

Inbreng PvdA-fractie Wet Langdurige Zorg, 25 november 2014.
Woordvoerder: Marleen Barth

Embargo tot moment van uitspreken, alleen gesproken woord geldt!

Voorzitter,

Het debat over de Wet Langdurige Zorg vindt in deze Kamer plaats terwijl de maatschappelijke discussie over de kwaliteit van met name de ouderenzorg in volle hevigheid plaats vindt. Het is goed dat die discussie er is. Met de komst van de WLZ is de langdurige zorg straks uitsluitend nog toegankelijk voor mensen die blijvend 24 uur per etmaal op zorg zijn aangewezen. Dat zijn kwetsbare mensen, die in een rijk en solidair land als Nederland moeten kunnen vertrouwen op goede zorg. Voor onze fractie is een belangrijke vraag bij de beoordeling van dit wetsvoorstel of de kwaliteit van de zorg er voor cliënten beter van zal worden. Alleen als het antwoord 'ja' luidt, verdient deze wet onze steun. Ik kom daar straks op terug.

De staatssecretaris werkt nu al twee jaar met grote inzet en betrokkenheid aan de hervorming van de langdurige zorg. Hij slaagt er in noodzakelijke veranderingen tot stand te brengen, met brede steun van en draagvlak onder tal van betrokken partijen. Ook de schriftelijke vragen die over de WLZ door deze Kamer zijn gesteld zijn weer snel en goed beantwoord. Voor al dat werk verdient de staatssecretaris onze grote waardering.

De WLZ is het wettelijk sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg, die eerder met de Jeugdwet, de WMO 2015 en de aanpassing van het Besluit Zorgverzekering zijn beslag heeft gekregen. Met de nieuwe organisatie van de langdurige zorg beoogt het kabinet drie doelen: het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning, het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving en het versterken van de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg.

Het zijn doelen die we als PvdA-fractie zonder meer kunnen onderschrijven. De kwaliteit van de langdurige zorg kan en moet beter. Betrokkenheid van de samenleving is belangrijk om de solidariteit in ons zorgstelsel verder te ontwikkelen. En het versterken van de financiële houdbaarheid is noodzakelijk om de zorg überhaupt overeind te houden. Als de zorg onbetaalbaar en onbeheersbaar wordt, zijn de meest kwetsbare mensen als eerste de dupe. Als PvdA staan we er pal voor dat het nooit zo ver komt.

De kosten voor de langdurige zorg zijn de afgelopen decennia pijlsnel gestegen. Groeipercentages tussen de 8 en 11 procent per jaar bij betrokken sectoren waren geen uitzondering. Dat tempo is niet vol te houden, zeker niet nu de economie al een aantal jaren niet of nauwelijks groeit. Het kabinet zet er op in dat de zorg mee zal blijven groeien met de demografische ontwikkeling. Dat is terecht en noodzakelijk om kwaliteit te behouden, ook als rond 2030 de vergrijzing op zijn hoogtepunt zal zijn. Maar een hoger groeipercentage zal de solidariteit tussen jong en oud, gezond en ziek, rijk en arm, te veel onder druk gaan zetten. Zorg moet, net als andere onderdelen van de collectieve sector, zuinig en zinnig zijn. Alleen dan zal de bereidheid van mensen om bij te dragen aan collectieve voorzieningen overeind blijven.

Tegelijkertijd ligt er een stevige opgave om de kwaliteit van de langdurige zorg met name in de instellingen voor ouderenzorg te verbeteren. Er zijn de laatste jaren grote inspanningen geleverd om de intramurale kwaliteit te verbeteren. Overal zijn een- en tweepersoonskamers gecreëerd, om de privacy van mensen te vergroten. Er wordt veel meer aandacht besteed aan de omgeving en er is geïnvesteerd in zinvolle dagbesteding. Verzorgenden werken met veel inzet en betrokkenheid.

En toch is dat niet genoeg. We komen dan ook van ver: nog niet zo heel lang geleden kenden instellingen een ziekenhuis-achtige omgeving waarin mensen geacht werden een groot deel van hun dagen in bed door te brengen. Helaas moeten we constateren dat lang niet alle instellingen de –snelle- ontwikkelingen rond hedendaagse inzichten over goede zorg, en de maatschappelijke opdrachten die bij hen belanden, kunnen bijhouden. Zo bleek voor de zomer uit onderzoek van branchevereniging Actiz dat een substantieel deel van de gebouwen in de ouderenzorg zwaar verouderd is; te grootschalig, slecht geïsoleerd, te kleine kamers, te krappe liften, anonieme of ronduit deprimerende architectuur. De Inspectie voor Gezondheidszorg concludeerde in juni dat de kwaliteit en het opleidingsniveau van medewerkers in –opnieuw- de ouderenzorg veel te weinig aansluit bij de zorgbehoefte van de bewoners.

Die zorgbehoefte neemt in de gehele intramurale langdurige zorg toe. Dat heeft alles te maken met de maatschappelijke trend die we al sinds begin jaren '80 van de vorige eeuw zien, dat mensen met een beperking het liefst in hun eigen huis en omgeving blijven wonen. Of hun beperking nou ontstaat door een lichamelijke beperking, een verstandelijke handicap, een zware psychische stoornis of hoge ouderdom: mensen houden het liefst hun eigen keuzes in hun leven zoveel mogelijk overeind.

Dat is een positieve ontwikkeling, maar ze zorgt wel voor een sterke verdichting van problemen en zorgbehoefte in de instellingen. Voor de medewerkers daar is er geen adempauze meer bij cliënten die best nog veel zelf kunnen. Het onderscheid tussen verpleeghuis en verzorgingshuis vervaagt met de dag. Het is van het grootste belang dat alle instellingen hier nu rekening mee gaan houden. De intramurale langdurige zorg verdient met recht het predikaat “intensive care”. Voor we daar zijn, hebben we nog een lange weg te gaan, dat beseffen we heel goed. Tegelijkertijd verdient de verbetering van de kwaliteit van de langdurige zorg grote urgentie en ambitie.

Wij horen graag, hoe de staatssecretaris daar tegenaan kijkt? En is hij bereid, nu zijn taak om nieuwe wetgeving te ontwikkelen er bijna op zit, om al zijn energie, bestuurlijke intelligentie en creativiteit hier voor in te zetten, en een agenda voor verbetering van de kwaliteit van de zorg te maken? We zien nu op allerlei plekken al instellingen die er wel in slagen om goede kwaliteit te leveren. Die pareltjes moeten de norm worden, is de staatssecretaris dat met ons eens?

Wij zien een aantal thema's die wij in zo'n agenda in elk geval benoemd zouden willen zien. Bovenaan staat het tot stand brengen van de zo noodzakelijke cultuuromslag in de langdurige zorg: van aanbod naar vraag, van groep naar individu, van beheersen naar verzorgen. Bij veel betrokkenen is de knop al om, maar

nog lang niet bij iedereen; zie het uitstekende interview met Rudi Westendorp, hoogleraar ouderengeneeskunde in Leiden, van zaterdag in de NRC.

Om die omslag te realiseren, volgt direct de noodzaak om iets te doen aan de opleiding van de medewerkers, zowel qua inhoud als niveau. Bij- en nascholing van huidige verzorgenden, maar ook het aantrekken van nieuw hoger opgeleid personeel is noodzakelijk om de kwaliteit een impuls te geven.

Dat is niet noodzakelijk een kwestie van meer geld. In de Memorie van Toelichting stelt de staatssecretaris vast dat de tarieven in de care kennelijk hoog zijn. In de Memorie van Antwoord toont hij hoe hoog de resultaten zijn die er al gedurende een reeks van jaren in de sectoren worden behaald. Die financiële ruimte moet wat ons betreft ingezet worden om de kwaliteit van zorg en het opleidingsniveau van medewerkers te verbeteren. Zorggeld hoort niet op de bank te staan, maar we hebben begrepen dat banken wel absurde eisen stellen aan de solvabiliteit van instellingen. Neemt de staatssecretaris dat ook waar? En zo ja, wat wil en kan hij daar tegen doen? Dood geld hoort niet in de publieke sector, zeker niet in de zorg, zeker niet in de langdurige zorg, waar de overheid risicodragers is.

Maar ook de O&O-fondsen in de sectoren zitten goed bij kas. Die gelden zouden actiever ingezet kunnen worden, bijvoorbeeld voor scholing. Is het niet mogelijk om die middelen bijvoorbeeld ook te gebruiken om vervanging te regelen als een medewerker op cursus is? Is de staatssecretaris bereid om met de sociale partners te gaan overleggen over de inzet van O&O-gelden? Voor bonden en werkgevers zou verbeteren van kwaliteit van zorg voor cliënten toch ook topprioriteit moeten zijn.

Een andere verbetering die niet meer kan wachten is die van gebouwen. Het is maar zeer de vraag of de grootschalige, op ziekenhuizen lijkende gebouwen, zoals die tot diep in de 20^e eeuw voor de langdurige zorg werden neergezet, nog wel voldoen aan de zorgvraag anno 2014 en verder. Kleinschalige organisaties, gevestigd in gebouwen met een warme, huiselijke uitstraling, dat gun je iedereen die is aangewezen op intramurale langdurige zorg. Bijkomend voordeel is dat zulke organisaties ook af kunnen met minder managementlagen en overhead. We vragen de staatssecretaris: wat kan hij doen om er voor te zorgen dat dit de norm wordt? We hebben begrepen dat de staatssecretaris bij het meten van kwaliteitsverbetering vooral de opvatting van de cliënt in beeld wil hebben. Daar zijn wij het van harte mee eens. Maar, zo vragen we, wil hij daarbij ook de opvatting van de naasten van een cliënt meenemen? Zij vormen immers heel vaak de brug tussen een cliënt en een zorgaanbieder, en kennen de cliënt beter dan wie ook.

Terug naar het wetsvoorstel dat wij vandaag hier bespreken. Sinds de AWBZ in 1968 tot stand kwam, is er aan het wettelijk kader van de langdurige zorg niets wezenlijk meer veranderd. Wat de PvdA-fractie betreft is het hoog tijd dat dat wel gebeurt. Toen vonden we het met zijn allen nog vanzelfsprekend dat individuen zich moesten aanpassen aan het collectief. Niet de vraag naar, maar het aanbod van zorg stond centraal. Dit past niet meer bij onze geïndividualiseerde samenleving vol mondige burgers. Ook mensen die langdurig op zorg aangewezen zijn, of hun naasten die de verantwoordelijkheid dragen als mensen dat zelf niet lukt, willen zorg die bij hen past. Die hen zoveel mogelijk in staat stelt hun leven in te richten zoals zij wenselijk en passend vinden.

Dat betekent dat zelfs voor de doelgroep van de WLZ een leven in een instelling niet standaard de eerste of de meest voor hand liggende keuze is. De WLZ biedt daar alle ruimte voor, met de keus tussen zorg in natura, een PGB, een VPT of een MPT. De zeggenschap van cliënten over hun leven wordt zo zichtbaar vergroot, en alleen dat al vergroot de kwaliteit van de zorg en hun leven. De cliënt kan zelf kiezen, het aanbod past zich aan. Die vrijheid voor de cliënt betekent een forse prikkel voor elke zorgaanbieder, klein of groot, om de wensen van mensen centraal te zetten, en dat is een forse impuls voor verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod.

Een tweede verbetering van de kwaliteit in de WLZ zit in het wettelijk borgen van de rechten van mensen. Het pakket van de WLZ ligt vast in de wet zelf, en kan alleen met parlementaire goedkeuring gewijzigd worden. Dat versterkt de rechtszekerheid van cliënten. Hetzelfde geldt voor de bepaling dat een afgegeven indicatie in beginsel voor het leven geldt. Daarmee raken cliënten verlost van het huidige circus van herindicaties. Ook het feit dat de zorgprofielen veel meer flexibiliteit zullen kennen dan de huidige ZZP's, brengt met zich mee dat herindicering bij verslechtering of verbetering van de gezondheid van een cliënt niet direct noodzakelijk is. Dat geeft veel meer rust en zekerheid, en dat is voor cliënten pure winst.

Ten derde worden de rechten van cliënten in de WLZ versterkt door het wettelijk verankeren van het werken met een zorgplan, het recht op cliëntondersteuning en de medezeggenschap van cliënten op het beleid van de WLZ-uitvoerder.

Tenslotte opent een experimenteerartikel de ruimte om innovaties in de zorg alle ruimte te geven. Als nieuwe mogelijkheden ontstaan, of nieuwe wetenschappelijke inzichten over goede zorg, dan is er ruimte om daar in de praktijk meteen mee aan de slag te gaan. Ook dat is een belangrijke stap vooruit voor de kwaliteit van de zorg.

Al deze zonder meer positieve elementen van de WLZ nemen niet weg dat wij nog een aantal vragen hebben die we vandaag graag aan de staatssecretaris willen voorleggen. De belangrijkste betreft de organisatie waarmee de wet straks zal worden uitgevoerd. Die is grotendeels overgenomen van de AWBZ. Is dat vooral gedaan om de implementatie van de WLZ zo soepel mogelijk te doen verlopen, zo vragen we de staatssecretaris, of is hij er werkelijk van overtuigd dat dit de beste en meest doelmatige manier van organiseren is?

Een belangrijke vraag die we daarbij graag beantwoord willen hebben, is of de cultuuromslag die de WLZ moet betekenen wel snel tot stand gaat komen als in de organisatie van de langdurige zorg alles zo'n beetje bij het oude blijft? En, als we zien wat een waslijst van organisaties een deel van de uitvoering op zich gaat nemen: CAK, CIZ, SVB, WLZ-uitvoerder, Zorgkantoor, ZIN, dan bekruipt ons de overtuiging dat dit slimmer en doelmatiger moet kunnen. De AWBZ staat bekend als een monstroom van bureaucratie, een nieuwe wet is toch een buitenkans om daar vanaf te komen. Heeft de staatssecretaris de overtuiging dat het zo slim en slank genoeg is? Of is er ruimte voor verdergaande verbetering?

Ook moeten we vaststellen dat bij veel cliëntenorganisaties zorgen leven over het evenwicht tussen kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing dat in de WLZ gebouwd zit. Geen misverstand: wij zijn er niet van overtuigd dat betere zorg per definitie

duurdere zorg betekent. Maar we zien bij een aantal partijen weinig vertrouwen in met name de zorgkantoren en de WLZ-uitvoerders, ergo de zorgverzekeraars. Velen zijn er van overtuigd dat bij hen het pleit per definitie in het voordeel van kostenbeheersing zal worden beslecht. Bijvoorbeeld Per Saldo en het Landelijk Platform GGZ hebben ons hierop gewezen. Cliënten met een indicatie voor meerzorg maken zich grote zorgen over de vertaling die het zorgkantoor gaat geven aan het maatwerkprofiel. Het kan toch niet zo zijn dat positieve resultaten die mantelzorgers met veel inzet in zorg weten te bereiken, door zorgkantoren worden aangewend om te leveren zorg naar beneden bij te stellen? Om maar een voorbeeld te noemen.

Dit moeizame vertrouwen zou natuurlijk eerst en vooral een signaal voor zorgverzekeraars zelf moeten zijn. Wij begrijpen heel goed dat de taak van de zorgverzekeraar geen eenvoudige is, en klachten over onbegrip en bureaucratie kunnen ook ontstaan als zorg op terechte gronden niet wordt vergoed of toegekend. Er zijn soms grote verschillen per verzekeraar en soms zelfs per onderdeel van een verzekeraar. Maar we horen teveel verhalen over spread sheet management en machteloosheid bij mantelzorgers, en vinden dat de zorgverzekeraars zich dat zouden moeten aantrekken. Wat vindt de staatssecretaris hiervan? Hij krijgt meer instrumenten om in te grijpen bij zorgkantoren als de kwaliteit niet goed is, zal hij dat ook voortvarend doen? Wat kan hij doen om het vertrouwen van burgers en partijen in elkaar te vergroten?

Meest kritisch is onze fractie over de aanpassing van de WLZ in de eerste Nota van Wijziging, waarin is vast gelegd dat chronische, intramurale GGZ-patiënten na drie jaar worden overgeheveld van de Zorgverzekeringswet naar de WLZ. Dat vindt onze fractie eerlijk gezegd een onbegrijpelijke stap, die dwars in gaat tegen de hedendaagse medische inzichten dat niemand in de GGZ ooit als zijnde uitbehandeld hoeft, of liever gezegd hoort, te worden opgegeven.

De overstap van driekwart van de GGZ-behandelingen in 2008 van de AWBZ naar de ZVW was een belangrijke stap in de normalisering van de GGZ; een signaal dat psychische ziektes gewone ziektes zijn, net zo gewoon als diabetes of een hartaanval, met nota bene een hoger genezingspercentage dan in de somatische zorg. Dat ook de langdurige intramurale GGZ met de komst van de WLZ, zoals afgesproken in het regeerakkoord, volledig zou overgaan naar de ZVW, zou de voltooiing van dat proces geweest zijn. Het is een gemiste kans dat het nu niet gebeurt.

Dat de grens verlegd wordt van 1 jaar naar 3 jaar, dat vinden ook wij winst. We zien dat de staatssecretaris over deze aanpassing overeenstemming heeft bereikt met het veld. Maar hier in de Eerste Kamer horen wij ook ten principale en inhoudelijk naar een wet te kijken. Vanuit dat oogpunt is dit een te betreuren keus, een stap terug in de emancipatie van de GGZ en het wegnemen van het stigma op psychische ziektes. Het ZIN gaat een onderzoek doen naar de mogelijkheid om op inhoudelijke gronden vast te leggen hoe voor GGZ-patiënten toegang tot de WLZ geregeld zou kunnen worden, omdat ook de staatssecretaris de drie jaar-grens arbitrair vindt. Wij zijn er van overtuigd dat die medisch-inhoudelijke criteria niet te vinden zijn. Daarvoor bestaat er teveel verschil tussen mensen onderling in het verloop van hun ziekte. Daarom vragen we de staatssecretaris vandaag: is dit het nu? Of ziet hij nog ruimte om de komende jaren alsnog stappen te zetten richting een volledige overheveling

van de GGZ naar de ZVW, bijvoorbeeld als het onderzoek van ZIN inderdaad niks werkbaars oplevert?

Een laatste punt van zorg bij onze fractie gaat over een thema dat annex is aan de WLZ: het moderniseren van het wettelijk kader van dwang en drang in de langdurige zorg. Er is nu te veel onduidelijkheid over regels en grenzen, bleek onlangs nog uit een onderzoek gepresenteerd in dagblad Trouw. Er is wat ons betreft alle reden om met meer urgentie het ontwikkelen van passende wetgeving rond dwang en drang op te pakken. De wet Zorg en Dwang ligt hier in onze Kamer. Maar de relatie en afstemming met de Wet Verplichte GGZ, waar we als Senaat om gevraagd hebben, is een belangrijke en zeer terechte vraag. De Wet VGGZ, als broodnodige opvolger van de BOPZ, laat ondertussen nu al ruim zes (!) jaar op zich wachten.

Wij vragen de staatssecretaris of zijn ministerie hier wel voldoende prioriteit aan geeft? Het is niet goed als er verschillende, van elkaar afwijkende wettelijke regels voor dwang in verschillende sectoren gelden. Met de verdichting van zorgbehoefte bij cliënten in de intramurale langdurige zorg neemt ook de multi-problematiek toe. Met het vaker en langer thuis wonen ontstaat grote behoefte aan heldere wettelijke kaders over dwang en drang bij mensen thuis. Wij kunnen het als wetgever met zijn allen niet maken om cliënten, hun mantelzorgers en professionals op te zadelen met onnodige vragen over welk wettelijk kader in welk geval vigeert en vaagheden over wat mag en wat kan. Wanneer komt er helderheid?

Ik rond af. Aan het begin van mijn betoog heb ik aangegeven dat voor ons als PvdA-fractie bij de beoordeling van de WLZ voorop staat de vraag of de kwaliteit van de zorg met deze wet zal verbeteren. Alles afwegende komen we tot de conclusie dat het antwoord op die vraag zonder meer positief is. De samenleving is sinds 1968 ingrijpend veranderd, en de zorg verandert mee. Het is daarom goed dat na 46 jaar AWBZ er een Wet Langdurige Zorg komt die de zeggenschap van mensen over hun zorg en hun leven als vanzelfsprekend uitgangspunt neemt.

Tegelijkertijd stellen we vast dat deze wet wel een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde is om de kwaliteit van de langdurige zorg overal op orde te brengen. Als wij als Eerste Kamer voor deze wet stemmen, is dat het slot van de parlementaire behandeling van de grote hervorming van de langdurige zorg. Maar wat de PvdA-fractie betreft, vormt dat juist het begin van het tot stand brengen van broodnodige praktische verbetering en verandering. De staatssecretaris is nog lang niet uitgeregeerd, want zijn grootste klus begint vanaf 1 januari. Wij wensen hem daarbij veel sterkte en succes.