we moeten geen prinsjes en prinsesjes van de kinderen maken. (Gemeente Amersfoort) merkt op dat de jeugdzorg niet afgenomen wordt door de meest kwetsbare groep kinderen. Het aanbod van de markt genereert een bepaalde vraag. Toch gebeuren er momenteel goede dingen in de lokale praktijk. Er ligt nu op lokaal niveau een structuur die het mogelijk maakt om tot een integrale aanpak te komen. Er kan grensoverschrijdend gewerkt worden en de toegang tot de zorg is verbeterd. Maar het is allemaal nog vrijblijvend en als ziektekostenverzekeraars of huisartsen van goede wil zijn loopt het allemaal prima. De vrijblijvendheid moet verdwijnen. Verder zie je een pingpongeffect tussen verschillende voorzieningen en stelsels. Af en toe zijn er perverse prikkels zichtbaar, vooral tussen jeugdzorg en Wlz, of tussen Wmo en Wlz. Juist daar is een verbeterslag nodig. Een grote stelselwijziging is niet nodig. De lokale praktijk heeft behoefte aan meer experimenteerruimte. Er is ruimte nodig om tot integraliteit en maatwerk te komen. Er moet gefocust worden op doelgroepen met complexe problematiek. Voor de professionele uitvoeringspraktijk is rust en ruimte nodig om de aanbevelingen van de ombudsman tot uitvoering te brengen. In het rapport van de ombudsman komen sommige randvoorwaarden onvoldoende naar voren. De groei van de zorg en ondersteuning stijgt een gemeente als Amersfoort ook financieel boven het hoofd. Die is niet meer te financieren, ook omdat de uitstroom onvoldoende gerealiseerd kan worden. Er is een woningmarktproblematiek. Daarom roept de (gemeente Amersfoort) de woningcorporaties op het wonen in brede zin mogelijk te maken. Naast de problemen op het gebied van financiën en huisvesting is er het probleem van medicalisering van afwijkend gedrag in de samenleving. Afwijkend gedrag zou meer geaccepteerd moeten worden en een plek moeten krijgen in de samenleving. Dat is een grote opgave. Daarbij speelt de vraag wat de norm is. Wat mag men van elkaar verwachten?

(Per Saldo) signaleert een begripsverwarring tussen jeugdhulp en jeugdzorg. Bij Per Saldo gaat het om mensen met een levenslange en levensbrede beperking. Er ligt een gigantische focus op ingewikkelde gezinnen, opvoedproblemen etc. Als er een echtscheiding is moet jeugdzorg aanrukken en zo zie je allerlei problematieken de jeugdzorg instromen. Maar dat gaat ten koste van mensen met een levenslange en levensbrede beperking. Zij worden in onvoldoende mate bediend. Veel wordt op opvoedplicht gegooid, het eigen netwerk, de zelfredzaamheid bij gezinnen die zwoegen om de benodigde zorg te leveren. Per Saldo vindt dat er aparte deskundigheid nodig is om dat goed te erkennen en herkennen. Je moet er vroegtijdig op inspringen. Dan kan met heel lichte ondersteuning heel veel bereikt worden. Wordt er teveel nadruk gelegd op opvoedplicht, dan kan dat eerder leiden tot escalatie waarbij veel zwaardere vormen van zorg nodig worden. De gemeente Pijnacker ziet zichzelf als zorgaanbieder, regelt en geeft alles zelf. Maar in hoeverre is dat zorg op maat? Er zijn gemeenten die alles in algemene voorzieningen proppen. Mensen moeten het doen met dat aanbod. Maar er is een focus nodig op de hulpvraag van mensen. Er moet hulp op maat worden toegekend. (Gemeente Pijnacker) reageert hierop dat Pijnacker ook een maatwerkbudget heeft. Als voorbeeld noemt zij een moeder van twee kinderen, die overleed. Een van de kinderen heeft een beperking. Haar man wist niks van financiën. Omdat de moeder niet was verzekerd, heeft de gemeente de begrafenis betaald en geregeld. Dat is een vorm van preventie. Als de gemeente dat niet gedaan had, was het gezin in de schulden beland, met alle gevolgen van dien. (Gemeente Pijnacker) vindt dat een juiste aanpak.

De ombudsman wil weten wat nodig is om dit verhaal straks niet meer te hoeven vertellen. Hebben zijn rapporten ergens aan bijgedragen? Moeten er andere dingen gebeuren en zo ja wat?

Het feit dat verschillende wetten, regels, stelsels en domeinen in de levens van mensen samenkomen, blijft onverminderd complex. (Ieder(in)) vindt het hoopgevend dat dit hardop gezegd wordt. Als het moet, gaan partijen daarover met elkaar in gesprek. Voor mensen met een levenslange en levensbrede beperking is het heel ingewikkeld dat feiten, ervaringen en opvattingen door elkaar heen leiden tot allerlei afspraken, convenanten etc. Het is niet te traceren of die gebaseerd zijn op feiten, of te maken hebben met opvattingen. Het frame waarmee een groot deel van de achterban van Ieder(in) wordt bejegend is naar. 'Die mensen moeten er maar aan wennen dat ze het zelf moeten doen!', valt te horen uit de krochten van gemeenten. Voor mensen met een beperking is dat precies het tegenovergestelde van de belofte die gedaan werd bij de invoering van de decentralisaties indertijd. Het zou gaan van intra- naar extramuraal. De expertise zou dicht bij de burger komen. Het zou gaan van grofmazige regelingen naar maatwerk, liefst in de eigen gemeente. Helaas verdampt die belofte voor de achterban van Ieder(in). Het rapport van de ombudsman heeft zeker zin gehad. Er zijn allerlei gesprekken geweest en afspraken gemaakt. Maar het heeft voor mensen met een beperking niet het gewenste effect gehad. Uit alle onderzoeken wordt zichtbaar dat het stagneert, of zelfs verslechtert. Wereldwijd heeft 18% van de mensen een levenslange en levensbrede aandoening waarvoor dagelijks iets extra's nodig is, dus meer dan een pilletje. Die een op de acht kinderen in een vorm van jeugdzorg mag dus normaal genoemd worden. Verder heeft 25% van alle mensen te maken met episodes van ernstige psychische problemen. Ook dat is dus normaal. Al die mensen zeuren niet. Maar in plaats van alle aandacht voor en investeringen in specialistische zorg, zou men echt moeten gaan nadenken over inclusie. Je houdt alleen kinderen op scholen zonder al te specialistische voorzieningen als je een IQ van 95-115 niet tot norm verheft. 70% van alle kinderen heeft een ander IQ dan dat, of andere problemen. Je kunt alleen mensen in een buurt laten wonen als er de juiste voorzieningen aanwezig zijn.

Hierop brengt (gemeente Pijnacker) naar voren dat de kinderen in kwestie bijna allemaal in de hoog gespecialiseerde ggz zitten, met een behandelduur van gemiddeld vijf jaar. (Ieder(in)) merkt op dat 14.000 mensen worden uitgespuugd door het schoolsysteem. Vroeger erkende men dat er echt iets met die mensen aan de hand was; ze konden niet zomaar gaan werken of een eigen inkomen genereren. Nu zijn voor die mensen alle deuren dicht gegaan. En er zijn geen nieuwe deuren geopend. De 100.000 die voorheen in de AWBZ zaten, krijgen nu te maken met een gat. Het grootste gedeelte van alle ondersteuning die ze kregen is nu afgebroken. Het hele fijnmazige, nabije ondersteuningsaanbod voor die mensen is er niet meer. Het respijtzorgaanbod voor gezinnen met kinderen met een beperking is bijna helemaal verdwenen. Elk stelselgesprek gaat over aanbod en geld. Niet over wat gedaan moet worden met de vraag waar geen aanbod meer voor is.

De ombudsman heeft de indruk dat aan tafel de grote lijnen gedeeld worden. Daarom vraagt hij zich af waarom de oplossingsrichtingen en aanbevelingen uit beide rapporten niet worden uitgevoerd. Wat zijn beletselen?

Een groot probleem is de verkokering. Veel van de initiatieven die naar voren komen in de rapporten kennen een conceptuele fout, merkt de (RVS) op. Er wordt gedacht dat de ondoorzichtigheid het probleem van het stelsel is. Dit zou betekenen dat als mensen de weg niet weten te vinden, ingezet wordt op het investeren in een gids. Iemand die cliëntondersteuning doet, of een casusregisseur. Zo iemand wijst de weg. Maar mensen moeten ook toegang krijgen. Het probleem is niet zozeer de ondoorzichtigheid, maar de ontoegankelijkheid voor sommige groepen. Daarom zouden de aanbevelingen in dat verband anders moeten zijn. Een ander conceptueel verschil is dat het gaat over een coördinatieprobleem binnen de zorg, terwijl het in veel gevallen juist moet gaan over toegang tot andere dingen buiten de zorg. 'De juiste

zorg op de juiste plek' is een goede slogan, maar welke zorg moet je hebben? In veel gevallen krijgt iemand die van de praktijkschool komt geen ondersteuning naar werk. Die krijgt geen woning, geen briefadres. Eigenlijk is een ander type interventie nodig. Er moet gedacht worden aan gemandateerde beslissingsmacht, wat kan betekenen dat de regieverpleegkundige mag besluiten om te indiceren voor thuiszorg. Het komt voor dat de bureaucratische routine van de ene instantie iets anders onmogelijk maakt, denk daarbij aan de samenhang tussen briefadres, de DWI en zorgondersteuning. Je moet patronen leren zien waar maatwerk nodig is en dat er iets moet veranderen in de verhouding tussen de ene en de andere instantie. Zoals het nu is, wordt iedereen aangestuurd op een aparte taak. De handhaver van de sociale dienst moet ervoor zorgen dat er geen fraude wordt gepleegd. En dan zijn er een paar professionals in de uitvoering die zeggen dat ze integraliteit moeten gaan organiseren. Die mensen lopen dus overal tegenaan.

Alzheimer Nederland was heel blij met het rapport 'Borg de zorg', omdat het de vinger op de zere plek legt. Voor mensen met dementie is de casemanager dementie, dus de casusregisseur, dat ene loket waarop de ombudsman in het rapport heeft gewezen. Maar het klopt dat je daar dan wel toegang toe moet kunnen krijgen. 'We weten niet wat er achter de voordeur gebeurt. We zijn geblinddoekt bezig.' Aldus (Alzheimer Nederland). Uit eigen onderzoek van Alzheimer Nederland onder 6000 mantelzorgers blijkt dat er nog steeds weinig gebruik van de voorzieningen wordt gemaakt. Onlangs zei de minister van VWS in de Tweede Kamer toe dat er een gesprek zou komen tussen Alzheimer Nederland en zorgverzekeraars en huisartsen. Dat gesprek heeft nog niet plaatsgevonden. Er gebeurt dus van alles, maar echt resultaat is er nog niet. Heel belangrijk zou het kunnen zijn om meer informatie te krijgen om daarmee te kunnen sturen. Je moet weten wat er speelt. Het is nu bijvoorbeeld onduidelijk wat er gebeurt op de wachtlijsten voor casemanagement. Waarom zijn die wachtlijsten er? Waarom zijn er daarin fluctuaties? Zijn er plotseling minder casemanagers?

De ombudsman constateert dat het hierbij gaat het om een ander niveau van informatie dan waarover het eerder ging. Hij vraagt waar deze informatie wordt gehaald en door wie.

Er moet informatie zijn voor beleidsmakers, want het moet duidelijk zijn of het de goede kant op gaat of niet. (Alzheimer Nederland) denkt dat er weinig mensen zijn die net zo concreet kunnen zijn over aantallen als (gemeente Pijnacker). Alzheimer Nederland kan dat zeker niet. Verzekeraars weten ook niet hoe de gemeenten het doen. Er is ook weerstand om die getallen boven tafel te krijgen. Op die manier stuur je geblinddoekt. Er wordt wel een hoop gedaan maar of het de goede kant opgaat is vaak niet duidelijk. (Gemeente Pijnacker) merkt op dat men een monitor sociaal domein heeft ingericht, maar Pijnacker de enige is in Nederland met de Vektiscijfers erin. Daardoor kan zij tot op wijkniveau zien wat er precies gebeurt. Indertijd was er in Pijnacker een werkgroep tienerzwangerschappen; met veel pijn en moeite had men er drie kunnen vinden. Je moet als kleine gemeente niet maar klakkeloos volgen wat er Den Haag of Rotterdam gebeurt. Er moet op het eigen wijkniveau gekeken worden wat nodig is. Inzetten op schuldhulpverlening, armoedepreventie of moet er meer aandacht naar jeugdhulp? Voor een antwoord op dergelijke vragen heb je een monitor nodig.

(Ieder(in)) merkt op dat er veel interventies zijn die suggereren dat er een communicatie- of informatieprobleem is, terwijl er in plaats daarvan, zoals de (RVS) al opmerkte, een toegangsprobleem bestaat. Vorige week kwam naar buiten dat twee derde van alle rechtszaken over het sociaal domein gewonnen wordt door de burger. Ongeveer een kwart van alle rechtszaken die mensen tegen het UWV voeren wordt gewonnen door de burger. De kans is dus groot dat in de gemeenten de wet niet juist uitgevoerd wordt. Uit dit soort percentages wordt geen lering getrokken door de overheid. Ieder individu moet het weer opnieuw bevechten

voor zichzelf. Daarom is het belangrijk dat er een ‘bodem’ komt: een vastgestelde ondergrens zodat duidelijk wordt waarop een burger mag rekenen bij de toegang tot een voorziening. Een dergelijke bodem zou landelijk vastgesteld moeten worden. Ieder(in) zoekt de sleutel bij een onafhankelijke toegang, los van het ingekochte aanbod en los van het geld. Hierop reageert (gemeente Amersfoort) dat het zou moeten beginnen met een goede triage. Daar moet gezorgd worden voor maatwerk dat leidt tot een passend aanbod. Dat moet je zien als een professioneel uitgangspunt.

De ombudsman vraagt zich af of er niet teveel blijft hangen onder de noemer ‘zorg’. De inschrijving in de BRP bijvoorbeeld is geen kwestie van zorg.

Zeven van de acht aanvragen voor een briefadres worden afgewezen. Daar is een heel goede reden voor, merkt (de RVS) op, want als je makkelijk een briefadres krijgt, staat de deur open voor fraude. Vanuit de opdracht van de BRP is het heel logisch dat men daar heel streng op is. Maar iemand zonder briefadres krijgt ook geen toegang tot zorg of tot andere voorzieningen. In veel gemeenten laat men na om op basis van een analyse van casussen de verhouding tussen instellingen te veranderen. Dat kan de sleutel zijn voor verandering. Bureau Jeugdzorg Amsterdam (BJAA) wilde indertijd het contactrapport afschaffen. De rechter vond dat niet kunnen, want daarop baseerde de rechtbank zich bij de beoordeling van zaken. Er moest dus een gesprek plaatsvinden tussen BJAA en de rechtbank over wat de rechtbank nodig had voor een oordeel, zodat het rapport toch afgeschaft kon worden. Dat type gesprekken vindt maar heel weinig plaats. Als gestuurd wordt volgens New Public Management, waarbij mensen een doelstelling krijgen en afgerekend worden op het resultaat, is het niet gek dat de instanties hun resultaten behalen door een deel van de problemen over de heg te gooien. Daar moet dus iets aan gedaan worden want anders moet het steeds op casusniveau worden hersteld. Er zijn goede voorbeelden van hoe het wel moet. Zo zegt de gemeente Utrecht dat het niet meer een handhaving bij de sociale dienst doorzet zonder eerst te checken of iemand bekend is bij het sociale wijkteam. Hoe simpel kan een dergelijke afspraak zijn? Je moet dan wel accepteren dat de andere partij een beslissing voor je kan nemen. Met dat soort afspraken kan je iets doen aan de ontoegankelijkheid in de zorg.

(Per Saldo) wijst erop dat er naast ruimte voor de professional die hulp biedt, ook ruimte moet zijn voor de professional in de toegang. Vaak zijn die met handen en voeten gebonden bij het nemen van beslissingen. Er zijn bijna geen sociale wijkteams, voegt de (RVS) toe, die beslissingsmacht hebben over een urgentiebewijs. Het is moeilijk afspraken te maken over de wijze waarop een patroon doorbroken kan worden. Hijzelf vindt de omgekeerde toets een goed hulpmiddel, waarmee je breder gaat kijken. Hoezo ‘No Wrong Door’ als er iemand voor de deur staat met een totaal verkeerde vraag. Professionals stellen zich de vraag of zij dan diegene moeten zijn om die persoon te begeleiden en ervoor te zorgen dat hij of zij weer door iemand wordt opgepakt. Zeker als zij van hun manager te horen hebben gekregen dat er bepaalde doelstellingen behaald moeten worden. Op die manier raken professionals gefrustreerd.

Daarbij komt, merkt (Ieder(in)) op, dat er heel veel mensen zijn bij wie de feiten misschien wat minder helder zijn. Dan gaan de opvattingen de doorslag geven. En juist daar lopen veel mensen in de achterban van Ieder(in) tegenaan. Vaak wordt gedacht dat mensen zelfredzaam zijn. Maar zelfredzaamheid is niet dat je het zelf redt, maar dat je met de nodige ondersteuning je eigen leven zo goed mogelijk vorm kan geven. Het staat zelfs in sommige verordeningen: werk van ouders is nooit voorliggend. Leerlingenvervoer naar speciaal onderwijs mag worden afgewezen, ook al betekent dat dat iemand zijn baan moet opzeggen. Alles moet passen binnen een ingekocht aanbod.

(Per Saldo) vertelt over de situatie in een bepaalde gemeente waar in de beleidsregels staat dat autisme een ‘tijdelijke beperking’ is. Mensen krijgen maximaal tien uur in een jaar om dat in goede banen te leiden. Bestaat het probleem dan nog steeds, dan moet de hulp vrijwillig en kosteloos geleverd worden, maar dan is het wel afgelopen. Zou autisme in een jaar even weggewerkt kunnen worden? Die beleidsregels zijn daar vastgesteld door de gemeenteraad. Allerlei doelen wil men bereiken binnen korte tijd. Ook bij levenslang en levensbreed. Maar het is niet na drie jaar over! Soms worden mensen helemaal niet beter, alleen maar slechter. (De VNG) wijst op het corrigerend mechanisme. Als de wethouder van die gemeente dit beleid met betrekking tot autisme uitvoert, dan moet hij geholpen worden.

De ombudsman vraagt zich af waar de bodem zit: waarop kunnen mensen aanspraak maken? Hoe is het mogelijk dat zoiets in een gemeente gebeurt?

Zeggen dat er een minimale bodem moet zijn is niet de beste veranderstrategie, reageert de (RVS). Er zijn altijd voorbeelden waar je door die bodem zakt. Je krijgt dan enorme discussies. De verandering moet gaan over de verhouding tussen instellingen en organisaties. (Alzheimer Nederland) herinnert aan de ontschotting van de financiering waarover in het rapport wordt gesproken. Een dergelijke ontschotting zou enorm helpen. Er zijn twee pilots in het kader van Dementiezorg voor Elkaar (onderdeel Deltaplan Dementie) die zouden worden uitgevoerd door Vilans, merkt (Alzheimer Nederland) op, maar dat gebeurt niet. Dat is jammer. Het heeft ermee te maken dat de samenhang tussen de organisaties in de regio’s niet sterk genoeg wordt bevonden door de financiers. Dan komt het niet van de grond. De samenwerking tussen de organisaties moet inderdaad anders. Ouderen en mensen met dementie komen niet naar je toe voor hulp. Er moet iemand naar ze toe om duidelijk te maken dat het goed zou zijn om hulp te krijgen. Daarvoor, merkt de (RVS) op, heb je wel de samenwerking tussen organisaties nodig om signalen eerder in beeld te krijgen. Zo moet een woningbouwcorporatie bij klachten van buren denken aan de mogelijkheid dat er meer aan de hand is. Er moet een netwerk ontstaan. Allerlei organisaties moeten dingen doen die niet tot hun kerntaak behoren. Je moet ‘met de genade meewerken’, zegt (Alzheimer Nederland). Hoe kom je bij de hulp waar je echt wat aan hebt? Mensen gaan naar de huisarts en die verwijst door. Ze gaan niet naar het sociaal wijkteam en helemaal niet naar de gemeente. Niet naar het Wmo-loket of naar cliëntondersteuning. Dus werk met de genade mee en zorg dat de huisarts ondersteuners om zich heen heeft.

(Ieder(in)) vindt het raar dat alles zo verknipt en gescheiden wordt. Over ouderenzorg en dementiezorg komen allerlei Kamerbrieven en initiatieven naar buiten. Die gaan dan over het fluïde maken van samenwerking tussen stelsels, domeinen, Zorgverzekeringswet en Wmo. Tussen ziekenhuiszorg en thuiszorg. Maar al die dingen zijn ook ontzettend belangrijk voor mensen met een beperking. Waarom wordt dat gescheiden? De samenwerkingsvragen zijn exact hetzelfde, ook al heb je misschien wat andere wetten nodig. Ouderen en mensen met dementie gaan in eerste instantie naar de huisarts. Die moet ze dan verwijzen naar de casemanager. De (VNG) merkt op dat de huisarts niet altijd bereid is om samen met de gemeente te bekijken of opvoedingsondersteuning op zijn plaats is, in plaats van jeugdzorg. De huisarts kan zoeken naar andere vormen van ondersteuning. Het lijkt erop dat de decentralisatie is ingezet omdat de gemeente toegang heeft tot corporatie, afspraken, schuldhulpverlening etc. De gemeente kan kijken naar mensen in zijn geheel. Die kan proberen de doorzettingsmacht te organiseren. Decentralisatie gebeurt vanuit een zorgperspectief. De gemeente wordt opgedragen om er vooral voor te zorgen dat er continuïteit van zorg is. Daarvoor hebben de gemeenten heel goed gezorgd. Er is vrijwel niemand tussen wal en schip gevallen. Het gesprek dat aan deze tafel wordt gevoerd gaat over wat de gemeenten in de zorg zouden moeten doen, terwijl de decentralisatie in de kern ging over de breedte. De zorg moest dichter bij de samenleving

komen. Dat is tragisch. De ratio achter de decentralisatie wordt uit het oog verloren, waarmee de toegevoegde waarde van de gemeenten verdwijnt.

In het ontwerp van de Wmo, voegt (Ieder(in)) toe, zitten allemaal procesborgen die van groot belang zijn voor de organisaties van ouderen of mensen met een beperking. Zo wordt samenspraak geborgd, dat je een eigen plan mag hebben, cliëntondersteuning, dat er goed onderzoek moet worden gedaan. Maar als je die dingen alleen via de rechter kan afdwingen, kom je in een sfeer van wantrouwen. Ieder(in) lukt het niet meer om mensen voor de camera te krijgen om hun verhaal te vertellen. Ze zijn bang dat er dan repercussies zouden komen van hun gemeente. Maar hoe verklaar je dan dat uit de vele onderzoeken naar cliënttevredenheid gemeenten steeds boven de zeven scoren? vraagt de (VNG). (Alzheimer Nederland) vult aan dat probleem vaak is dat mensen de weg naar de gemeente niet weten te vinden. En dat zie je niet terug in tevredenheidscijfers.

Door (VWS) wordt aandacht gevraagd voor het 'pars pro toto-syndroom'. Wat is groot, wat klein, wat los je stelselmatig op, wat in de praktijk en wat zit daartussen? Naar zijn indruk gaat het in een groot deel van de zorg goed en steeds beter. Toch zijn er groepen die het op de manier waarop het is georganiseerd niet redden. Er is in de zorg, de ondersteuning en het voortraject sprake van een collectieve 'bijziendheid' wat betreft de breedte van het werkterrein. Men heeft een taak en doet die zo goed mogelijk. Maar de overdracht naar het andere domein zou ook onderdeel van deze taak, plicht of verantwoordelijkheid moeten zijn. Dat is in de praktijk niet zo; er zitten gaten in. Collectief weet men wel degelijk dat het eigenlijk anders georganiseerd zou moeten worden. Iedereen voor zich doet het goed, maar samen niet goed genoeg. Een voorbeeld is de behoefte aan nieuwe vormen van wonen en zorg.

VWS kreeg in het afgelopen jaar 250 complexe casussen binnen die meestal met de verantwoordelijke partijen tot een oplossing gebracht konden worden. Niet altijd lukt het. Je kunt die zaken professioneel oplossen; misschien wel nooit via een stelsel omdat de casuïstiek te complex is. Je kunt ook de bestuurders en managers in het land bij elkaar zetten. VWS heeft op dertien plekken in het land het Merkbaar Beter Thuis-traject gedaan. Daarbij waren steeds veel mensen aanwezig, in totaal bijna duizend. Bestuurders en professionals moeten hun eigen belang overstijgen en aan de slag gaan. Goede voorbeelden wijzen daarbij de weg, zoals de casemanager dementie. Die zorgt niet alleen voor, maar ook dát dingen georganiseerd worden. Wordt de huidige cultuur in het stelsel niet te veel gestimuleerd? In de Wmo is het vrij open georganiseerd, in de Zvw wat scherper afgebakend en nog scherper in de Wlz. Er moet ruimte gevonden worden, zodat een Wlz-uitvoerder mee gaat doen met de gemeente. Hij kan daardoor ook investeren in het sociaal domein. Natuurlijk moet de gemeente dan niet minder gaan investeren, want er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Hierover heeft VWS vorig jaar een brief gestuurd.

(ZN) ziet interessante ontwikkelingen op dat punt. Er gebeuren op de grensvlakken van de wetten ook veel goede dingen. Systemen en wetgeving zijn belangrijk om ervoor te zorgen dat iedereen in gelijke mate toegang krijgt tot hetgeen wat ook nodig is. Er zijn vijf onderling schurende zorgwetten. Een kern van het probleem zit erin dat men in het brede terrein van de zorg drie inkopers heeft die met vijf verschillende wetten te maken hebben. Stelselwijzigingen zijn niet de oplossing, want daarmee ontstaan weer nieuwe problemen. De zorgvragen van mensen staan nooit op zichzelf. Het gaat om levensproblematiek, wonen, werk, vechtscheidingen etc. Daarvoor kan niet één instantie, zoals het Rijk of de gemeente, verantwoordelijk gemaakt worden. Het is de kunst elkaar op te zoeken op de raakvlakken. De schotten moeten raakvlakken worden waar mensen elkaar ontmoeten. Daar moet ruimte gecreëerd worden om dingen te doen, rekening houdend met het feit dat de verschillende spelers daar ook verschillende verantwoordingslijnen hebben. Achteraf uitmaken welke partij de zorg moest betalen kan daarom lastig zijn. De NZa zegt dat er niet betaald mag worden als het onrechtmatig is.

Maar er kan ruimte gecreëerd worden door afspraken te maken met de NZa. Samenwerking vindt ook plaats in Amsterdam, waar de gemeente samenwerkt met Zilveren Kruis. Stel dat je meer budgetten bij elkaar voegt, zoals dat van zorgkantoor, de zorgverzekeraar en dat van de gemeente. Dat kan dan besteed worden aan preventie of kwetsbare ouderen of misschien ggz. Op die manier gaat wel Zvw-geld, opgebracht door het betalen van premies, naar andere doelen dan afgesproken. Daarover moeten afspraken worden gemaakt, want het mag niet van de NZa. Begonnen kan worden met onderwerpen als kwetsbare ouderen of preventie via twee of drie proeftuinen en drie partijen. VWS vraagt steeds weer om best practices en goede voorbeelden van zorgverzekeraars of gemeenten. Het idee is dan om die landelijk uit te rollen. Maar dat gaat altijd mis, omdat het op die manier niet werkt. Als je een best practice overal wilt toepassen, moet het een systeem worden met knelpunten. Beter is het om aan te moedigen wat er gebeurt, en uit te breiden waar het kan, ieder op zijn eigen plek. Maar de burger die bij de ombudsman aanklopt, woont op een plek waar dit nog niet gebeurt en merkt er dus niets van. Daardoor ontstaat het beeld dat de burger er niets van merkt. Dat valt in werkelijkheid mee. Op veel punten is men op de goede weg. Als men meer wil, moet er over grenzen heen gestapt worden, vanuit de acceptatie dat er grenzen zijn aan wat de verschillende spelers in hun verantwoordelijkheid kunnen doen. Nadere aanvulling van (Alzheimer Nederland) is dat Alzheimer Nederland hier anders over denkt. Bijvoorbeeld het gebruik van de casemanager dementie is nog ver onder de maat. Daar is echt geen sprake van een uitzondering op de regel.

In de reactie op het idee van het overbruggingsbudget staat dat er voorbeelden zijn van waar het goed gaat, merkt de (RVS) op. Je krijgt dan wel iets raars. Op plekken waar men met veel transactiekosten en investeringen tot samenwerking komt, wordt dit als argument gebruikt tegen het instellen van dat overbruggingsbudget. Dat is jammer. Zo'n overbruggingsbudget brengt in beeld waar het onduidelijk is wie het moet financieren. Daarmee komt in beeld dat er initiatieven zijn waar iedereen baat bij heeft, maar die nu niet gefinancierd kunnen worden. Het is dus een hulpmiddel om te leren. Zoals (VWS) zegt, kan er inderdaad veel. Maar tegen de klippen op. Een overbruggingsbudget maakt het makkelijker om die initiatieven te doen. Je moet, merkt (VWS) op, naar een situatie die je dankzij het systeem voor elkaar hebt gekregen. Op de rotondes van de ondersteunende zorg komen de partijen en de ingewikkelde vraagstukken samen, en je wilt dat mensen de goede afslag nemen. Op die rotondes moeten partijen gestimuleerd worden om samen te werken. Een voorbeeld daarvan zijn de experimentele verpleeghuizen. Vaak kan men dingen gewoon zelf regelen in een gemeente, of bij een instantie. Achteraf wordt bekeken wie het bed voor iemand gaat betalen. Een grensvlak is maaltijdondersteuning. Verzekeraars hebben gezegd dat zij zullen betalen op voorwaarde dat de gemeente een indicatie doet. Daarna wordt bepaald of het gemeentelijk- of verzekeringsdomein betreft. Ieder(in) merkt dat men vanuit een situatie die thuis escaleert snel 'omhoog denkt' naar passende zorg. Ieder(in) wil graag de andere kant op denken. Dat betekent met zijn allen geld in de pot stoppen opdat iemand thuis kan blijven, of op school, of aan het werk. Dan kunnen de partners blijven werken, worden de kinderen opgevangen zodat iemand kan mantelzorgen. De expertise moet niet naar de duurdere zorg toe, maar naar de mensen, de betrokkenen. In Denemarken komt het woord 'health' niet voor in het sociaal domein. Het heet ook geen 'zorg'. Maar het is wel zorg, zoals thuiszorg, of sociaalpsychiatrische verpleegkundigen, of gezinszorg, of revalidatie. Al die dingen worden thuis gegeven. 'Health' is iets van het ministerie, de regio of de artsen. Al het andere is 'sociaal domein'.

Dit is een prachtig gesprek waar de ombudsman veel van leert. Maar hij heeft het eerder gehoord, toen dit rapport geschreven werd. Iedereen was het twee jaar geleden aan deze tafel eens over de casus van Bas: eerst doen, daarna pas praten over geld en verdelen. Is er in die twee jaar nog iets nieuws gebeurd? In 80% van de gevallen gaat het goed. Dat betekent dat het voor een op de vijf Nederlanders níet goed gaat! De burgers vertellen de ombudsman nog steeds dezelfde verhalen.

(Gemeente Pijnacker) vertelt dat een buurgemeente van Pijnacker de manier van werken kopieerde, maar dan met een praktijkondersteuningsbureau. En dan werkt het niet! De praktijkondersteuners van Pijnacker komen uit de kernteams. Dan wordt het kind in het gezin integraal behandeld. Men moet dus wel de essentie weten te vinden als een idee gekopieerd wordt. Een voorbeeld van waar wel vooruitgang is geboekt, is wat er is gedaan met de aanbeveling in rapport Borg de zorg over de verbetering van zorgvuldigheid bij plaatsing in gesloten setting, merkt (Alzheimer Nederland). Dat rapport maakte dat CIZ direct bij Alzheimer Nederland langskwam. Men vroeg om hulp. Hoe kon het beter? Hoe kon men de gesprekken met mensen met dementie over dit onderwerp verbeteren? Indicatiestellers van CIZ worden door Alzheimer Nederland getraind in de omgang met mensen met dementie. Overigens blijkt uit recent onderzoek dat 40% nog geen indicatie heeft, terwijl de omgeving denkt dat dit wel zou moeten.
Ook (gemeente Amersfoort) ziet dat er van alles in gang gezet wordt, ook al is het met vallen en opstaan en op kleine schaal. De beweging sluit wel aan op de bedoeling van de transformatie. Het gaat om maatwerk leveren, professionaliteit in zijn kracht zetten. Alle initiatieven tonen dat er wel degelijk een veranderslag gaande is. Het is alleen te zeer een optelsom van pilots en probeersels. Het is allemaal nog te veel vrijblijvend. Er kan nog meer gestuurd worden. Zoals (ZN) zei, moet er financieel ingezet worden op de ruimte in de raakvlakken. Er moet niet gekeken worden naar je eigen hokje, maar naar de oplossing voor een geval.
De rol van de ombudsman, merkt de (RVS) op, is normstellend. Na die norm moet je kijken naar de wijze waarop dingen veranderen. De rol van de ombudsman is niet die van organisatieadviseur of het uitzetten van veranderingsstrategieën. Er moet een afweging worden gemaakt tussen leren van kleine pilots en het idee van een overbruggingsbudget. Maar wie maakt die? Hetzelfde geldt voor het organiseren van de regie tussen verschillende instanties. Het is niet duidelijk wie dat doet. Daar zit de grootste veranderpotentie. Er zijn veel mooie initiatieven voor een investering met betrekking tot de mismatch tussen individu en systeem, maar wie betaalt dat? Er dient iemand te zijn die nadenkt over de wijze waarop veranderingen in het sociaal domein georganiseerd moeten worden. Hulpmiddelen zijn het kanariepietje in de kolenmijn, merkt (Ieder(in)) op. Er zijn veel complexe hulpmiddelen waarvoor alle zorgwetten en het sociaal domein nodig zijn. Er blijkt bereidheid te zijn tot samenwerking. Die bereidheid is dus gewonnen. (Gemeente Pijnacker) vertelt dat men de aanschaf van hulpmiddelen in Pijnacker gedeeltelijk zelf wil gaan regelen, in plaats van alle Europese aanbestedingen. De gemeente gaat zelf de scootmobielen inkopen. Ze zijn dat nu aan het uitwerken. (VWS) gelooft niet in een systeemwijziging als oplossing voor de complexiteit. Die kan alleen met professionals opgelost worden, of met de bestuurders en organisaties eromheen. Maar kan hij iemand ergens op aanspreken? VWS kan dingen mogelijk maken, maar zonder samenwerking lukt het niet. Of kan hij toch iets doen vanuit het Haagse, of vanuit het stelsel? Als hij verantwoordelijk moet zijn, wil hij weten waar het precies om gaat en wat hem gevraagd wordt te doen: wat is het, waar staat het, is het een oplossing, een opschaling of een aanpassingsprobleem?

Er is een brief geschreven, merkt (Per Saldo) op, over de langere looptijden voor indicaties en beschikkingen, die door sommige gemeenten goed opgepakt is. Niet door alle. Per Saldo krijgt dan weer de vraag van VWS of die lange looptijden werkelijk een knelpunt zijn. Dat moet je dan weer bewijzen vanuit meldingen die binnenkomen. Dat kost veel tijd. Je ziet nog steeds indicaties van drie maanden. Gecombineerd wonen en zorg, dus beschermd wonen, duurt niet kort maar lang. Niet voor niets worden dingen knelpunten genoemd. Je moet elkaar daarin ondersteunen. Wat zouden de oplossingen kunnen zijn en hoe kan je die bereiken? Per Saldo is gelukkig nu in overleg met de VNG. In het gesprek tussen patiënten, gehandicaptenorganisaties en de VNG probeert men woorden als ‘participatiesamenleving’, ‘zelfredzaamheid’, ‘beleidsvrijheid’, ‘eigen regie’, ‘normaliseren’, of ‘medicaliseren’ werkelijk te snappen. Die woorden spelen een belangrijke rol in wetgeving, regelingen etc. (Ieder(in)) merkt daarbij dat de misverstanden om te huilen zijn. Burgers worden afgewezen vanwege beleid om te ‘normaliseren’. Maar alle partijen bedoelen totaal iets anders met ‘normaliseren’! Voor alle 355

gemeenten hetzelfde begrip hebben van die termen, zoals de wetgever ze heeft bedoeld, ben je misschien tien jaar verder.

De (VNG) haakt in dat eigenlijk de gemeenten vroegen om een bepaalde invulling van die termen, terwijl ze in de wet op een heel andere manier terecht zijn gekomen. De metafoor van de 'keukentafel' werd in 2009 bedacht. Het was bedoeld als een echte metafoor, niet als een instrument. Het stond ervoor dat de lokale overheid dichter bij de mensen komt om maatwerk te kunnen leveren. Nadat de wet aangenomen was, merkte ze dat iemand een protocol voor de 'keukentafel' had geschreven. ZN merkt op dat het zo ver ging dat men in de Tweede Kamer zei dat de zorgverzekeraar eigenlijk ook aan de keukentafel zou moeten plaatsnemen. Daar moeten de meeste mensen niet aan denken!

De ombudsman vraagt hoe bestuurders kunnen realiseren wat iedereen aan deze tafel verstandig vindt.

Het gaat erom hoe je de toegang organiseert, merkt (VWS) op. Het is open geformuleerd bij de jeugdhulp. Maar waar zit de afbakening? Wat zijn de basistaken? Die discussie komt op gang, omdat je onderscheid moet maken tussen wat echt nodig is en wat een beetje minder nodig. Als je te veel doet voor iets wat minder nodig is, gaat dat ten koste van andere zaken. De (VNG) wijst erop dat het maatwerk niet alleen naar de burger toe geldt. Het geldt ook naar de gemeenten. Je moet steeds weer zoeken naar de lokale opgave. Verschil maken moet daarbij het uitgangspunt zijn. Maar het is voor mensen met een beperking heel moeilijk te verteren dat zij in gelijke gevallen heel verschillend behandeld worden, merkt (leder(in)) op. Hoe kan je je recht begrijpen? Het mag lokaal fluctueren, maar het mag niet zo zijn dat iemand in Flevopolder een rolstoel geweigerd wordt, terwijl hij die in Kerkrade wel zou krijgen. Het 'hoe' mag lokaal fluctueren, maar het 'wat' niet. De (VNG) wijst erop dat binnen de Zvw er verzekerde rechten voor iedereen bestaan, waarbij gelijke gevallen gelijk behandeld worden. Maar ook is er een overheid die verschil mag maken. Een gemeente mag kiezen voor een hoger voorzieningenniveau dan elders. Misschien ten koste van de aanleg van grote bruggen. (leder(in)) vraagt of mensen met een beperking in sommige gemeenten, zonder hoog voorzieningenniveau, dan maar moeten verhuizen. In Rotterdam, met een andere sociaaleconomische status van de kinderen, zie je veel meer kinderen met een licht verstandelijke beperking in de gevangenis of in de jeugdcriminaliteit. In Utrecht zijn er evenveel kinderen met een licht verstandelijke beperking, maar daar doet men veel grotere uitgaven in de jeugdzorg, voor precies diezelfde kinderen. Dat is een nare discrepantie die je alleen kunt oplossen als je gaat kijken in de eigen gemeente. Je moet die kinderen met een lage sociaaleconomische status al treffen bij het consultatiebureau. In de gevangenis is het al te laat.

De ombudsman vraagt de aanwezigen wat zij tot slot nog kwijt willen.

(Per Saldo) zou het heel fijn vinden om meer zicht te hebben op wat onder gebruikelijke en niet gebruikelijke zorg wordt verstaan bij gemeenten. Er zijn gigantische verschillen tussen gemeenten. Zij zou graag op een hoger niveau een uitleg van de wet willen zien. Het moet duidelijk zijn hoe het binnen gemeenten geregeld moet zijn. Er moet een soort basis zijn. Er zijn gemeenten waar het wettelijk kader niet wordt gehanteerd. Dat mag niet zo zijn. Om je recht te krijgen zou je niet naar de rechter moeten hoeven gaan. (Per Saldo) benadrukt dat de toegang goed geregeld moet zijn. Ze moeten toegang krijgen tot de benodigde zorg. Er verscheen recent een rapport over suïcide onder jongeren. Al die jongeren zaten in jeugdhulp en zagen geen andere uitweg dan suïcide. Dit soort jongeren behoort tot de achterban van Per Saldo.

(Alzheimer Nederland) deelt de ongerustheid van de ombudsman. In de afgelopen twee jaar zijn weliswaar dingen gebeurd, maar niet op de schaal die genoeg is om het gestegen aantal mensen met dementie thuis beter te helpen. (leder(in)) vestigt de aandacht op de preventie in onze maatschappij, als het gaat over leefstijl. Men werkt aan de eerste rookvrije generatie. Haar opdracht is de eerste inclusieve generatie te maken. Met als motto dat het zo vroeg mogelijk en zo dichtbij mensen thuis mogelijk ondersteunen, naast participatie, de beste preventie is voor zwaardere zorg.

(ZN) merkt op dat het hier over het sociaal domein gaat en over zorg. Het lijkt alsof dat hetzelfde domein is. Maar zorg gaat het sociaal domein te buiten. De eigenheid van die twee domeinen moet onderkend worden. De winst sinds de decentralisatie is dat zorgverzekeraars en gemeenten, die voorheen niets van elkaar begrepen, tot meer onderling begrip zijn gekomen. Ze vinden elkaar beter. De decentralisatie is gekomen vanuit de gedachte van zorg op maat. Gemeenten zijn daartoe beter in staat dan het Rijk. Ze hebben elkaar goed weten te vinden in de samenwerkingsagenda. Er moet gezocht worden naar nieuwe wegen, zoals het samenvoegen van budgetten binnen de huidige mogelijkheden. Zonder ingewikkelde wetswijzigingen. (gemeente Amersfoort) merkt op dat er erg veel gebeurd is. Hij hoopt dat de ombudsman verder gaat met opjutten hiervan in plaats van wat er is, af te straffen. Veel problemen berusten op miscommunicatie. Er moet ruimte komen om lokaal met de verschillende invalshoeken maatwerk te kunnen leveren. En in ieder geval moet een aantal perverse prikkels dat nu is ingebouwd, uit het systeem gehaald worden.

Sluiting

Deelnemers kunnen toevoegingen nog aan de ombudsman sturen. Zij krijgen het verslag van deze bijeenkomst voorgelegd met de mogelijkheid correcties aan te brengen. De ombudsman dankt iedereen voor zijn komst en sluit de bijeenkomst.

5 Overzicht programma's en actieplannen VWS

Tijdens het rondetafelgesprek liet het ministerie van VWS weten dat toegang tot goede zorg en ondersteuning een belangrijk onderwerp is in het beleid en dat hiertoe meerdere programma zijn gestart. Deze programma's hebben volgens VWS alle tot doel om de uitvoering, bezien vanuit het perspectief van de cliënt die op zorg en ondersteuning is aangewezen, merkbaar te verbeteren. Daarbij staat niet het wettelijk stelsel centraal noch de verantwoordelijkheidsverdeling of de belangen van diverse organisaties, maar de vraag hoe gezamenlijk adequaat tegemoet kan worden gekomen aan de gerechtvaardigde behoefte van mensen aan die passende zorg en ondersteuning. Hieronder een greep uit de programma's en actieplannen die (op initiatief van) VWS zijn ontwikkeld.

Actieplan casemanagement Dementie
Omdat zorgen over het casemanagement dementie in Nederland breed werden gedeeld, zowel wat betreft de beschikbaarheid ervan als de sterk wisselende invulling, bleek er behoefte aan een actieplan voor casemanagement dementie. Dit actieplan moet ervoor zorgen dat casemanagement beschikbaar is en blijft voor eenieder die dat nodig heeft.

Programma De juiste zorg op de juiste plek
Rapport van de Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. Met dit rapport wil de Taskforce een ontwikkeling stimuleren en verbreden. De essentie van de Juiste zorg op de juiste plek is: Het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichter bij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health).

Programma Eén tegen eenzaamheid
In dit programma wordt aandacht gegeven aan de eenzaamheid van ouderen. Dit gebeurt via twee actielijnen, het signaleren en bespreekbaar maken van eenzaamheid en het doorbreken en duurzaam aanpakken van eenzaamheid. Met veel partijen in het land (een landelijke coalitie en coalities op lokaal niveau) wordt samengewerkt om oplossingen te vinden en mensen te helpen. Het programma wordt ondersteund door een wetenschappelijke adviescommissie.

Programma Zorg voor de Jeugd
Dit programma investeert via het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd, naar aanleiding van complexe zorgvragen in de kwalitatieve doorontwikkeling van de expertteams, het vergroten van de bekendheid en vindbaarheid van de expertteams en het versterken van hun doorzettingsmacht. Het hoofddoel van dit programma is de jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering merkbaar en meetbaar beter te maken voor kinderen, jongeren en gezinnen, zodat ze op tijd passende hulp ontvangen.

Programma (Ont)regel de zorg
Het ministerie van VWS heeft samen met de zorgsector het actieplan (Ont)regel de Zorg opgesteld met als doel dat zorgverleners minder regeldruk ervaren. Gezamenlijk schrappen ze onnodige regels en stimuleren en ondersteunen ze organisaties om hier ook in de eigen organisatie mee aan de slag te gaan.

Cliëntervaringsonderzoek (CEO)
Samen met gemeenten werkt het ministerie van VWS aan de doorontwikkeling van het Cliëntervaringsonderzoek. Gemeenten gaan ervaringen van cliënten na om zo hun dienstverlening te kunnen verbeteren. Toegang, kwaliteit en effectiviteit maken onderdeel uit van het CEO.

Programma Langer thuis
Het programma Langer Thuis heeft als doel ouderen in hun eigen omgeving zelfstandig oud te kunnen laten worden, met een goede kwaliteit van leven. Het programma richt zich op ondersteuning en zorg thuis, mantelzorgers en vrijwilligers zorg en welzijn, en wonen.

Landelijke aanjager respijtzorg
Eén van de onderdelen van het programma Langer Thuis was de aanstelling van de aanjager respijtzorg. Zij kreeg als opdracht te bevorderen dat meer mantelzorgers gebruik zouden maken van respijtzorg om overbelasting te voorkomen en liet bij vier gemeenten praktijkinterventies uitvoeren. Op 31 januari 2020 verscheen haar rapport 'aanjager respijtzorg'.

Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen
Ook werd een commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen aangesteld om de vraag te beantwoorden wat er nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden. Op 30 juni 2020 werd het definitieve REISadvies Oud en Zelfstandig in 2030 uitgebracht. Onder meer wordt er door de commissie gepleit voor vereenvoudiging van het zorgstelsel en voor samenwerking waar mogelijk, omdat de commissie ervan overtuigd is dat dit zowel tegemoet komt aan de behoefte aan regie bij ouderen, als aan de behoefte aan overzicht en duidelijkheid bij familie, mantelzorgers, vrijwilligers en professionals. De reactie van VWS hierop komt ná het zomerreces 2020.

Programma volwaardig leven
Met het programma Volwaardig leven probeert het ministerie van VWS de zorg voor mensen met een beperking en een zeer complexe zorgvraag te verbeteren. Deze groep loopt vaak vast in het systeem, kan geen goede plek vinden en moet vaak verhuizen van zorglocatie. Dat vindt VWS zorgwekkend, want deze instabiliteit zorgt vaak voor een verslechtering van de situatie. Maatregelen zijn daarom hard nodig, zo bleek ook uit de voortgangsrapportage.

Aanpak Onafhankelijke cliëntondersteuning
In de Kamerbrief van 20 juni 2019 informeerde de minister de kamer over de voortgang van de implementatie van de aanpak cliëntondersteuning. Er zijn sinds 2018 veel initiatieven gestart om de functie cliëntondersteuning beter bekend te maken en de toegang te verbeteren.
Als onderdeel van één van de actielijnen binnen het programma Volwaardig leven, zijn vijf pilots uitgevoerd waarin een groep van 450 cliënten en naasten twee jaar gekoppeld zijn aan een gespecialiseerde cliëntondersteuner. Ook wordt verder ingezet op het Koplopertraject, waarin een grote groep gemeenten intensief aan de slag gaat om goed lokaal beleid te maken met betrekking tot de functie cliëntondersteuning. Vanaf 20 januari 2020 is er een landelijke campagne gestart om cliëntondersteuning in de Wlz en Wmo meer bekend en beter vindbaar maken. In de Kamerbrief van 23 december 2019 geeft de minister aan dat een domeinoverstijgende en bredere toegang tot cliëntondersteuning noodzakelijk is.

Interdepartementaal programma Maatwerk Multiprobleemhuishoudens
In dit onderzoek is breed gekeken naar de problematiek en hulpbehoefte van deze gezinnen. De opdracht voor dit onderzoek was: verken een regeling, wet of voorziening met het doel de lokale professional (sociaal werkers) een mogelijkheid (of meerdere) te bieden om inwoners met complexe sociale en urgente problematiek, beter en eerder te kunnen helpen over domeinen heen. Een overbruggingsbudget om in een beginfase goede hulp te kunnen organiseren, maakte deel uit van het onderzoek. Op 22 mei 2019 is de eindrapportage verschenen.

Project Merkbaar beter thuis
In de Kamerbrief van 2 september 2019 reageerde de minister op de evaluatie van de hervorming langdurige zorg (HLZ) die door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) is uitgevoerd. De minister liet weten dat naar aanleiding van de evaluatie er regiobijeenkomsten Merkbaar beter thuis werden georganiseerd. In deze bijeenkomsten verkenden het ministerie van VWS en gemeenten samen met diverse partijen de mogelijkheden om de uitvoeringspraktijk van de zorg en ondersteuning thuis te verbeteren. Partijen die deelnamen aan deze bijeenkomsten waren bestuurders en medewerkers (professionals) van gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren, CIZ en (vertegenwoordigers van) cliënten. Na 12 regiobijeenkomsten vonden er nog acht verdiepende bijeenkomsten plaats. In maart 2020 bracht het project Merkbaar beter thuis zijn eindrapportage uit.

Verbeteragenda lokale toegang Wmo
De VNG stelt een verbeteragenda voor de lokale uitvoering van de Wmo op. Gemeenten werken hierbij aan een meer integrale toegang voor burgers. Een belangrijk onderdeel voor verbeteringen op de korte termijn is de looptijd van gemeentelijke beschikkingen.

Actieplan hulpmiddelen
Het ministerie van VWS, producenten, leveranciers, cliëntorganisaties, gemeenten, zorgkantoren en -verzekeraars hebben samen een actieplan hulpmiddelen opgesteld met als doel de toekenning en verstrekking van (Wmo-)hulpmiddelen duurzaam te verbeteren. Het normenkader maakt deel uit van dit actieplan en bevat normen voor bijvoorbeeld de toegangsprocedure, leveringstijden na aanvraag/beschikking en uitgangspunten voor communicatie.

Verbeteragenda Wmo-hulpmiddelen
Op 1 juni 2020 is door VNG het project Verbeteragenda Wmo-hulpmiddelen gestart, dat tot doel heeft het normenkader en het actieplan bij gemeenten onder de aandacht te brengen, de actiepunten nader uit te werken en in de praktijk te realiseren.

Verkenning domeinoverstijgende samenwerking en de Contourennota
Tot slot liet het ministerie van VWS weten dat de programma's die zijn gestart, oplossingen zoeken voor vraagstukken binnen de huidige stelsels. Het is echter duidelijk dat dit niet altijd kan. De stelsels staan soms adequate samenwerking in de weg. In de Kamerbrief van 23 december 2019 beschrijft de minister onder meer dat samenwerking nodig is tussen gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars, zodat er domeinoverstijgend gewerkt kan worden. Demografische, geografische en maatschappelijke ontwikkelingen maken echter dat een verdergaande visie op het stelsel nodig is. In het najaar sturen de bewindspersonen van VWS daarom een Contourennota naar de Tweede Kamer met een visie op de toekomst voor het hele zorgstelsel.

Nationale ombudsman
Postbus 93122
2509 AC Den Haag

Telefoon (070) 356 35 63
nationaleombudsman.nl

Rapportnr: 2020/031 is een uitgave van
de Nationale ombudsman, september 2020