Een verkenning van de in- en doorstroom van ouderen in de langdurige zorg

Inzicht in het verloop van de in- en doorstroom, de ervaren knelpunten door zorgkantoren hierin en aanbevelingen om deze knelpunten op te lossen.

versie 29 november 2022

Samenvatting

Voor cliënten die steeds intensievere zorg en ondersteuning nodig hebben, is er als laatste stap in de keten binnen het Nederlandse zorgstelsel, zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Zorgkantoren hebben daarbij een belangrijke rol. Op basis van hun zorgplicht moeten zij voor alle cliënten met een Wlz-indicatie in hun regio('s) waarborgen dat tijdig passende zorg beschikbaar is. Zorg die zoveel mogelijk aansluit bij de wensen en voorkeuren van de cliënten. In de huidige context met een groeiende, vaak ook complexer wordende zorgvraag van cliënten, een toenemende schaarste op de arbeidsmarkt en het voornemen van de regering om de capaciteit aan verpleeghuisplekken niet mee te laten groeien met de vraag, is dit een lastige opdracht. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontvangt regelmatig signalen over situaties waarin het tijdig organiseren van passende zorg binnen de Wlz ingewikkeld blijkt, waarbij het niet zonder meer duidelijk is of de ervaren knelpunten incidenten of structurele problemen zijn. Tegelijkertijd merken we dat het moeilijk is om een overzicht te krijgen van de zorgpaden die cliënten doorlopen voordat zij passende Wlz-zorg ontvangen.

Doel van dit verkennende onderzoek is dan ook om een beter beeld te krijgen van hoe de instroom van cliënten naar passende zorg binnen de Wlz verloopt. Wat gebeurt er zodra een cliënt aangewezen is op Wlz-zorg? Van welke zorgvormen maken cliënten gebruik voordat zij Wlz-zorg afnemen en hoe verloopt de overgang vanuit de diverse zorgdomeinen naar de Wlz? Voor een eerste inzicht hierin hebben we ons gebaseerd op de cijfers en uitkomsten uit de Monitor Ouderenzorg Trendanalyses deel 2 en gesprekken die wij voerden met alle Wlz-uitvoerders met een zorgkantoorfunctie. Hoewel de cijfers betrekking hebben op het jaar 2019, zijn in de gesprekken wel actuele ontwikkelingen aan bod gekomen.

Conclusie

De verkenning heeft een eerste beeld opgeleverd en tegelijkertijd ook veel aanknopingspunten voor vervolgstappen. Wat ons het meest opvalt, is dat ruim de helft van de cliënten rechtstreeks vanuit de thuissituatie wordt opgenomen in een Wlz-instelling, maar dat er daarnaast ook een aanzienlijke instroom in de intramurale Wlz is via 'zijpaden' en via 'versnelde opnames'. Bij die laatste stroom verloopt het proces *niet* zo dat cliënten die opgenomen willen of moeten worden, eerst een indicatie krijgen voor Wlz-zorg, daarop thuis wachten met zo nodig en indien gewenst Wlz-zorg thuis, om vervolgens te verhuizen naar een zorglocatie die aansluit bij hun voorkeur. Bijna de helft van de cliënten wordt echter pas opgenomen in een intramurale Wlz-instelling na eerst een ziekenhuisopname te hebben meegemaakt (al dan niet gevolgd door een geriatrisch revalidatietraject of een eerstelijnsverblijf opname), of moet urgent worden geplaatst vanuit een (dreigende) crisissituatie thuis. We vermoeden dat veel van deze ouderen nog niet (lang) beschikken over een Wlz-indicatie en daarmee nog niet in beeld waren van het zorgkantoor en/of een voorkeursaanbieder binnen de Wlz. We vragen ons af of dit een gewenste situatie is, met het oog op de nadelen die hieraan verbonden kunnen zijn voor de betreffende cliënten, andere cliënten en doelmatige invulling van het wachtlijstbeheer en de zorgtoewijzing.

Verder zien we dat zorgkantoren aangeven dat zij, via hun wachtlijstbeheer en afspraken met zorgaanbieders hierover, monitoren of de thuissituatie van Wlz-cliënten in overeenstemming blijft met wat verantwoord is gelet op hun zorgbehoefte en tevens nog aansluit bij hun voorkeur. Waar we nog geen goed beeld van hebben, is op welke wijze invulling wordt gegeven aan de Wlz-zorg thuis, zowel waar die dient als overbruggingszorg als in situaties waar cliënten hiervoor hebben gekozen als leveringsvorm. In hoeverre lukt het al met Wlz-zorg thuis cliënten langer thuis te laten wonen en wat zijn de mogelijkheden en beperkingen daarvan? Gelet op het uitgangspunt in het regeringsbeleid dat ook mensen die langdurig intensieve zorg nodig hebben zo lang mogelijk thuis blijven wonen, is het van groot belang dat zorgkantoren goed monitoren en kenbaar maken in hoeverre de (Wlz-)zorg thuis (al)

voldoende passend kan worden ingevuld om de situatie (voor cliënt en mantelzorger) verantwoord te houden.

Aanbevelingen en vervolgstappen
Ons beeld is nog niet volledig. Zorgkantoren bevestigen dat zij vanuit hun domein geen volledig zicht kunnen krijgen op hoe ouderen instromen in de Wlz en wat de achtergrond hiervan is. Wij gaan er wel vanuit dat zorgkantoren, op basis van de informatie waarover zij wel (kunnen) beschikken, het beeld nog verder kunnen aanvullen. Deels, omdat zij al over meer inzicht beschikken dan is aangedragen binnen de context van dit onderzoek, maar daarvoor zullen ook aanvullende analyses nodig zijn. Naast de regiobeelden waaraan momenteel landelijk wordt gewerkt, gaan we ervan uit dat ook de dashboards die sommige zorgkantoren ontwikkelen op basis van hun (nieuwe) wachtlijstbeheer hieraan een belangrijke bijdrage kunnen leveren.

Nadere analyses en onderzoek zijn gewenst om vast te stellen of onze vermoedens en de ervaringen van zorgkantoren daadwerkelijk overeenkomen met de algemene praktijk. Er zijn verschillende thema's waarvan wij in ieder geval vinden dat meer inzicht wenselijk is om het signaleren en aanpakken van knelpunten door zorgkantoren, waar nodig samen met andere stakeholders binnen de regio, te bevorderen. Dit inzicht dient vervolgens ook als input voor regelgevende en beleidsbepalende instanties om te bepalen hoe de uitdagingen waar de ouderenzorg voor staat effectief kunnen worden aangepakt. Belangrijke thema's zijn bijvoorbeeld de aard en omvang van de zij-instroom, de mate van urgentie van die zij-instroom, de invulling van Wlz-zorg thuis en in hoeverre het in praktijk al mogelijk blijkt Wlz-cliënten langer thuis te laten wonen. Ook is het van belang verder te verkennen wat de verschillen tussen de domeinen wat betreft zorginhoud en randvoorwaarden zijn en de mogelijkheden om cliënten domeinoverstijgend te kunnen ondersteunen.

Op basis van de inzichten van deze verkenning doen we verschillende aanbevelingen gericht aan zorgkantoren, maar ook aan regelgevende en beleidsbepalende instanties, omdat hiervoor bijvoorbeeld ook een domeinoverstijgende aanpak noodzakelijk is. Daarnaast vinden wij het van belang dat betrokken partijen nagaan op welke wijze (toekomstige) Wlz-cliënten goed geïnformeerd kunnen worden over de mogelijkheden van Wlz-zorg en tevens aan verwachtingsmanagement gedaan kan worden. Bijvoorbeeld over in hoeverre het naar verwachting mogelijk is om binnen een redelijke termijn passende zorg te krijgen, thuis of elders op een locatie van voorkeur. Met de uitkomsten van dit onderzoek gaan we in gesprek met de zorgkantoren en overige betrokken partijen om de vervolgstappen te bepalen. Wij zullen de inzichten uit deze verkenning ook gebruiken als input voor ons risicogestuurd toezicht op de zorgkantoren.

Inhoud

1. Inleiding	**6**
1.1 Aanleiding en doel verkennend onderzoek	7
1.2 Invalshoek en beoogd resultaat onderzoek	7
1.3 Onderzoeksmethode	8
1.3.1. Eerste verkenning op basis uitkomsten Monitor Ouderenzorg	8
1.3.2. Gesprekken met de zorgkantoren	8
1.3.3. Kenmerken gebruikte data en specifieke analyses	9
1.4 Reikwijdte onderzoek	10
1.5 Leeswijzer	11
2. Rol zorgkantoren bij de instroom, in de context van regelgeving, beleid en toezichtkaders	**12**
2.1 De reis van ouderen door de zorg: het zorgtredenmodel	13
2.2 Regelgeving en beleid rond de instroom in de Wlz	14
2.2.1 Wettelijke context Wlz-zorg	14
2.2.2 Beleidscontext en demografische ontwikkelingen	16
2.3 Toezichtkaders invulling zorgplicht zorgkantoren	17
2.3.1 Doelenschema en Normenkader Wlz-uitvoerders	17
2.3.2 Handvatten duiding zorgplicht zorgkantoren	18
2.4 Zorgplicht zorgkantoren binnen context regelgeving, beleid en toezichtkaders Wlz	19
2.4.1 Uitdagingen waar zorgkantoren voor staan	19
2.4.2 Verwachtingen met oog voor de context	20
3. Verkenning van de praktijk	**22**
3.1 Meest voorkomende zorgpaden naar Wlz-intramuraal	23
3.2 Inzicht zorgkantoren in overgang naar het Wlz-domein	25
3.3 Inzicht zorgkantoren in ‘routes zonder zijpaden’	28
3.3.1 Zonder zijpaden van Wlz-zorg thuis naar Wlz-intramuraal	29
3.3.2 Zonder tussenstap in de Wlz vanuit Zvw/wijkverpleging naar Wlz-intramuraal	33
3.4 Inzicht zorgkantoren in zijpaden en versnelde opnames	34
3.4.1 Algemene inzichten in ‘zijpaden’	34

3.4.2 Versnelde opnames vanuit crisissituatie of na zijpad 35
3.4.3 ‘Zijpad’ via ziekenhuis, vaak met grz 36
3.4.4 Zijpad via crisisopname Wlz of elv als laatste stap 38
3.5 Samenvattend beeld van bevindingen in dit hoofdstuk 42

4. Knelpunten in de instroom van ouderen in de (intramurale) langdurige zorg 43
4.1 Knelpunten rond de overgang naar de Wlz 44
4.1.1 Domeingrenzen en verschillen tussen de domeinen 44
4.1.2 Keuze-ondersteuning voor (toekomstige) cliënten 46
4.1.3 Individuele dilemma’s rond de overstap 47
4.2 Knelpunten rond Wlz-zorg thuis en wachttijd tot opname 48
4.3 Knelpunten in relatie tot ‘zijpaden’ en ‘versnelde opnames’ 48

5. Conclusies, aanbevelingen en vervolgacties 51
5.1 Conclusies over het verloop van de instroom 52
5.2 Aanbevelingen over knelpunten die nadere aandacht en acties vragen 52
5.2.1 Aanbevelingen aan de zorgkantoren 53
5.2.2 Aanbevelingen aan regelgevende en beleidsbepalende instanties 54
5.3 Vervolgacties NZa 55
Bijlage I Begrippenlijst 56

1. Inleiding

In deze rapportage leest u de uitkomsten van een verkennend onderzoek van de NZa over hoe de reis van ouderen verloopt naar passende zorg in de (intramurale) langdurige zorg. Dit doen we op basis van de Monitor Ouderenzorg en de inzichten die zorgkantoren daaraan toevoegden.

1.1 Aanleiding en doel verkennend onderzoek

Vanaf het moment dat mensen intensieve zorg nodig hebben, zoals die is geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz), moeten stappen worden gezet om hen die zorg daadwerkelijk te bieden. Zorgkantoren hebben daarbij een belangrijke rol. Zij moeten, op basis van hun zorgplicht, voor alle cliënten met een Wlz-indicatie in hun regio('s) waarborgen dat tijdig passende zorg beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de wensen en voorkeuren van de cliënten. In de huidige context met een groeiende, vaak ook complexer wordende zorgvraag en een toenemende schaarste op de arbeids- en woningmarkt is dit een lastige opdracht.

Wlz-zorg is binnen het zorglandschap de laatste stap in de keten van steeds intensievere zorg en ondersteuning. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontvangt regelmatig signalen over situaties waarin het tijdig vinden van passende zorg binnen de Wlz ingewikkeld is. Het zijn signalen die worden afgegeven door (vertegenwoordigers van) cliënten, maar ook door zorgkantoren. Daarbij merken we dat het op basis van alleen de casuïstiek, lastig is om te zien of sprake is van incidenten of structurele problemen. Op een meer overkoepelend niveau lijkt een beeld van de 'routes' waarlangs cliënten binnenkomen in de Wlz en van welke zorg zij gebruik maken voordat zij passende Wlz-zorg krijgen, te ontbreken. De domeingrenzen tussen de Wlz en andere vormen van zorg en ondersteuning, zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw), maken het niet gemakkelijk zo'n overkoepelend beeld te krijgen, maar mogelijk is er ook nog weinig aandacht geweest voor deze invalshoek.

Doel van dit verkennende onderzoek is om een beter beeld te krijgen van hoe de instroom van cliënten naar een passende plek binnen de Wlz verloopt. We willen beter weten wat er gebeurt vanaf het moment dat een oudere een zodanige zorgbehoefte krijgt dat naar de Wlz moet worden gekeken voor passende zorg. Als wij in deze rapportage spreken over 'hoe de instroom in de Wlz verloopt', dan gaat het over meer dan alleen het eerste gebruik van Wlz-zorg, zoals dit bijvoorbeeld kan worden afgemeten aan declaratiedata. We willen in dit verkennende onderzoek juist ook kijken over de grenzen van het Wlz-domein en wat er voorafgaat aan het moment waarop een oudere 'zichtbaar wordt' binnen de Wlz met het ontvangen van een Wlz-indicatie. Dus ook naar de zorg die de oudere eerder kreeg vanuit andere domeinen en wat zorgkantoren aan inzichten hebben over de overgang van cliënten naar de Wlz en hun verdere stappen binnen de Wlz. Dit is ook breder dan strikt genomen valt onder de opdracht van zorgkantoren op basis van hun zorgplicht voor ouderen met een Wlz-indicatie. Het is dan ook niet onze verwachting dat we hiervan alleen op basis van dit onderzoek, dat zich primair richt op de zorgkantoren, een volledig beeld van kunnen krijgen. Wel krijgen we hiermee ook een eerste beeld van knelpunten die zich daarbij voordoen. We beschrijven wat er al aan deze knelpunten gedaan wordt om ze op te lossen, maar ook waar nog kansen liggen om verbeterpunten op te pakken.

1.2 Invalshoek en beoogd resultaat onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd vanuit het toezicht op de uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders en zorgkantoren. Binnen dit toezicht maken we gebruik van een aantal kaders waarin verwachtingen zijn opgenomen met betrekking tot de invulling van de zorgplicht door zorgkantoren. Deze kaders worden beschreven in hoofdstuk 2. Dit onderzoek heeft een verkennend karakter, het is er niet op gericht om al een oordeel uit te spreken over de wijze waarop zorgkantoren nu invulling geven aan hun zorgplicht en de resultaten die zij hiermee bereiken. Wij achten het van groter belang dat er eerst, door gezamenlijke inspanning, goed inzicht komt in de huidige situatie rond de instroom van cliënten in de Wlz en de grootste knelpunten daarbij. Met de rapportage van dit onderzoek willen we samen met zorgkantoren

vervolgstappen zetten. We richten ons dus in eerste instantie op de zorgkantoren, met het oog op hun zorgplicht voor Wlz-cliënten. Daar waar uit deze verkenning al naar voren komt dat ook de inbreng van andere partijen nodig is voor meer inzicht in en/of de aanpak van knelpunten, zullen wij ons ook tot hen richten. Daar waar deze rapportage voor zorgkantoren en anderen laat zien dat actie (dringend) gewenst is, verwachten wij dat zij hiermee aan de slag gaan. Dit is mede de reden om de resultaten van deze verkenning openbaar te maken en niet alleen te delen met zorgkantoren.

1.3 Onderzoeksmethode

Om zicht te krijgen op de instroom van cliënten in de Wlz hebben wij in dit verkennende onderzoek voornamelijk gebruik gemaakt van twee invalshoeken:

- De cijfers en uitkomsten uit de Monitor Ouderenzorg Trendanalyses deel 2;
- Gesprekken met alle Wlz-uitvoerders met een zorgkantoorfunctie.

1.3.1. Eerste verkenning op basis uitkomsten Monitor Ouderenzorg

Als start van onze verkenning hebben we gekeken naar de uitkomsten uit de Monitor Ouderenzorg Trendanalyses deel 2. In deze monitor is de ontwikkeling van het zorggebruik van ouderen (‘65-plussers’) in de Zvw en de Wlz in kaart gebracht op basis van declaratiedata.[1] Zo is onder andere gekeken naar de zorgpaden die deze ouderen hebben bewandeld voordat zij in een verpleeghuis zijn opgenomen, ofwel welke vormen van zorg zij in de periode voor de intramurale opname hebben ontvangen.

1.3.2. Gesprekken met de zorgkantoren

Mede op basis van wat we zagen in de cijfers van de monitor hebben we vervolgens gesprekken gevoerd met zeven van de negen Wlz-uitvoerders. Dit zijn de Wlz-uitvoerders die tevens een zorgkantoorfunctie hebben in één of meerdere regio’s. De Wlz-uitvoerders zijn verantwoordelijk voor de inkoop van langdurige zorg, de informatieverstrekking aan burgers, cliëntondersteuning, zorgbemiddeling, controle van declaraties en betalingsopdrachten aan het CAK. Deze taken hebben zij overgedragen aan de zorgkantoren, maar de Wlz-uitvoerder blijft hiervoor verantwoordelijk. We spreken over Wlz-uitvoerders als het over de financiële verantwoording van kosten voor de Wlz gaat of over de wettelijke taken waarvoor zij de eindverantwoordelijkheid dragen (en niet het zorgkantoor). Zodra het, zoals in deze verkenning, gaat om de uitvoering van de Wlz in de zorgkantoorregio’s (in totaal 31) dan gebruiken we de term zorgkantoren. De zorgkantoren die we hebben gesproken, zijn: CZ zorgkantoor B.V., Zorgkantoor DSW B.V., Stichting Zorgkantoor Menzis, Salland Zorgkantoor B.V., Stichting Wlz-uitvoerder Zorg en Zekerheid, VGZ Zorgkantoor B.V. en Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V. De inzichten die we hebben opgedaan op basis van deze gesprekken geven we weer op een geaggregeerd niveau. Dit, omdat het doel van het onderzoek is een algemeen beeld te krijgen van knelpunten die bestaan en eventuele verbetermogelijkheden te signaleren. Het betreft geen toezichtonderzoek waarbij een oordeel gegeven wordt over de inspanningen die individuele zorgkantoren leveren. Bevindingen zijn daarom, zo

[1] Zie voor een uitgebreide beschrijving de bijlage bij de Monitor Ouderenzorg Trendanalyses deel 2, specifiek hoofdstuk 4.3 Dataset zorgpaden. Voor gebruik van de Wmo data was alleen specifiek toestemming verleend voor de Monitor Ouderenzorg, waardoor wij deze voor dit onderzoek niet mee konden nemen.

ver als mogelijk, niet terug te herleiden naar individuele zorgkantoren. De gesprekken vonden plaats in de periode van mei tot en met juli 2022. De data uit de Monitor Ouderenzorg over zorgpaden die eindigden in een intramurale opname in de Wlz dienden hiervoor als input. Tijdens de gesprekken hebben wij de zorgkantoren gevraagd of zij de beelden uit de data herkennen, wat zij in de praktijk zien gebeuren in hun regio's en waar zij wel of juist geen zicht op hebben.

1.3.3. Kenmerken gebruikte data en specifieke analyses

De gesprekken zijn voorbereid aan de hand van de cijfers van de Monitor Ouderenzorg. De gebruikte dataset is voor de monitor samengesteld en gaat over het jaar 2019. De dataset geeft inzicht in welke zorg 65-plussers afnemen vanuit de Zvw en de Wlz in de 100 dagen voordat zij opgenomen worden in een intramurale woonvoorziening. De zorg die een oudere (achtereenvolgens of gelijktijdig) ontvangt, noemen we ook wel een zorgpad. Als aanvullende kwantitatieve input voor de gesprekken met de zorgkantoren, zijn de 90% meest voorkomende zorgpaden landelijk en per regio berekend. Dit met als doel regionale verschillen aan het licht te brengen en aan de zorgkantoren voor te leggen. De belangrijkste vragen aan de zorgkantoren hierover waren daarbij of zij het beeld van hun regio('s) herkennen en of zij dit konden verklaren.

Onder een intramurale opname wordt in de data verstaan: '*opname in een Wlz-instelling of Wlz-zorg via een volledig pakket thuis (vpt)'*. Deze definitie volgt uit het zorgtredenmodel (zie toelichting in hoofdstuk 2.1), waarbij de zesde en hoogste trede een residentiële (intramurale) opname in een verzorgings[2]- of verpleeghuis is, verzilverd als opname in een instelling of via een vpt. In de praktijk zien we dat een vpt geleverd kan worden in alle woonvormen, variërend van een echte thuissituatie, geclusterde wooninitiatieven of bijvoorbeeld een opname in een verpleeghuis waar een cliënt op locatie een woonruimte huurt. Om aan te sluiten bij de zorgpaden uit de Monitor Ouderenzorg en het zorgtredenmodel is ervoor gekozen om ook in deze rapportage zowel opname in een instelling als vpt als uitgangpunt van de zorgpaden te hanteren. Hiermee zien we in ons cijferbeeld dus niet de cliënten die eerst thuis Wlz-zorg kregen (met mogelijk voorafgaande wijkverpleging) via een vpt, en daarna intramuraal werden opgenomen. We gaan er echter vanuit dat dit geen vertekening van de totaalcijfers in de zorgpaden geeft en dat dit geen invloed heeft op ons verdere onderzoek. Hoewel het aandeel cliënten dat vpt ontvangt de afgelopen jaren is toegenomen, is het aandeel immers nog steeds aanzienlijk kleiner dan het aandeel cliënten dat in een intramurale instelling verblijft. In 2019 ontvingen 132.970 cliënten met een V&V-indicatie hun zorg intramuraal of via een vpt. Hiervan ontving een klein deel, 6,9% van de cliënten hun zorg via een vpt. We zien daarnaast dat vpt vaker wordt ingezet om in een geclusterd wooninitiatief te gaan wonen, dan zorg in de bestaande thuissituatie van de cliënt te organiseren. De clustering kan grootschalig of meer kleinschalig zijn, maar is voor de cliënt vergelijkbaar met een intramurale setting, in die zin dat het voor de cliënt eveneens een verhuizing vergt. We vatten alle situaties waarin cliënten verhuizen van hun oorspronkelijke woonsetting naar een andere verblijfssetting waar ze Wlz-zorg gaan ontvangen, samen onder het begrip 'intramurale opname', dus onafhankelijk van de schaal ervan of de financiering van het verblijf. Tijdens de gesprekken met de zorgkantoren hebben we gekeken naar alles wat er aan zorg voorafging aan die intramurale opname. Daarmee kwamen in de gesprekken dus ook cliënten aan de orde die voorafgaande aan hun opname ervoor kozen eerst (zo lang mogelijk) thuis Wlz-zorg te ontvangen.

[2] Kabinet Rutte II (2012-2017) besloot de indicaties voor verblijf licht (ZZP1-ZZP3) af te schaffen, waardoor het aantal traditionele verzorgingshuizen gestaag afnam en inmiddels bijna niet meer bestaan. Achterliggende gedachte was het stimuleren dat ouderen langer thuis kunnen wonen. Een deel van de verzorgingshuizen kreeg een herbestemming en werden omgebouwd tot kleinschalige woonvoorzieningen waarbij sprake is van gescheiden wonen en zorg.

Kenmerken gebruikte data:

- Declaratiedata van het zorggebruik van ouderen ('65-plussers') in de Zvw en de Wlz;
- Zorggebruik 65-plussers in de 100 dagen voordat zij opgenomen worden in een intramurale zorginstelling;
- Laatste stap en/of zorgpad voorafgaande aan intramurale opname;
- Vpt meegenomen in cijfers 'intramurale instelling' (Vpt en zzp samengenomen);
- Cijfers van het jaar 2019.

Voor de gesprekken met de zorgkantoren hebben wij ons gericht op de instroom vanuit zorgvormen die een oudere als laatste heeft gebruikt vóórdat diegene intramuraal wordt opgenomen. Het gaat hierbij om het aantal ouderen dat hiervan gebruik heeft gemaakt. Het zegt niets over hoe lang een oudere hiervan gebruik heeft gemaakt. Wij hebben daarbij gekeken naar de 90% meest voorkomende zorgpaden in 2019. Het was niet mogelijk om meer recente data te gebruiken, omdat in het jaar 2020 de COVID-19 pandemie uitbrak. De data van 2021 waren bij aanvang van dit onderzoek nog niet compleet. In beide gevallen zou dit een vertekend beeld van de werkelijkheid geven.

1.4 Reikwijdte onderzoek

De keuzes die we maken voor wat betreft de invalshoek en het gebruik van cijfers uit de Monitor Ouderenzorg, zoals ook beschreven in hoofdstuk 1.3, hebben invloed op de reikwijdte van dit verkennend onderzoek.

Dat we de Monitor Ouderenzorg als uitgangspunt te nemen, zorgt ervoor dat we al aan de voorkant de focus leggen op een specifieke doelgroep. Voor deze monitor zijn alleen de declaratiegegevens meegenomen voor 65-plussers. Deze doelgroep maakt vooral gebruik van zorg binnen de sector verpleging en verzorging (V&V). Dit is ook grootste sector in de totale langdurige zorg. Als deze doelgroep echter gebruik heeft gemaakt van zorg binnen de sectoren gehandicaptenzorg of de langdurige geestelijke gezondheidszorg, maakt het ook onderdeel uit van de data.
Daarnaast richten we ons in deze verkenning specifiek op de wijze van instroom van ouderen die uiteindelijk intramuraal worden opgenomen. De keuze om 'terug te kijken' vanuit deze groep is gemaakt, omdat terugredeneren vanuit de intramurale setting voor ons op dat moment de meeste mogelijkheden gaf om te onderzoeken via welke wegen cliënten intramuraal werden opgenomen, dus alle zorgstappen (binnen en buiten het Wlz-domein) voorafgaande aan die opname.
Beide afbakeningen zorgen ervoor dat de geïncludeerde groep ouderen specifieker wordt. Tegelijkertijd leidde dit wel tot concretere bespreekpunten tijdens de gesprekken met de zorgkantoren.

Om een beeld te krijgen bij de cijfers van de monitor hebben wij ons in deze verkenning gericht tot de zorgkantoren. Dit thema sluit aan bij de zorgplicht van zorgkantoren. Zij hebben een spilfunctie in het tijdig waarborgen van passende zorg voor cliënten, en hebben dit beeld dus ook zelf nodig voor hun activiteiten. De keuze om voor nu alleen met de zorgkantoren in gesprek te gaan, maakt dat andere

Reikwijdte van dit verkennende onderzoek:

- Invalshoek zorgkantoren, ervaringen en bevindingen zijn (nog) niet getoetst bij andere relevante stakeholders zoals zorgaanbieders;
- Instroom in de (intramurale) langdurige ouderenzorg (Wlz) vanuit huis of een andere zorgvorm.

perspectieven (nog) niet worden belicht. Hierbij kan gedacht worden aan zorgaanbieders, gemeenten of ouderen zelf. De (instroom in) de Wlz betreft een complex en breed thema waar in elke regio anders mee omgegaan wordt. Het is dan ook een uitdaging om alle aanpalende onderwerpen binnen dit thema zodanig met de zorgkantoren te bespreken dat het een compleet beeld oplevert. Daarom zetten we in eerste instantie in op een brede verkenning om van daaruit specifieke inzichten, risico's en knelpunten op te halen. Deze uitkomsten kunnen vervolgens leiden tot verdiepend onderzoek.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de context van regelgeving en beleid, die relevant is voor de instroom van cliënten in de (intramurale) langdurige ouderenzorg. Ook gaan we daar in op de verwachtingen over de invulling van de zorgplicht door zorgkantoren, die voortvloeien uit de kaders die wij hanteren in ons toezicht. In hoofdstuk 3 laten we zien welke inzichten die zorgkantoren met ons hebben gedeeld over hoe de instroom van cliënten in de langdurige ouderenzorg verloopt. In hoofdstuk 4 voegen we onze eigen reflecties toe aan wat zorgkantoren ons vertelden over de instroom, gaan we nader in op de knelpunten die zorgkantoren benoemden en proberen we de consequenties daarvan aan te geven voor zowel cliënten als het goed functioneren van het stelsel en de instanties die de instroom in goede banen moeten leiden. Hoofdstuk 5 vat de belangrijkste conclusies van deze verkenning samen en bevat een overzicht van de aanbevelingen. Ook geven we aan welke vervolgstappen wij na deze verkenning willen zetten.

2. Rol zorgkantoren bij de instroom, in de context van regelgeving, beleid en toezichtkaders

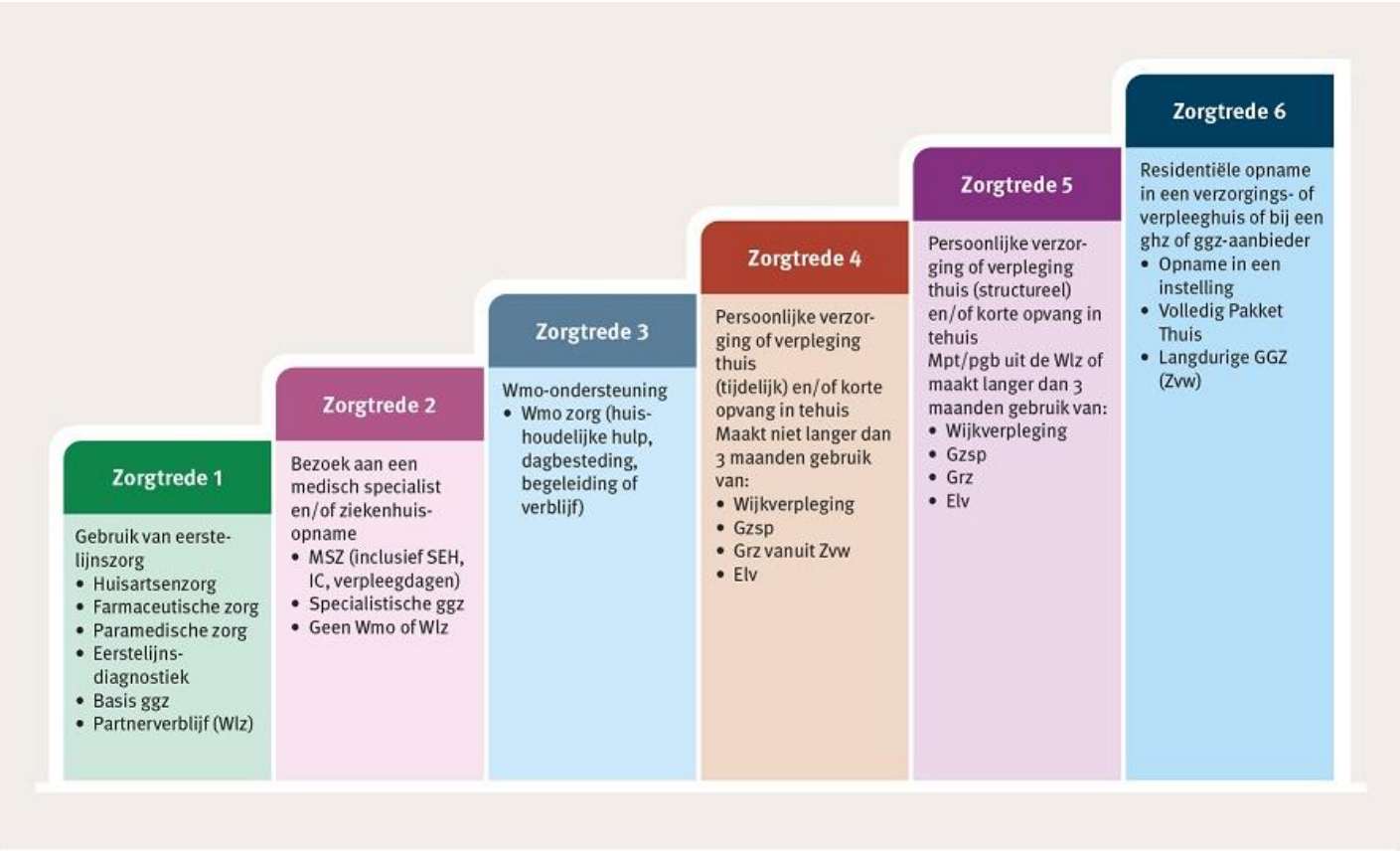
In dit hoofdstuk beschrijven wij de context van de regelgeving en beleid, die relevant is voor de instroom van cliënten in de (intramurale) langdurige ouderenzorg. Ook beschrijven we onze verwachtingen over de invulling van de zorgplicht door zorgkantoren, die voortvloeien uit de kaders die wij hanteren in ons toezicht.

Voordat we in dit hoofdstuk ingaan op de ouderenzorg binnen het domein van de Wlz, en meer specifiek de rol die zorgkantoren hebben om de in- en doorstroom van cliënten binnen de Wlz te begeleiden op basis van hun zorgplicht, staan we eerst stil bij de bredere context: de reis van ouderen door het zorglandschap, van geen zorggebruik tot aan het gebruik van zorg vanuit de Wlz.

2.1 De reis van ouderen door de zorg: het zorgtredenmodel

Met de cijfers vanuit de Monitor Ouderenzorg, die wij als uitgangspunt gebruikten voor onze verkenning, wordt vooral een blik achteruit geworpen: kijkend naar alle cliënten die (in een bepaalde periode) zijn opgenomen in een intramurale setting is nagegaan hoeveel van hen gebruik maakten van daaraan voorafgaande zorgmogelijkheden. De cliënt maakt in werkelijkheid zijn reis natuurlijk andersom. Daarbij komt zorg vanuit de Wlz pas op een bepaald moment in beeld en worden ook Wlz-cliënten, uiteindelijk niet allemaal (maar op dit moment meestal wel) in een intramurale Wlz-instelling opgenomen. Het zorgtredenmodel, dat we in deze paragraaf beschrijven, geeft een beknopt beeld van alle mogelijkheden in zorggebruik van ouderen over de hele breedte van het zorglandschap. Vanaf paragraaf 2.2 richten we ons meer specifiek op zorg vanuit de Wlz.

Figuur 1. Zorgtredemodel



Bron: Monitor Ouderenzorg Trendanalyses deel 2

In de Monitor Ouderenzorg identificeert de NZa groepen ouderen op basis van hun zorggebruik (declaratiedata). Dit wordt gedaan op basis van het zorgtredenmodel[3] (zie figuur 1). Met dit model worden ouderen in groepen ingedeeld op basis van hun vitaliteit en de mate waarin ze van zorg afhankelijk zijn. Dit model bestaat uit zes verschillende zorgtreden, waarbij zorggebruik wordt ingedeeld in treden van relatief lichte naar zware zorg en ondersteuning.

De zes zorgtreden geven op eenvoudige wijze weer op welke manier ouderen zich door het zorglandschap kunnen bewegen en van welke zorgvormen in welk zorgdomein (Wmo, Zwv of Wlz) zij gebruik kunnen maken. Daarbij geldt hoe hoger de trede, hoe intensiever en langduriger de zorgvraag is en hoe meer de patiënt of cliënt afhankelijk is van zorg. Zo zit de vitale oudere in zorgtrede 1. Deze oudere woont zelfstandig en maakt slechts af en toe gebruik van huisartsenzorg en/of gebruikt medicatie. In zorgtrede 6 bevinden zich de ouderen die opgenomen zijn in een intramurale instelling of die gebruik maken van volledig pakket thuis (vpt). Achterliggende boodschap vanuit dit zorgtredenmodel is dat we zien dat het aantal ouderen in zorgtrede 5 en 6 toeneemt. In de monitor geeft de NZa dan ook het belang aan de doorstroom van zorgtrede 1 tot aan zorgtrede 6 zo veel mogelijk te vertragen of daar waar mogelijk en gewenst instroom in de volgende zorgtrede te voorkomen.

2.2 Regelgeving en beleid rond de instroom in de Wlz

In deze paragraaf geven we eerst een beknopte beschrijving van hoe de instroom naar (intramurale) zorg vanuit de Wlz is geregeld in wet- en regelgeving. Vervolgens besteden we aandacht aan een aantal actuele beleidsontwikkelingen die van invloed zijn op de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de wet- en regelgeving, nu en op langere termijn.

2.2.1 Wettelijke context Wlz-zorg

Criterium voor zorg vanuit de Wlz is behoefte aan 24-uurs zorg in nabijheid en/of permanent toezicht

Voorafgaande aan hun instroom in het Wlz-domein kunnen ouderen gebruik maken van diverse vormen van zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en de Zvw. Het criterium om in aanmerking te komen voor Wlz-zorg is gedefinieerd als de behoefte aan 24-uurs zorg in de nabijheid van en/of permanent toezicht op de (geïndiceerde) cliënt. Als onafhankelijke instantie bepaalt het Centraal Indicatiecentrum Zorg (CIZ) of een cliënt aan dit criterium voldoet. De cliënt komt formeel bij het zorgkantoor pas in beeld na afgifte van een Wlz-indicatie.

Cliënt kan kiezen tussen leveringsvormen met en zonder verblijf

Op grond van de Wlz hebben geïndiceerde cliënten recht op verblijf in een instelling. Zij kunnen er ook voor kiezen om de geïndiceerde zorg zonder verblijf te ontvangen, via een vpt, mpt of pgb. Om gebruik te kunnen maken van de mogelijkheid van Wlz-zorg thuis (buiten een Wlz-instelling) geldt wel dat deze

[3] Het model dat de NZa in de Monitor Ouderenzorg hanteert is geïnspireerd op het zorgtredenmodel van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Het SCP heeft (in 2017) een hiërarchie van zorgtreden opgesteld bestaande uit acht zorgtreden. Omdat de NZa het zorggebruik op basis van declaratiegegevens binnen het eigen bereik in kaart brengt, heeft zij geen gegevens over informele hulp tot haar beschikking. Daarom heeft de NZa de zorgtreden van het SCP aangepast en een model samengesteld bestaande uit de zes zorgtreden.

doelmatig moet worden geleverd. De kosten van zorg buiten de instelling mogen niet hoger zijn dan bij verblijf in een instelling. Cliënten kunnen ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb) in plaats van leveringsvorm die zorg in natura biedt, mits zij 'pgb-vaardig zijn' (dit ter beoordeling van het zorgkantoor). Volgens de wet is 'zorg in een instelling' er dus altijd als mogelijkheid voor Wlz-geïndiceerden. Voor de leveringsvormen zonder verblijf kunnen zij alleen kiezen als wordt voldaan aan de voorwaarden die daarbij worden gesteld.

Cliënten houden recht op verblijf

Cliënten houden recht op verblijf, ook als zij er (in eerste instantie) voor kiezen hun aanspraak te verzilveren via vpt, mpt of pgb. Zorgkantoren hebben bij het invullen van hun zorgplicht geen gronden om verblijf te weigeren. Als er te weinig intramurale verblijfscapaciteit is en de cliënt ter overbrugging zorg via een andere leveringsvorm krijgt, blijft de cliënt op de wachtlijst voor zorg met verblijf staan en zal het zorgkantoor zich moeten inspannen om de opname mogelijk te maken. De huidige Wlz kent twee (dwingende) gronden voor een Wlz-uitvoerder/zorgkantoor om te kunnen besluiten dat de zorg niet zonder daadwerkelijk verblijf in een zorginstelling kan worden geboden. De ene reden is de al genoemde voorwaarde van niet doelmatig kunnen leveren van de zorg buiten een instelling. De andere dwingende reden is dat de zorg buiten de zorginstelling niet op verantwoorde wijze kan worden verleend. Deze wettelijke bepalingen maken dat de opname met verblijf het uitgangspunt is, waar slechts onder voorwaarden van kan worden afgeweken.

Hoe de instroom in de langdurige zorg wettelijk geregeld is

Tabel 1. Processtappen bij instroom in de langdurige zorg voorafgaand aan intramurale opname

Processtap	Toelichting
Zorg vanuit Wmo en Zvw	Een oudere kan, indien nodig, voorafgaande aan Wlz-indicatie gebruik maken van zorg en ondersteuning vanuit andere domeinen – zie het zorgtredenmodel dat is besproken in hoofdstuk 2.1.
Indicatiestelling	Beoordeling of een oudere in aanmerking komt voor zorg vanuit de Wlz gebeurt door het CIZ. De ingangsdatum van de indicatie is de datum waarop het CIZ de beslissing neemt. De inwerkingtreding kan soms worden uitgesteld, mits zorginhoudelijk onderbouwd.
Zorg vanuit Wlz is 'voorliggend'	Na het moment van ingang van de Wlz-indicatie heeft cliënt alleen nog recht op vergelijkbare zorg vanuit de Wlz (Wlz is 'voorliggend'). Er mag geen gebruik meer worden gemaakt van zorg uit andere domeinen. Dit is niet afhankelijk van of de geïndiceerde al gebruik maakt van Wlz-zorg. Uitzondering: als de Wlz-zorg wordt geleverd 'zonder behandeling', wordt de behandeling die de cliënt nodig heeft geleverd vanuit de Zvw.
Keuze leveringsvorm en aanbieder	De Wlz-indicatie geeft recht op zorg met verblijf. Cliënten kunnen kiezen voor een leveringsvorm zonder verblijf mits de Wlz-zorg daar doelmatig kan worden geleverd. Cliënten kunnen ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb) in plaats van zorg in natura, mits zij 'pgb-vaardig' zijn. Cliënt heeft keuze tussen (door het zorgkantoor gecontracteerde) zorgaanbieders.
Wachttijd	Cliënt met voorkeur voor zorg met verblijf moet deze zorg 'binnen een redelijke termijn' krijgen (Treeknormen[4]), de zorg moet passend zijn en zoveel mogelijk aansluiten bij de voorkeuren van de cliënt.
Overbruggingszorg	Cliënt heeft recht op overbruggingszorg ten laste van de Wlz zolang er nog geen passende plek beschikbaar is in een intramurale Wlz-instelling.

[4] In de afgelopen decennia komt het steeds vaker voor dat zorg niet direct geleverd kan worden op de plek waar de cliënt dat wenst. Dan ontstaat er een wachttijd. Daarom zijn er afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg, de zogeheten 'Treeknormen'. Het zorgkantoor heeft de plicht zo veel als mogelijk binnen deze normen passende zorg voor de cliënt te vinden.

Processtap	Toelichting
Wlz-zorg thuis	Ouderen die vooralsnog geen opnamewens hebben, kunnen de zorg vanuit de Wlz thuis ontvangen mits deze daar doelmatig en verantwoord kan worden geleverd. Wettelijk blijft hun aanspraak op zorg met verblijf in stand.
Crisisopname	Regeling voor crisisopnames binnen de Wlz: als de cliënt, vanwege een acute verandering in situatie, niet meer met zorg verantwoord thuis kan verblijven en sprake is van een crisissituatie (opname <24 uur noodzakelijk), dan heeft de cliënt recht op een crisisplek.

Vertaling van wetgeving naar processtappen in Voorschrift zorgtoewijzing ZN
Zorgkantoren hebben de wettelijke voorschriften vertaald naar het 'Voorschrift zorgtoewijzing'. Daarin hebben zij nader uitgewerkt welke processtappen moeten worden gevolgd nadat cliënten een Wlz-indicatie hebben ontvangen en hoe de onderlinge rolverdeling daarbij is tussen henzelf en zorgaanbieders om de instroom in goede banen te leiden.

2.2.2 Beleidscontext en demografische ontwikkelingen

De samenleving verandert in een snel tempo. Verschillende demografische en maatschappelijke ontwikkelingen zorgen ervoor dat de toegankelijkheid van de langdurige zorg in toenemende mate onder druk komt te staan. Een belangrijke ontwikkeling is de dubbele vergrijzing. Dit betekent dat enerzijds de gemiddelde leeftijd van ouderen toeneemt, anderzijds wordt het aandeel ouderen binnen de totale Nederlandse samenleving relatief gezien steeds groter. De Monitor Ouderenzorg laat zien dat er in 2019 3,3 miljoen mensen ouder dan 65 jaar waren op een totale bevolking van 17,3 miljoen. Daarbij is het aantal 65-plussers is in de periode 2015 tot en met 2019 veel harder gestegen dan de bevolkingsgroep 0-65 jaar. Deze groei zet nog geruime tijd door. Dit zorgt ervoor dat de vraag naar zorg toe blijft nemen evenals de complexiteit van de zorgvraag. Tegelijkertijd hebben we te maken met de arbeidsproblematiek. Er zijn personeelstekorten en daardoor steeds minder zorgprofessionals om de zorg te leveren. Het aanbod neemt dus af. De kloof tussen vraag en aanbod wordt de komende jaren groter.

We staan als samenleving dus voor een grote maatschappelijke opgave om te borgen dat ouderen beroep kunnen blijven doen op tijdige en passende zorg als dat noodzakelijk is, nu en in de toekomst. Hiertoe ontstaan verschillende initiatieven vanuit de regering die inzetten op veranderingen in de manier waarop we de zorg op dit moment organiseren. In het huidige Coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' (2021) is bijvoorbeeld het programma 'Wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen (WOZO) opgenomen. Het is een programma dat de beweging bevordert dat ouderen in de toekomst langer thuis kunnen blijven wonen en dat de ondersteuning en zorg zich aanpassen op de individuele voorkeur en zorgbehoefte van de oudere. Door ouderen zolang mogelijk de regie over hun eigen leven te laten houden, wordt getracht een grotere en/of zwaardere zorgvraag te voorkomen of zo veel als mogelijk te vertragen. Dit betekent dus dat de oudere, ook in het geval van een Wlz-indicatie, thuis blijft wonen totdat dit niet meer verantwoord wordt geacht. In dat laatste geval kan de cliënt in een Wlz-instelling inclusief verblijf worden opgenomen. Om dit te bewerkstelligen, is het volgens de opstellers van het WOZO belangrijk dat er op regionaal niveau meer samenwerking plaatsvindt tussen diverse partijen zoals gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars en ook over de (zorg)domeinen gekeken wordt.

Uitvoering van het WOZO-programma vraagt een bepaalde focus van zorgkantoren. Uitgangspunt voor het organiseren van zorg blijft niet meer alleen de uiteindelijke opnamewens van cliënten in een intramurale setting. Volgens de regering is het namelijk, gezien de arbeidsproblematiek, onmogelijk het

aantal verpleeghuisplekken te laten meegroeien met de vraag. Intramurale zorg blijft wel bestaan, maar het aandeel cliënten dat zorg vanuit de Wlz afneemt in de thuissituatie of naar een geclusterde woonvorm (gescheiden wonen/zorg) verhuist zal in de toekomst toenemen. De beleidslijn in het WOZO-programma staat echter deels op gespannen voet met de huidige wet- en regelgeving waar 'Wlz-verblijf' het uitgangspunt vormt. In paragraaf 2.4 gaan we nader in op wat dit betekent voor de uitvoering van de zorgplicht door zorgkantoren. In hoofdstuk 2.3 geven we eerst een nadere toelichting op de zorgplicht in het algemeen en wat we op basis daarvan verwachten van de zorgkantoren in relatie tot het onderwerp van deze verkenning.

2.3 Toezichtkaders invulling zorgplicht zorgkantoren

Zoals in de inleiding al is vermeld hebben de zorgkantoren een wettelijke zorgplicht. Die zorgplicht is een belangrijke voorwaarde in het stelsel voor langdurige zorg om te waarborgen dat de verzekerde de zorg krijgt die hij nodig heeft en waar hij recht op heeft. Wlz-uitvoerders en zorgkantoren hebben hiertoe een resultaatsverplichting. De zorgkantoren zijn voor hun regio's aangewezen, zodat de verzekerden die daar wonen tijdige en passende zorg kunnen krijgen. Vanuit de invalshoek van het onderwerp van deze verkenning voegden we daaraan hier nog uitdrukkelijk toe: *'In elke fase van hun weg van 'thuis met een Wlz-indicatie' naar een 'woon-zorginstelling binnen de Wlz'*. We lichten in deze paragraaf toe wat de zorgplicht van zorgkantoren globaal inhoudt in relatie tot de in- en doorstroom van cliënten in de Wlz, uitgaande van de bestaande kaders die we hebben geformuleerd voor het toezicht op de uitvoering van de Wlz. Achtereenvolgens gaan we in op het 'Doelenschema en Normenkader Wlz-uitvoerders' en de 'Handvatten duiding zorgplicht zorgkantoren'.

2.3.1 Doelenschema en Normenkader Wlz-uitvoerders

Voor het toezicht op de Wlz-uitvoerders en de zorgkantoren heeft de NZa een overzicht gemaakt van de doelen die met de uitvoering van de wet worden nagestreefd (het Doelenschema), met daaraan gekoppeld een Normenkader Wlz-uitvoerders waarin de verwachtingen nader zijn uitgewerkt. Deze kaders zijn een 'resultaatgerichte vertaling' van alle taken en verantwoordelijkheden die in de wet- en regelgeving zijn opgedragen aan de zorgkantoren. De zorgplicht staat daarbij centraal.

Toepassing Doelenschema en Normenkader op instroom cliënten in de (intramurale) Wlz
Toegespitst op de instroom van cliënten die uiteindelijk (intramurale) Wlz-zorg ontvangen, is het vanuit de invalshoek van het Doelenschema en het Normenkader Wlz-uitvoerders de taak van de zorgkantoren de instroom van cliënten in de Wlz zo te laten verlopen dat cliënten *in elke fase van hun weg van thuis naar een woon-zorginstelling binnen de Wlz*, tijdig passende zorg krijgen, die zo goed mogelijk aansluit bij hun wensen en voorkeuren'. Deze omschrijving omvat verschillende verwachtingen:

- De zorg moet tijdig zijn: stappen naar intensievere of zwaardere zorg worden gezet op het moment dat dit vanuit de zorgbehoefte van de cliënt nodig is, niet eerder en niet later. De dan benodigde zorg wordt tijdig geleverd.
- De zorg moet passend zijn in relatie tot de actuele zorgbehoefte van de cliënt.
- De zorg moet zo goed mogelijk aansluiten bij wensen en voorkeuren van de cliënt; hierbij gaat het bijvoorbeeld over hoe (de leveringsvorm), door wie (de zorgaanbieder of zorgverlener) en waar (de locatie waar de zorg wordt verleend).
- Zorgkantoren moeten cliënten helpen bij hun keuzeproces door hen op adequate wijze te voorzien van de benodigde informatie en ondersteuning. Cliënten moeten daarmee de mogelijkheid krijgen

om zich tijdig te oriënteren op de mogelijkheden en beperkingen van Wlz-zorg en een goede afweging kunnen maken.

2.3.2 Handvatten duiding zorgplicht zorgkantoren

Wat er precies nodig is om te bereiken dat alle verzekerden in een regio tijdig passende zorg krijgen, hangt af van de omstandigheden. Daarom is de zorgplicht grotendeels een open norm. Zorgkantoren hebben, namens de Wlz-uitvoerder(s), een eigen verantwoordelijkheid om hier invulling aan te geven. De handvatten zijn bedoeld om meer houvast te bieden bij het voldoen aan deze open norm, maar zijn nadrukkelijk niet bedoeld als de enige wijze waarop aan de zorgplicht kan worden voldaan. Zorgkantoren worden er in de handvatten nadrukkelijk toe opgeroepen om eigen afwegingen te maken, in het belang van het gewenste resultaat: tijdige toegang tot passende zorg voor verzekerden.

Als basis voor de verwachtingen voor het nakomen van de zorgplicht zijn in de handvatten duiding zorgplicht zorgkantoren de volgende terugkerende activiteiten benoemd: signaleren en anticiperen, handelen en agenderen, en monitoren en evalueren.

- Signaleren en anticiperen: het op orde hebben van het proces van het zien van risico's voor de zorgplicht. Het gaat om het achterhalen van behoeften en knelpunten in het zorgaanbod, het bepalen van mogelijke gevolgen voor verzekerden en het bedenken van manieren om dit op te lossen. Op het moment dat het zorgkantoor signaleert dat er knelpunten zijn in de uitvoering van haar zorgplicht door het zorgkantoor, verwachten wij dat het gesprek geïnitieerd wordt door de zorgkantoren met de ketenpartijen.

- Handelen en agenderen: hieronder valt onder meer het maken van afspraken met zorgaanbieders en het bemiddelen van verzekerden naar zorg. Ligt de oplossing buiten de beïnvloedingssfeer van het zorgkantoor, dan moeten zorgkantoren dit agenderen bij bijvoorbeeld de NZa, andere overheden, andere zorgorganisaties, zorgkantoren/Wlz-uitvoerders en/of gemeenten. Het aanpakken en waar mogelijk voorkomen van deze probleemsituaties, in afstemming met andere partijen, is ook onderdeel van deze activiteit.

- Monitoren en evalueren: het monitoren van afspraken met zorgaanbieders, van de resultaten van zorgbemiddeling, (oplossingen voor) probleemsituaties en het periodiek evalueren en bijsturen van de aanpak en resultaten.

Verder wijzen de handvatten op het belang van actuele en betrouwbare data. Data helpen zorgkantoren bij het signaleren van actuele en toekomstige knelpunten in de toegankelijkheid van zorg. Zorgkantoren kunnen veel informatie halen uit data die zij bijvoorbeeld in het kader van de contractering en het vergoeden van zorg ontvangen. Daarnaast is een goede informatievoorziening en data essentieel voor het goed kunnen uitvoeren van hun taak. Het gebruik van deze data en het effect van het gebruik is onderdeel van de verwachtingen die we hebben bij het (kunnen) uitvoeren van de zorgplicht.

Toepassing van de handvatten op instroom van cliënten in de (intramurale) Wlz
Voor de instroom in de Wlz is een goede invulling van signaleren en anticiperen, handelen en agenderen, monitoren en evalueren van belang. Op elk moment moet tijdig passende zorg gewaarborgd

zijn. Specifieke aandachtspunten gaan vooral over de momenten waarop cliënten te maken hebben met een overgang van hun zorg en ondersteuning tot dan toe, naar een andere invulling daarvan die beter past bij een nieuwe fase waarin de cliënt komt op basis van zijn zorgbehoefte (dit kan zich zowel tussen als binnen zorgtreden voordoen). De handvatten benadrukken verder dat zorgkantoren, als basis voor hun handelen, goed inzicht moeten hebben in hoe de instroom loopt en welke knelpunten zich daarbij voordoen.

Een belangrijke bijzonderheid als het gaat om de instroom in de Wlz is wel de beperking voor zorgkantoren dat zij formeel pas zicht hebben op cliënten vanaf het moment dat zij een Wlz-indicatie ontvangen hebben. Inzicht krijgen in knelpunten die er kunnen zijn (voor cliënten of het functioneren van het stelsel) in de fase voorafgaande aan het Wlz-domein, is daarmee lastig en kan op gespannen voet staan met het kunnen waarborgen van een goede instroom in de Wlz. Dit is ook één van de zaken (knel)punten waar we in deze verkenning meer zicht op willen krijgen. De verkenning is ook bedoeld als basis om het verdere gesprek aan te gaan met zorgkantoren over wat wij van hen meer specifiek verwachten in relatie tot een goede instroom in de Wlz.

2.4 Zorgplicht zorgkantoren binnen context regelgeving, beleid en toezichtkaders Wlz

De regelgeving, het beleid en de toezichtkaders die we hierboven hebben weergegeven, vormen de context waarbinnen zorgkantoren uitvoering moeten geven aan hun zorgplicht. We zien in die context een aantal punten die maken dat de uitvoering van de zorgplicht voor zorgkantoren momenteel een forse uitdaging is.

2.4.1 Uitdagingen waar zorgkantoren voor staan

Grenzen tussen zorgdomeinen onvoldoende eenduidig bepaald
Het Nederlands zorgstelsel in zo ingericht dat zorg wordt georganiseerd vanuit verschillende zorgdomeinen waaronder de Wmo, Zvw en Wlz met bijhorende wet- en regelgeving. In de basis bepaalt de zorgvraag van de oudere vanuit welk zorgdomein de zorg geleverd wordt. Enerzijds zijn de grenzen tussen de domeinen heel duidelijk. Op enkele uitzonderingen na, kan een cliënt niet uit twee verschillende domeinen gelijksoortige zorg geleverd krijgen. Is de grens van de zorg die in een bepaald domein geleverd kan worden bereikt, dan gaat de cliënt over naar een ander domein. Een voorbeeld hiervan is een oudere die na een ziekenhuisopname niet meer zelfstandig thuis kan blijven wonen en intramuraal moet worden opgenomen. De cliënt krijgt dan geen zorg meer vanuit de Zvw, maar vanuit de Wlz. Anderzijds komt het vaker voor, met name in gevallen dat een cliënt zorg afneemt in de thuissituatie, dat het niet meteen duidelijk is wanneer de overgang naar een ander zorgdomein plaats moet vinden. Uit een eerder onderzoek van de NZa naar de leveringsvorm vpt blijkt namelijk dat in het stadium voorafgaande aan de Wlz (Zvw en Wmo) de onderdelen die in de Wlz tot het integrale pakket behoren versnipperd zijn, waardoor zorgaanbieders onvoldoende in staat zijn om te beoordelen of aan het 24-uurs criterium wordt voldaan. Zeker in het geval van een geleidelijk intensiever wordende zorgvraag speelt dit een grote rol. De inrichting van ons zorgstelsel sluit daarmee niet aan bij het continuüm van zorg in de thuissituatie tot in de intramurale setting.

Spanning tussen regelgeving en beleid over gewenste leveringsvorm Wlz-zorg
Op dit moment is het wettelijk bepaald dat zorgkantoren dienen te waarborgen dat cliënten met een Wlz-indicatie kunnen worden opgenomen in een intramurale instelling. Dit zorgt ervoor dat de opname met

verblijf het uitgangspunt is, waar slechts onder voorwaarden door zorgkantoren van kan worden afgeweken, zie ook paragraaf 2.2.1. De werkprocessen van de zorgkantoren zijn dan ook hoofdzakelijk daarop gericht. Tegelijkertijd vraagt het huidige regeringsbeleid, zoals beschreven in paragraaf 2.2.2, van de zorgkantoren te waarborgen dat cliënten, ook als zij zijn aangewezen op zorg vanuit de Wlz, zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Hierbij ontstaat dus een spanningsveld. Het wettelijke uitgangspunt, opname met verblijf, beperkt zorgkantoren op dit moment in het optimaal kunnen sturen op en organiseren van extramurale leveringsvormen.

Achtergrond beleid is (verwachte) toename instroom in combinatie met personeelstekorten
Zoals uit de beleidscontext (paragraaf 2.2.2) al blijkt, komt de toegankelijkheid van de langdurige zorg in toenemende mate onder druk te staan. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de dubbele vergrijzing en de arbeidsproblematiek. Dit leidt de komende decennia tot een structurele stijging van de wachtlijsten. De zorgkantoren gaan dit merken tijdens de uitvoering van hun wettelijke taak om toegang tot de zorg te realiseren. De vraag ontstaat dan ook hoe realistisch het binnen deze context is te blijven verwachten dat zorgkantoren voor alle cliënten in hun regio tijdig passende zorg kunnen blijven bieden. Zorgkantoren geven nu al aan dat het hen met veel inspanning nog wel lukt om alle cliënten van zorg te voorzien, maar dat dit niet in alle gevallen tijdig of passende zorg is. Gedurende de onderzoeksperiode ontvangt de NZa ook signalen waaruit opgemaakt kan worden dat dit voor zorgkantoren steeds moeilijker wordt. Op dit moment kunnen de meest urgente situaties nog wel opgelost worden, maar er zitten al wel belemmeringen in de doorstroom, bijvoorbeeld vanuit ziekenhuizen of crisisplekken naar intramurale zorg. De vraag is of er een moment komt waarop het huidige systeem echt vastloopt, of dat er tijdig oplossingen worden gevonden die zorgkantoren helpen om de toegankelijkheid van zorg voor Wlz-cliënten te kunnen blijven waarborgen.

2.4.2 Verwachtingen met oog voor de context

Verwachtingen met oog voor de context
De NZa is in haar toezichtstaak gebonden aan de bestaande wet- en regelgeving. De normen in onze toezichtkaders zijn dan ook afgeleid van deze wet- en regelgeving. De voorgaande paragrafen schetsen een duidelijk beeld van het spanningsveld dat bestaat tussen enerzijds de wettelijke verplichtingen waar zorgkantoren aan moeten voldoen en anderzijds de veranderende beleidscontext als gevolg van de maatschappelijke ontwikkelingen. Wij zijn ons ervan bewust dat deze twee werelden niet op alle punten verenigbaar zijn. Om een wettelijke taak goed uit te kunnen voeren is het noodzakelijk dat wetgeving realistische normen bevat.

Gezien deze context vinden wij het op dit moment erg belangrijk dat zorgkantoren goed inzicht krijgen en bieden in hoe de huidige instroom in praktijk verloopt. Dit vormt de basis om invloed uit te kunnen oefenen op de eerdergenoemde uitdagingen. Het geeft zorgkantoren basis om het eigen handelen waar nodig aan te passen en het kan als input dienen voor regelgevende en beleidsbepalende instanties. Verder gaan wij er vanuit dat zorgkantoren, ook binnen de huidige context, aan hun zorgplicht blijven voldoen door zich er tot het uiterste toe in te spannen dat voor alle cliënten, op elk moment na afgifte van de Wlz-indicatie, tijdig voldoende passende zorg beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij hun voorkeuren voor een leveringsvorm en/of (gecontracteerde) zorgaanbieder. Daarnaast verwachten wij van zorgkantoren dat zij tijdig en onderbouwd signalen afgeven over situaties (wie, wat, waar, wanneer) waarin zij daartoe geen mogelijkheden meer zien.

Deze verkenning geeft al een eerste aanzet tot het bieden van inzicht in het verloop van de instroom op dit moment. Alle zorgkantoren delen hun beeld over hoe zij in praktijk zien dat de reis van ouderen

verloopt vanaf het moment dat zij instromen in de Wlz tot aan hun opname in een intramurale instelling. We halen de knelpunten op die zij daarbij ervaren en mogelijkheden die zorgkantoren zien om zelf knelpunten aan te pakken. Uitkomsten van dit onderzoek kunnen aanknopingspunten bieden voor het veld om hier verder mee aan de slag te gaan.

3. Verkenning van de praktijk

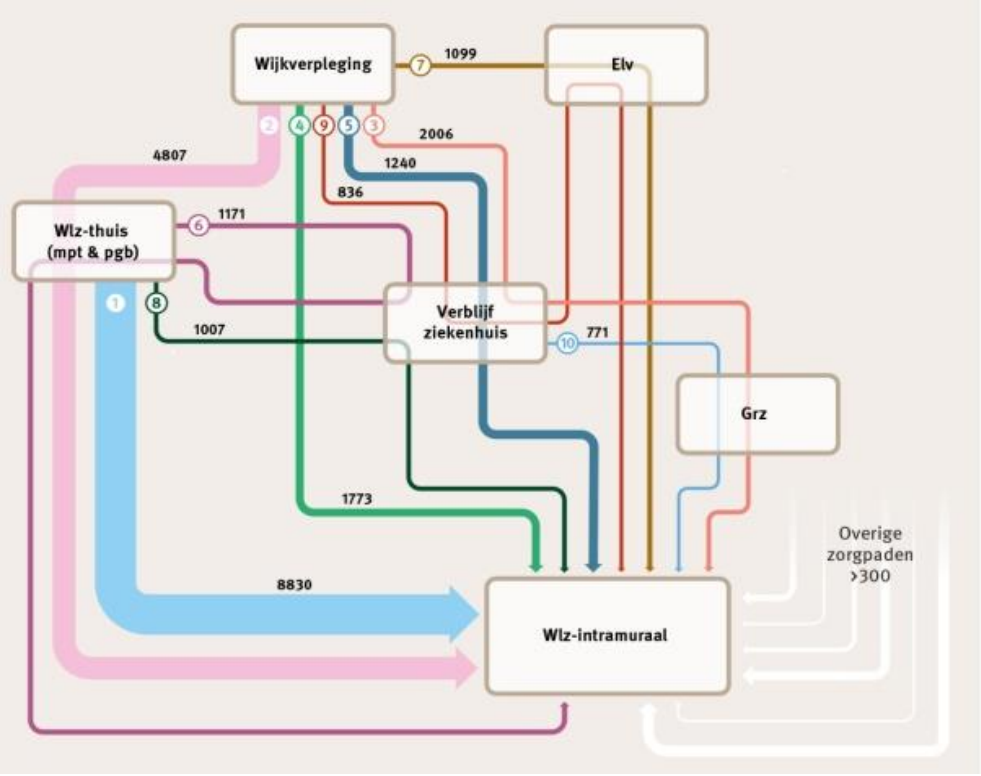
In deze verkenning van de praktijk geven we inzicht in de zorgvormen van waaruit cliënten meestal de langdurige (ouderen)zorg instromen en op welke manier dat verloopt, op basis van de inzichten van de zorgkantoren. Daarbij komt aan bod waar volgens hen knelpunten zitten in de instroom, op welke punten zorgkantoren initiatieven nemen om knelpunten op te lossen en waar zij nog ruimte voor verbeteringen zien.

Dit hoofdstuk geeft eerst een indicatie van de omvang en het specifieke verloop van de verschillende routes waarlangs de ouderen uit de onderzoekspopulatie instroomden in de intramurale Wlz. We doen dit op basis van de zorgpadenanalyse in de Monitor Ouderenzorg. Daarna geven we weer wat zorgkantoren ons konden vertellen over de instroom van cliënten in de Wlz tot aan hun opname in een intramurale instelling. We combineren dit steeds met aanvullende cijfers op basis van de monitor. Bij de cijfers die we aan de zorgkantoren hebben voorgelegd, kregen zij ook een specificatie naar hun eigen regio's. De beschrijving laat zien hoe de instroom volgens zorgkantoren verloopt en welke knelpunten zij zien in de instroom. We geven ook aan waar we nog geen goed beeld hebben gekregen van de instroom. Hoewel in de beschrijving dus al knelpunten naar voren komen, is het doel van dit hoofdstuk om een beeld te geven van de huidige situatie, op basis van wat we hebben opgehaald bij de zorgkantoren. We plaatsen nog geen kanttekeningen bij de bevindingen. Dat doen we in hoofdstuk 4.

3.1 Meest voorkomende zorgpaden naar Wlz-intramuraal

In de Monitor Ouderenzorg is gekeken naar de verschillende zorgpaden die ouderen bewandelen voordat zij de intramurale Wlz instromen. In de monitor zijn de tien meest voorkomende paden in 2019 die een cliënt in de laatste 100 dagen voor intramurale opname doorloopt in beeld gebracht (figuur 2).

Figuur 2. Top 10 meest voorkomende zorgpaden



Bron: Monitor Ouderenzorg Trendanalyse deel 2

Onderzoekspopulatie Monitor Ouderenzorg (2019):

- 169 duizend cliënten met een indicatie voor verpleging en verzorging in de Wlz;
- waarvan 49 duizend cliënten voor het eerst werden opgenomen in een Wlz-instelling.

Bron: NZa (aanvullende analyse op basis van gegevens Monitor Ouderenzorg)

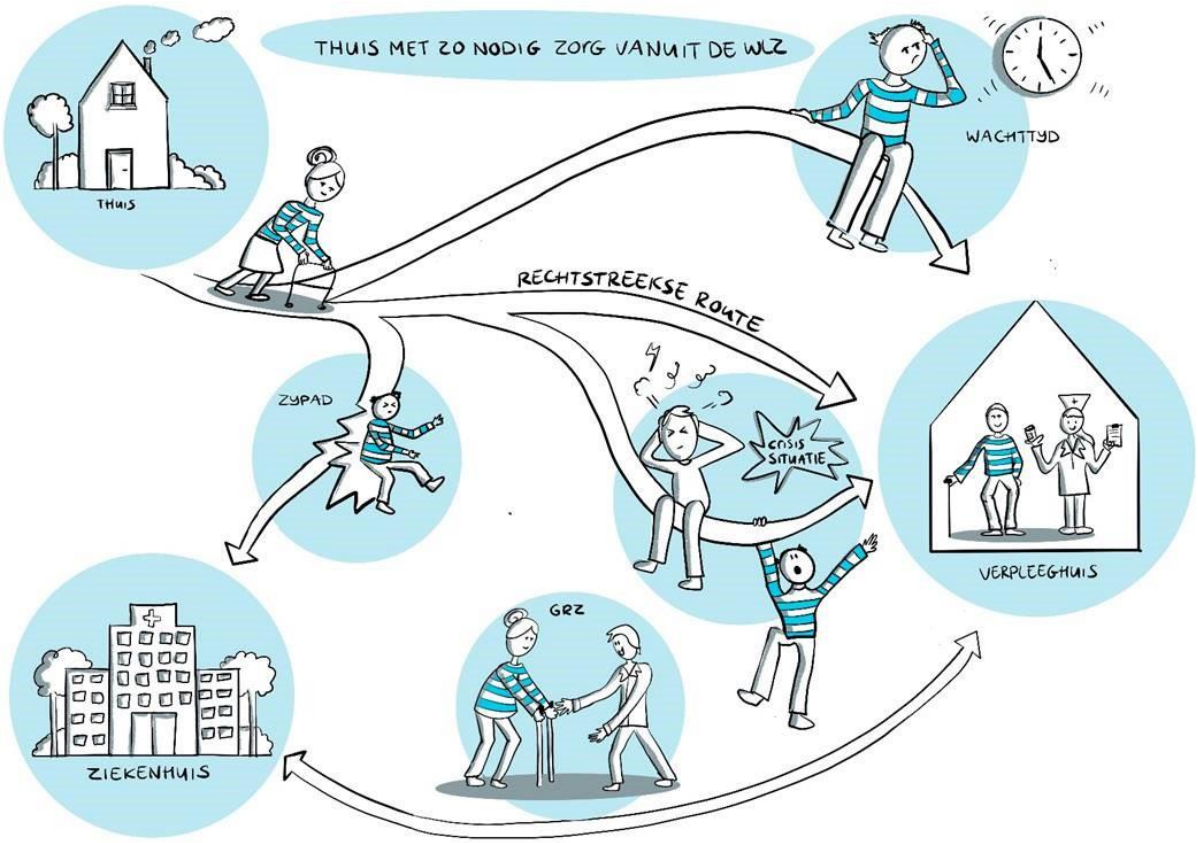
In figuur 2 is te zien is dat de grootste stroom cliënten zonder tussenstap van een situatie met Wlz-zorg thuis naar Wlz-intramuraal doorstroomt (stroom 1 en 2). Een deel van deze cliënten had, voorafgaande aan de Wlz-zorg thuis, eerst wijkverpleging (stroom 2). Zes van de tien weergegeven stromen starten bij wijkverpleging. Vier daarvan lopen vervolgens via verblijf in het ziekenhuis, eerstelijnsverblijf (elv) of geriatrische revalidatiezorg (grz) richting Wlz-intramuraal. Er is ook een stroom (4) die rechtstreeks vanaf wijkverpleging doorstroomt naar intramurale Wlz-zorg. De kleinste stroom (10) ontvangt in de laatste 100 dagen voor intramurale Wlz-zorg alleen zorg in het ziekenhuis of grz. Zorgpaden waarbij Wlz-crisiszorg de laatste stap was voor een intramurale Wlz-opname zijn niet meegenomen in het figuur, omdat deze niet tot de top tien van meest voorkomende zorgpaden behoren.

Typering van de verschillende routes: zonder of mét zijpaden vanuit thuis naar intramuraal

Uit de zorgpadenanalyse van de monitor kan worden afgeleid dat ruim de helft van de cliënten uit de onderzoekspopulatie, routes volgden waarbij ze ‘zonder zijpaden’ vanuit hun thuissituatie instroomden naar Wlz-intramuraal.[5] Er is dus ook een forse groep cliënten voor wie dit niet gold: zij kwamen via één of meer ‘zijpaden’ op een plek binnen de intramurale Wlz. Op basis van deze cijfers alleen is niet te zeggen of de zijpaden waren te voorzien (als noodzakelijk, of een aanvaard risico) of onverwacht en mogelijk ook ongewenst waren. Opname via het ziekenhuis of crisisplek lijkt als zodanig niet de gewenste situatie. Maar er kunnen omstandigheden zijn (bijvoorbeeld als cliënt er zelf voor kiest om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en/of geen beroep wil doen op zorg of ondersteuning thuis) waaronder dit, alles overwegende, als een aanvaardbaar risico kunnen worden gezien. Voor zorgkantoren betekent het bestaan van deze zijpaden hoe dan ook dat zij cliënten vanuit verschillende voorafgaande zorgplekken (binnen of buiten de Wlz en al dan niet versneld) moeten begeleiden naar opname en dat zij voor al deze instroomvarianten een passende ‘reisbegeleiding’ moeten organiseren. Met als eerste stap de eerste overgang naar het Wlz-domein.
Een totaalbeeld van deze in-en doorstroom met bijkomende zijpaden is weergegeven in figuur 3.

[5] In deze rapportage noemen we ‘routes zonder zijpaden’ ook ‘rechtstreekse routes’.

Figuur 3. Totaalbeeld van de in- en doorstroom in de langdurige zorg



3.2 Inzicht zorgkantoren in overgang naar het Wlz-domein

De zorgpaden in figuur 2 omvatten veel stappen die buiten het Wlz-domein vallen. In deze paragraaf beschrijven we de inzichten van zorgkantoren als het gaat om de overgang van cliënten naar het Wlz-domein: hoe verloopt die overgang, waar zien zorgkantoren belemmeringen en hoe gaan zij daarmee om?

Domeingrenzen belemmeren het zicht op en coördinatie van de cliëntreis als geheel
In hoofdstuk 2 lieten we aan de hand van het zorgtredenmodel zien dat mensen geleidelijk steeds zwaardere of intensievere zorg nodig kunnen hebben. Behalve de cliënt en zijn naaste omgeving heeft meestal niemand zicht op de hele reis die een cliënt kan maken van de ene zorgtrede naar de andere. Zodra de cliënt overgaat van het ene domein naar het andere betekent dit vaak een hele nieuwe start met nieuwe betrokken instanties en zorgverleners en weer opnieuw het hele verhaal vertellen. Zorgkantoren geven aan wel graag ‘over de muur van hun domein heen te willen kijken’, zodat de cliënt beter kan worden overgedragen, maar daarbij op te lopen tegen de belemmering dat cliënten voor hen pas in beeld komen nadat zij een Wlz-indicatie hebben gekregen. Niet voor alle zorgkantoren blijkt het mogelijk om over domeinoverstijgende informatie op cliëntniveau te beschikken. Voor de zorgkantoren die wel over dit soort data kunnen beschikken, blijft dit beperkt tot geanonimiseerde en/of geaggregeerde (cliënt)gegevens van de zorgverzekeraar binnen hetzelfde concern. In de gesprekken

met zorgkantoren horen we terug dat dit een geleidelijke overgang en een ‘warme overdracht’ niet gemakkelijk maakt.

Ook op bovenindividueel niveau wordt gezocht naar domeinoverstijgende afstemming
Via regionale programma’s proberen zorgkantoren, samen met de relevante instanties en organisaties binnen de regio (Wlz-zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, huisartsen, woningbouwcorporaties, wijkverpleging, et cetera), wel op bovenindividueel niveau[6] de raakvlakken in de zorg voor ouderen in kaart te brengen en betere verbindingen tot stand te brengen. In één regio werd een ‘feitenboek’ gemaakt van de wijze waarop cliënten door het zorgveld gaan en om knelpunten in de zorg inzichtelijk te maken. Ook zorgaanbieders kunnen daardoor beter samenwerken om de steeds grotere toeloop van ouderen met een zorgvraag op te vangen. Vanwege de scheiding tussen de Zvw en de Wlz moeten verschillende afspraken worden gemaakt tussen de zorgaanbieders met het zorgkantoor enerzijds en de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars anderzijds. Eén zorgkantoor geeft aan de informatie over alle domeinen heen (Wlz, Zvw en Wmo) en de mogelijkheid van domeinoverstijgende financiering node te missen. Voor de financiering van domein-overstijgende activiteiten wordt nu vaak gebruik gemaakt van tijdelijke financieringsstromen, zoals de transitiemiddelen. Dit zorgkantoor zou graag de zorg- en ondersteuningsvraag van cliënten over alle domeinen heen willen beschouwen. Domeinoverstijgend samenwerken, kan er ook aan bijdragen dat er meer zicht is op ouderen die, gelet op hun verwachte zorgbehoefte, in aanmerking zullen gaan komen voor een Wlz-indicatie. Hiermee wordt de verwachte instroom inzichtelijker voor zorgkantoren. Via regio-analyses werken zorgkantoren met relevante partners in de regio hier ook al aan.

Zorgkantoren zien misverstanden of zorgen over de Wlz bij (potentiële) cliënten
Zorgkantoren zien dat (potentiële) cliënten, niet altijd een goed beeld hebben van de mogelijkheden en beperkingen van Wlz-zorg. Dit kan een goede afweging over het al dan niet aanvragen van een Wlz-indicatie in de weg staan, terwijl dit vanwege een toenemende zorgvraag mogelijk wel aangewezen is. Daarnaast hebben mensen die nog geen Wlz-zorg hebben zorgen over wat de overgang naar de Wlz voor hen betekent. Volgens zorgkantoren kunnen als overwegingen daarbij meespelen dat cliënten de meerwaarde niet zien van Wlz (zorginhoudelijk gezien, zorgval), de (hogere) eigen bijdrage in de Wlz, hun vertrouwde hulpverlener niet kunnen behouden, onvoldoende kennis van de mogelijkheden binnen de Wlz hebben en er een slecht imago van verpleeghuizen heerst. Cliënten kunnen onvoldoende noodzaak voelen om Wlz-zorg aan te vragen of weten niet dat, als het eenmaal nodig is, er mogelijk niet direct een plek voor hen is. Om zoveel mogelijk te voorkomen dat cliënten keuzes maken op basis van onvoldoende of onjuiste informatie, proberen zorgkantoren te bevorderen dat cliënten zich een juist beeld vormen van de mogelijkheden en beperkingen binnen de Wlz. Bijvoorbeeld met (te downloaden) brochures waarin ‘de grootste misverstanden’, en de voordelen van de Wlz ten opzichte van andere vormen van zorg en ondersteuning worden benoemd.

Zorgkantoren ervaren beperkte mogelijkheden cliëntondersteuning voorafgaande aan indicatie
Zolang mensen geen Wlz-indicatie hebben, zijn zij niet als wachtende geregistreerd in de Informatievoorziening Wlz (iWlz), en daarmee (meestal) ook niet bekend bij het zorgkantoor. Zorgkantoren kunnen ‘cliënten in spé’ dus niet zelf ondersteunen in deze belangrijke keuzefase, zolang zij niet zelf op het idee komen om contact te zoeken met het zorgkantoor. Er is een wetsvoorstel in voorbereiding waarin wordt bewerkstelligd dat cliëntondersteuners vanuit de Wlz eerder ingezet kunnen worden. Namelijk wanneer zicht is op een Wlz-indicatie. Dit maakt het mogelijk cliënten te ondersteunen bij het aanvragen van het indicatiebesluit en bij het maken van de keuze voor de meest passende zorg.

[6] Bovenindividueel wil zeggen: niet op het niveau van individuele cliënten, maar voor alle cliënten in een bepaalde regio of andere afgebakende groep cliënten.

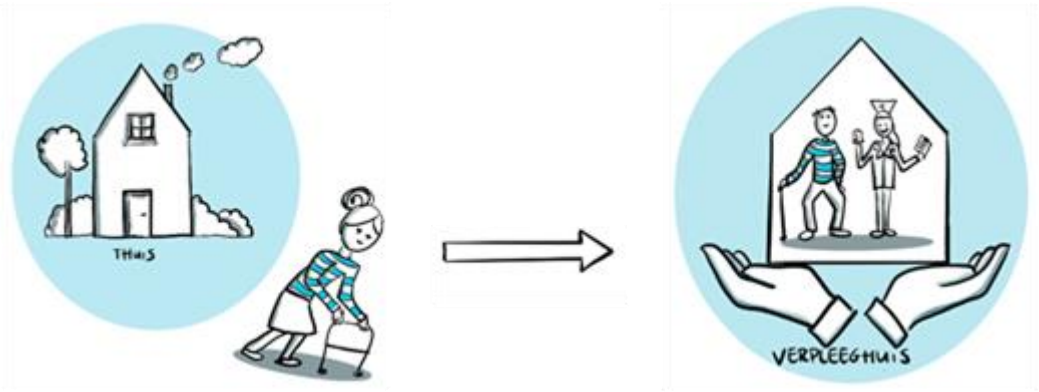
Om de toegankelijkheid tot de informatie bij zorgkantoren te vergroten, hebben zorgkantoren naast hun eigen websites ook een gezamenlijke landelijke website gelanceerd. Om zelf meer zicht te krijgen op cliënten in de fase voorafgaande aan de Wlz-indicatie, benaderde een zorgkantoor het CIZ met het verzoek om geïnformeerd te worden op het moment dat cliënten een Wlz-indicatie hebben aangevraagd, zodat zij al contact kunnen leggen met cliënten om hen voor te bereiden om juiste keuzes te maken. Volgens het zorgkantoor gaf CIZ aan, om organisatorische redenen, hiertoe geen mogelijkheden te zien. Een ander zorgkantoor vertelde, door goede contacten over de domeinen heen, er toch in te slagen om een 'warme overdracht' te realiseren bij 'zorgmijders'. Door gebruik van meer globale, niet persoon-specifieke informatie wordt vermeden dat hiermee de privacyregels worden geschonden.

Zorgprofessionals rond cliënt volgens zorgkantoren niet altijd goed op de hoogte van Wlz
Mensen maken veelal al gebruik van professionele zorg of ondersteuning vanuit andere domeinen voorafgaande aan hun instroom in de Wlz. Zij zijn dus wel bij hen in beeld. Zorgkantoren die willen bevorderen dat (toekomstige) cliënten zich tijdig oriënteren op een mogelijk zwaardere en intensievere zorgvraag, richten zich dan ook vaak op deze schakels. Een zorgkantoor geeft aan regelmatig contact te hebben met thuiszorgaanbieders, om hen te stimuleren tijdig het gesprek te voeren met cliënten over benodigde vervolgstappen als de zorg thuis niet meer verantwoord zou kunnen worden geleverd en daarmee te voorkomen dat er gevaarlijke of crisissituaties ontstaan. Naast thuiszorgaanbieders of wijkverpleegkundigen kunnen ook de huisarts, Wmo-adviseurs van de gemeente, casemanagers dementie, verpleegkundig assistenten, artsen in het ziekenhuis en specialisten ouderengeneeskunde (SO) een rol spelen in de voorlichting over de Wlz. Door bijvoorbeeld de SO dichter bij huisarts en wijkverpleging te positioneren, wordt in een regio bevorderd dat de SO al zo vroeg mogelijk bij de cliënt thuis komt voor overleg. Waarbij wel de schaarse capaciteit van SO's als knelpunt wordt benoemd. Meerdere zorgkantoren geven aan dat zij de kennis van de Wlz bij zorgprofessionals, die werkzaam zijn in andere domeinen, als onvoldoende ervaren. Cliënten zouden niet of onjuist worden geïnformeerd over de mogelijke zorgpaden. Om hier wat aan te doen, organiseren zorgkantoren onder andere kennis- en informatiesessies voor wijkverpleegkundigen en coördinatoren zorg thuis.

Aanvragen Wlz-indicatie blijft lastige afweging, voor cliënten en zorgprofessionals
Ook met de juiste kennis blijft het voor zorgprofessionals lastig om in te schatten wanneer zij een cliënt het advies moeten geven dat deze beter over kan gaan naar de Wlz. Eén van de zorgkantoren heeft handvatten opgesteld om de wijkverpleegkundige (en huisarts) te helpen om dit te bepalen. Er loopt wel een traject bij het Zorginstituut om meer duidelijkheid te bieden over de overgang in het aanbod vanuit de Zvw en de Wlz. Een zorgkantoor geeft aan dat zorgaanbieders kunnen verschillen in beleid over wanneer zij cliënten adviseren aan Wlz-indicatie aan te vragen. Zorgkantoren signaleren dat ook gemeenten in voorkomende gevallen aandringen op het aanvragen van een Wlz-indicatie. Uiteindelijk blijft het aan de cliënt en/of zijn familie om hiertoe over te gaan. Zorgkantoren krijgen de indruk dat de situatie thuis soms eigenlijk niet meer verantwoord is, maar cliënten zelf nog willen thuisblijven. Is er eenmaal een Wlz-indicatie aangevraagd dan worden deze cliënten in de regel spoedig daadwerkelijk opgenomen.

3.3 Inzicht zorgkantoren in ‘routes zonder zijpaden’

Figuur 1. Route van thuis naar verpleeghuis



Ruim helft cliënten rechtstreeks van ‘thuis’ naar ‘verpleeghuis’

Na ontvangst van een Wlz-indicatie kunnen cliënten kiezen tussen verschillende leveringsvormen: de Wlz-zorg kan intramuraal of thuis worden geleverd, in natura of via een pgb. In de praktijk zien we een variatie aan woonvormen tussen thuis en het ‘traditionele verpleeghuis’, met een glijdende schaal van de mate waarin sprake is van een geclusterde setting (meer grootschalige of kleinschalige woonvormen). Hierbij ligt in de ene situatie het accent meer op ‘wonen met zorg’ en in de andere meer op ‘zorg met wonen’.[7] Zoals in hoofdstuk 1.3 al toegelicht, hebben we in dit onderzoek vooral de focus gelegd op ‘intramurale opname’. Aangezien er ook leveringsvormen zijn waarin de Wlz-zorg vrijwel altijd ‘thuis-thuis’ wordt geleverd, betekent de overgang naar de Wlz niet direct intramurale opname. In een latere fase kan er dan alsnog een intramurale opname plaatsvinden. We zien dit ook terug in de cijfers van de monitor. Bijna de helft van de cliënten krijgt eerst zorg thuis vanuit de Wlz en stroomt daarna zonder zijpaden door naar een intramurale Wlz-instelling. Een deel van de cliënten slaat ook deze stap over volgens de Monitor Ouderenzorg. Zij maakten voorafgaande aan hun intramurale opname alleen gebruik van wijkverpleging vanuit de Zvw, zie tabel 2. Daaronder gaan we in op de inzichten van zorgkantoren bij deze beide ‘rechtstreekse routes’.

Tabel 2. Percentage cliënten dat met zorg in de thuissituatie rechtstreeks instroomt naar een intramurale zorginstelling

Van	% Instroom	Naar	Bandbreedte per regio
Wlz-thuis (mpt/pgb)	46,5 %	Intramuraal	32,0 % - 58,0%
Wijkverpleging via Zvw	8,3 %	Intramuraal	1,7% - 17,8%
Totaal	54,8 %	Intramuraal	n.v.t.

Bron: NZa (aanvullende analyse op basis van gegevens Monitor Ouderenzorg)

Vrijwel nooit zonder voorafgaande formele zorg naar intramurale Wlz

Cliënten worden vrijwel nooit zonder voorafgaande formele zorg thuis opgenomen in een intramurale instelling. Dit kan worden afgeleid uit de monitor, in relatie tot het zorgtredenmodel: veruit de meeste cliënten komen aan bij zorgtrede 6 via zorgtrede 5, een klein deel komt via zorgtrede 4 (waar ook al wel formele zorg kan worden afgenomen). In een nadere analyse hebben we gekeken of er cliënten waren

die zonder enige vorm van zorg uit de Zvw of de Wlz de intramurale zorg instroomden. Dit kwam in 2019 niet voor. Zorgkantoren bevestigen het beeld dat het nauwelijks voorkomt dat iemand zonder formele zorg thuis wordt opgenomen in een instelling. Voordat cliënten in trede 6 van het 'zorgtredenmodel' aankomen, heeft het gros van de cliënten eerst gebruik gemaakt van de mogelijkheden van zorg en ondersteuning die wordt geboden bij de voorafgaande treden. Overigens zien we bij een nadere analyse van de cijfers wel een hele kleine groep die zonder voorafgaande zorg via crisiszorg de Wlz instroomt.

In het nu volgende gaan we eerst in op de cliënten die direct voorafgaande aan hun intramurale opname zorg thuis ontvingen vanuit de Wlz. Daarna besteden we aandacht aan de groep cliënten die ook zonder omwegen vanuit thuis in een intramurale Wlz-instelling werden opgenomen, maar thuis geen zorg vanuit de Wlz ontvingen maar vanuit de Zvw.

3.3.1 Zonder zijpaden van Wlz-zorg thuis naar Wlz-intramuraal

Van Wlz-zorg thuis kan gebruik worden gemaakt via de leveringsvormen vpt, mpt, of pgb (of een combinatie van pgb en mpt).

Overgang van zorg vanuit de Wmo en/of Zvw naar Wlz-zorg thuis kan lastig te regelen zijn
Cliënten die overgaan naar de Wlz krijgen, ook als zij direct al een 'opnamewens' hebben, veelal eerst nog Wlz-zorg thuis. Voor een deel van deze cliënten betekent dit dat zij te maken krijgen met een overgang van de zorg en ondersteuning die zij tot dan toe vanuit de Wmo en de Zvw-ontvingen, naar Wlz-zorg thuis. In de top-10 zorgpaden is 'wijkverpleging Zvw – Wlz-zorg thuis – intramurale opname' de op één na grootste stroom. Daarin zijn alleen de cliënten meegenomen voor wie deze overgang binnen 100 dagen voorafgaande aan intramurale opname plaatsvond. Er kunnen ook cliënten zijn die al langer wachten op een opname en al eerder de overgang maakten naar (overbruggings-)zorg vanuit de Wlz.

Vanaf het moment dat een Wlz-indicatie is afgegeven mag zorg, die bekostigd kan worden uit de Wlz, volgens wet- en regelgeving alleen nog aan de cliënt worden geleverd vanuit de Wlz (zie hoofdstuk 2). Er kan echter tijd nodig zijn om de zorg in de Wlz te regelen en te zorgen voor een goede overgang tussen de domeinen. Voor deze regeltijd is wettelijk niets geregeld. Met gemeenten en zorgverzekeraars hebben zorgkantoren daarom gezamenlijk afgesproken dat, na de afgiftedatum van het indicatiebesluit, de bestaande zorg nog maximaal 5 kalenderdagen vanuit de Wmo of Zvw wordt voortgezet. Daarna wordt de geleverde zorg vanuit de Wlz betaald. Zorgkantoren hebben dit beschreven in het Voorschrift zorgtoewijzing. Daarin hebben zij ook opgenomen dat als de cliënt tevreden is over zijn zorg(aanbieder) in het andere domein en hij die in de Wlz graag wil houden, dit mogelijk is als het om Wlz-zorg gaat en als deze zorgaanbieder ook gecontracteerd is voor Wlz-zorg, als onderaannemer of via pgb kan of wil werken. We weten niet hoe vaak van deze constructies gebruik wordt gemaakt. Volgens het Voorschrift moet de zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt rekening houden met deze wens bij het organiseren van zijn Wlz-zorg (thuis).

Zorgkantoren geven aan dat het voor cliënten (in het bijzonder waar sprake is van een psychogeriatrische grondslag) belangrijk kan zijn om hun vertrouwde zorgverlener te kunnen behouden. Problemen voor de continuïteit van zorg doen zich vooral voor als een zorgaanbieder niet (ook) gecontracteerd is voor de Wlz. Gevolg kan zijn dat cliënten niet zonder meer hun vertrouwde zorgverlener kunnen behouden, of de (qua zorgbehoefte wel aangewezen) overstap naar de Wlz uitstellen. Als er niet tijdig iets wordt geregeld, wordt de cliënt gedwongen op korte termijn te wisselen van zorgaanbieder (die er ook weinig tijd voor krijgt om deze nieuwe zorgvraag in te regelen). Een zorgkantoor wijst erop dat er ook financiële gevolgen kunnen zijn voor cliënten. Dit kan het geval zijn als

een Wmo-Zvw-zorgaanbieder niet overziet dat de Wlz-indicatie leidt tot wijzigingen in de financieringsstroom. De declaratie kan dan niet bij het zorgkantoor worden ingediend, omdat in de Wlz geen vergoeding voor ongecontracteerde zorg mogelijk is. Het zorgkantoor vermoedt dat de aanbieder de rekening, die hoog kan oplopen, vervolgens neerlegt bij de cliënt. De oplossingen die zorgkantoren benoemen voor het kunnen behouden van 'vertrouwde zorgverleners zonder Wlz-contract' sluiten aan bij hetgeen daarover is opgenomen in het Voorschrift zorgtoewijzing (voortzetting in de vorm van een pgb of onderaannemerschap). Hiermee zijn niet alle belemmeringen weggenomen. Eerdergenoemd zorgkantoor geeft aan het onderaannemerschap, waarvan in bepaalde gevallen gebruik werd gemaakt om te voorkomen dat de cliënt een rekening kreeg, dan wel zonder zorg kwam te zitten, geen wenselijke structurele oplossing te vinden. Dit, omdat dat betekent dat de hoofdaannemer verantwoordelijk is voor onder meer de kwaliteit van de geleverde zorg, terwijl de onderaannemer niet altijd (goed) bekend is. Dit brengt risico's met zich voor gecontracteerde Wlz-aanbieders die optreden als hoofdaannemer. In hoofdstuk 4 gaan we nader in op de knelpunten in relatie tot de overgang van zorg en ondersteuning vanuit andere domeinen naar Wlz-zorg.

Variatie in inschattingen of Wlz-zorg thuis overbruggingszorg is, of gewenste leveringsvorm
Voor de cliënten die al een 'opnamewens' hebben, maar moeten wachten op opname, wordt de Wlz-zorg thuis ingezet als 'overbruggingszorg'. Voor cliënten die na ontvangst van de Wlz-indicatie nog zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen, is de Wlz-zorg thuis een gewenste leveringsvorm. Op individueel niveau is dit wel bekend, maar zorgkantoren hebben geen overzicht voor welk deel van de cliënten de Wlz-zorg thuis wordt ingezet als overbruggingszorg of Wlz-zorg thuis als gewenste leveringsvorm. We hebben in de gesprekken wel inschattingen gehoord van zorgkantoren. Zo geeft één van de zorgkantoren aan het in de meerderheid van de gevallen (60%) niet zou gaan om overbruggingszorg, maar een bewuste keuze voor Wlz-zorg thuis (mpt of vpt). Een zorgkantoor, waar ten opzichte van het landelijk gemiddelde relatief veel Wlz-zorg thuis wordt geleverd, merkt dit aan als een gevolg van zijn actieve inzet om de mogelijkheden van langer thuis wonen met Wlz-zorg te vergroten. Een ander zorgkantoor geeft juist aan dat cliënten er niet vaak voor kiezen om al thuis Wlz-zorg te ontvangen, omdat dit hen niet veel voordelen zou bieden ten opzichte van wijkverpleging vanuit de Zvw. Mpt of pgb worden hier vooral ingezet als overbruggingszorg.

Wlz-zorg thuis als gewenste leveringsvorm soms langdurig ingezet
Als Wlz-zorg thuis de gewenste leveringsvorm is, kan dit soms langdurig worden ingezet. Eén van de zorgkantoren geeft aan dat de cliënten in zijn regio vaak al bekend zijn met (woon)voorzieningen in eigen dorp of buurt. Dit zorgkantoor ziet dat veel mensen die in de dorpen wonen, graag in hun eigen dorp willen blijven. Zij wachten meestal niet te lang met het aanvragen van een indicatie wanneer Wlz-zorg nodig wordt. Het kan zijn dat zij in eerste instantie alleen nog gebruik maken van dagbesteding uit de Wlz. Aangezien deze cliënten nog geruime tijd thuis blijven wonen (met Wlz-zorg), is vaak een herindicatie nodig op het moment dat het tot een intramurale opname komt. De initiële indicatie van de cliënt is dan niet meer passend bij de situatie zoals die is op het moment van opname. Omdat deze cliënten al een Wlz-indicatie hebben, zijn ze bij het zorgkantoor (en de voorkeursaanbieder) in beeld en houden zij in de gaten of de situatie nog verantwoord is en de voorkeuren ongewijzigd, dan wel aanpassing van de wachtstatus aangewezen is. Het zorgkantoor van deze regio geeft aan dat de lange periode met Wlz-zorg thuis ook ruimte biedt om in te spelen op de voorkeuren van cliënten en te onderzoeken hoe zij echt zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen.

Nog geen scherp beeld waarin inzet Wlz-zorg thuis verschilt van zorg uit andere domeinen, en hoe passende zorg thuis het beste kan worden geborgd
Als verwachting voor een goede instroom hebben we (in hoofdstuk 2) neergezet 'dat cliënten op elke fase van hun weg van thuis naar een woon-zorginstelling binnen de Wlz tijdig passende zorg moeten

krijgen, die zo goed mogelijk aansluit bij hun wensen en voorkeuren'. In hoeverre wordt de zorg thuis vanuit de Wlz anders ingevuld dan de daaraan voorafgaande zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en/of Wmo? Hiervoor refereerden we al aan de opvatting van één van de zorgkantoren dat cliënten er niet vaak voor kiezen om al thuis Wlz-zorg te ontvangen, omdat dit hen niet veel voordelen zou bieden ten opzichte van wijkverpleging vanuit de Zvw. Naast mogelijk financiële nadelen zouden er volgens dit zorgkantoor ook zorginhoudelijk weinig voordelen zitten aan de overgang naar Wlz-zorg thuis. Andere zorgkantoren geven aan dat alleen het aantal uren dat wordt ingezet, hoger wordt. Er zijn ook verschillende zorgkantoren die juist voorbeelden geven van zorgaanbieders die experimenteren met andere invullingen van zorg thuis.

Wachtlijstbeheer: focus op 'wachten op opname', bij zorgtoewijzing zorg thuis wel voorop
Nadat iemand een CIZ-indicatie heeft ontvangen voor de Wlz en wacht op een plaats in een intramurale instelling, dan komt hij op de wachtlijst te staan. De cliënt krijgt dan een 'wachtstatus' binnen het wachtlijstbeheer dat alle zorgkantoren gezamenlijk hanteren en recent opnieuw hebben opgezet. Een 'wachtstatus' zegt iets over hoe dringend de situatie van de cliënt is en hoe snel hij een plek zou moeten krijgen. Het zegt ook iets over waarom de cliënt op de wachtlijst staat: wacht hij bijvoorbeeld op een plek in de instelling van zijn voorkeur, of is de cliënt uitbehandeld in het ziekenhuis en moet er zo snel mogelijk een intramurale plek gevonden worden? Er zijn vier verschillende wachtstatussen: 'urgent plaatsen', 'actief plaatsen', 'wacht op voorkeur' en 'wacht uit voorzorg'. Bij de laatstgenoemde status woont de cliënt nog thuis en heeft hij geen directe wens voor een andere vorm van zorg. Bij de overige drie statussen is wel sprake van wachten op een opname.

In hun gezamenlijke Voorschrift zorgtoewijzing, waarin ook de processen rond het wachtlijstbeheer zijn opgenomen, hebben de zorgkantoren de structuur van het document wel aangepast aan het beleid dat is gericht op 'langer thuis wonen'. Vanwege deze beleidsdoelstellingen heeft men ervoor gekozen eerst het zorgtoewijzingsproces voor zorg thuis te beschrijven. Aan de hand van de situatie dat iemand geen opnamewens of -behoefte heeft én zorg thuis doelmatig en verantwoord kan worden ingezet, is eerst uiteengezet hoe Wlz-zorg in de thuissituatie moet worden geregeld. De beschrijving van de processen in het kader van de verschillende vormen van verblijfszorg volgt pas daarna, waaronder de invulling van de Wlz-zorg thuis (of tijdelijk bij een andere dan de voorkeursaanbieder) om de wachttijd te overbruggen. De mogelijkheid van deeltijdverblijf, een zorgvorm tussen 'thuis' en (volledig) verblijf, die het langer thuis wonen kan ondersteunen, komt hier aan de orde. Overigens blijft voor zorgkantoren de wens van de cliënt leidend voor de toewijzing van zorg in de individuele situatie.

Zorgkantoren hebben meer inzicht door nieuwe wachtstatussen
Elke wachtstatus kent een onderverdeling in classificaties, die het zorgkantoor nader inzicht bieden in de situatie en wensen van de cliënt. Zorgkantoren hebben per status aangegeven wat zij daarbij van zorgaanbieders verwachten en hoe zij hun eigen rol zien. Ook zijn er streefnormen[8] geformuleerd in relatie tot de verschillende acties.

Zorgkantoren relateren tijdigheid aan zorgbehoefte en voorkeuren
Er zijn verschillen tussen regio's in beschikbaarheid van intramurale capaciteit. Zorgkantoren stellen dat cliënten in de meeste gevallen tijdig worden opgenomen en dat zij er zicht op houden dat hun situatie tijdens het wachten verantwoord blijft. Zorgkantoren zien dat veel cliënten wachten op een plek bij een

[8] Inmiddels zijn de eerdergenoemde 'Treeknormen' door zorgkantoren nader uitgewerkt in de vorm van 'streefnormen'. De streefnormen maken voor zorgkantoren beter inzichtelijk wat de situatie en wachtreden van de cliënt is. Daarnaast worden met de streefnormen andere wachttijden gehanteerd dan met de Treeknormen die beter aansluiten bij de dagelijkse praktijk; korter indien opnamewens urgent is en langer indien de opnamewens minder dringend is.

voorkeursaanbieder. Het wachten op een plek bij een ‘populaire aanbieder’ langer duren dan de streefnorm bij de status ‘wacht op voorkeur’. De invulling die zorgkantoren geven aan ‘tijdig’ lijkt hierbij te zijn dat als cliënten willen en verantwoord kunnen wachten, overschrijding van de streefnormen niet problematisch hoeft te zijn. Zorgkantoren relateren tijdigheid daarmee aan de actuele zorgbehoefte en voorkeuren van cliënten. Welk deel van de cliënten daadwerkelijk wordt opgenomen op hun plek van voorkeur, is niet bekend. Cliënten kunnen hun voorkeuren ook aanpassen, bijvoorbeeld als zij tijdelijk op een andere locatie dan die van hun voorkeur worden opgenomen en er zelf voor kiezen daar dan definitief te blijven. Zorgkantoren gebruiken de wachtstatussen en streefnormen wel om op de juiste momenten goed vinger aan de pols te kunnen houden om voldoende zicht te houden op de (mogelijk gewijzigde) situatie en voorkeuren van de cliënt. Voorwaarde daarvoor is dat de wachtstatussen wel juist en actueel zijn. Deze taak is door de zorgkantoren primair belegd bij de zorgaanbieders. Zorgkantoren zien wel als risico dat hieraan niet altijd goed invulling wordt gegeven en voeren daarover gesprekken met zorgaanbieders.

Zorgkantoren hebben ook zicht op Wlz-cliënten die nog geen opnamewens hebben, maar zich uit voorzorg wel bij een voorkeursaanbieder laten registreren

Voor cliënten die wel (bepaalde vormen van) Wlz-zorg nodig hebben, maar (nog) geen opnamewens hebben, is er een specifieke wachtstatus gecreëerd, namelijk ‘wacht uit voorzorg’. Deze cliënten kunnen zo al wel in beeld blijven van hun voorkeursaanbieder, maar zijn (hoewel ze nog niet echt ‘wachten’) ook geregistreerd in de iWlz als ‘wachtende’ en als zodanig in beeld bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor neemt bij cliënten met deze status geen actieve houding aan, maar is wel alert op eventuele veranderingen die gemeld worden door de cliënt, zijn vertegenwoordiger of betrokken zorgaanbieder(s). In het wachtlijstbeheer is opgenomen dat als een cliënt kiest voor de status ‘wacht uit voorzorg’, de zorgaanbieder de cliënt dan vertelt dat er geen wachttijd wordt opgebouwd bij deze status. Van voorkeursaanbieders wordt wel verwacht dat zij regelmatig contact onderhouden met ‘hun’ cliënten. De Wlz-indicatie kan dan worden benut om de benodigde zorg thuis te ontvangen, maar er kan bijvoorbeeld eerst ook nog alleen gebruik worden gemaakt van dagbesteding vanuit de Wlz.

Wachtlijsten per zorgaanbieder kunnen afwijken van de formele wachtlijst

Zorgaanbieders krijgen vanuit de iWlz een melding welke cliënten als voorkeur hebben aangegeven dat zij bij deze aanbieder willen worden opgenomen. Iedere zorgaanbieder heeft daarmee zijn eigen wachtlijst, als deelverzameling vanuit de iWlz. In het Voorschrift zorgtoewijzing hebben zorgkantoren beschreven wat zij in dit kader verwachten aan activiteiten van zorgaanbieders. Uitgangspunt is dat op de wachtlijst van de zorgaanbieders alleen cliënten staan met een Wlz-indicatie. Zorgkantoren weten dat er ook mensen zijn die zich wel al oriënteren het Wlz-zorgaanbod, maar nog geen indicatie aanvragen. Zij zoeken vaak ook al contact met specifieke zorgaanbieders waarvan zij mogelijk (intramurale) Wlz-zorg willen gaan ontvangen op het moment dat dit nodig is. Mogelijk laten zij zich ook vast registreren bij de zorgaanbieder van hun voorkeur. Het kan ook zijn dat zij al Zvw-zorg ontvangen van dezelfde organisatie waarvan zij later Wlz-verblijfszorg willen ontvangen. Zorgkantoren kunnen moeilijk zicht krijgen op eventuele ‘schaduwwachtlijsten’ bij zorgaanbieders waarop ook mensen zonder Wlz-indicatie staan en welke consequenties dit heeft voor de afhandeling van de formele wachtlijst. Zij gaan hierover wel regelmatig in gesprek met zorgaanbieders. In het Voorschrift zorgtoewijzing benoemen de zorgkantoren ‘schaduwwachtlijsten’ als een punt van aandacht.

Zorgkantoren krijgen meer inzicht door ontwikkeling van dashboards

In aansluiting op de inzichten die de classificaties bieden over ‘waarom cliënten wachten’, ontwikkelen zorgkantoren dashboards. Hiermee krijgen zij veel nieuwe inzichten, bijvoorbeeld over de reis van cliënten door de Wlz vanaf het moment van indicatie, de redenen waarom bepaalde aanbieders lange wachtlijsten hebben en hoe vaak het voorkomt dat cliënten actief moeten worden geplaatst vanwege

‘dreigende crisis thuis’. De cijfers kunnen aanleiding geven om nader onderzoek te doen en knelpunten te identificeren. De ontwikkeling van deze dashboards is nog in volle gang, daarmee ook het goed gebruik kunnen maken ervan.

3.3.2 Zonder tussenstap in de Wlz vanuit Zvw/wijkverpleging naar Wlz-intramuraal

De Monitor Ouderenzorg maakt zichtbaar dat er ook een cliëntenstroom is die, zonder de tussenstap van Wlz-zorg thuis, overgaat van ‘thuis met wijkverpleging Zvw’ naar Wlz-intramuraal. In de top-10 van meest voorkomende zorgpaden gaat het hierbij om de 3e meest voorkomende stroom (1773 cliënten die alleen wijkverpleging ontvingen in de laatste 100 dagen voorafgaande aan hun intramurale opname). Als we de analyse breder maken en ook de cliënten meetellen die in de 100 dagen voorafgaande aan hun intramurale opname ook nog andere zorg ontvingen voorafgaande aan wijkverpleging als laatste stap, dan gaat het zelfs om 3636 cliënten. Dit is ruim 8% van de instroom in de intramurale Wlz in 2019, zie ook tabel 2. We tellen dan ook de cliënten mee die voorafgaande aan wijkverpleging (of tijdens) nog andere zorg - bijvoorbeeld ook ziekenhuiszorg of elv - hebben gehad, en daarna weer even wijkverpleging voordat de opname plaatsvond. Omdat deze stromen buiten ‘de top-10’ vallen, is dit niet terug te zien in figuur 2.
Zoals eerder aangegeven kunnen cliënten met een Wlz-indicatie alleen zorg thuis ontvangen vanuit de Wlz. Ook overbruggingszorg mag dus niet worden geleverd vanuit de Zvw. Dit roept de vraag op om welke situaties het gaat bij de rechtstreekse instroom vanaf wijkverpleging naar een intramurale opname. Beschikken deze cliënten voorafgaande aan hun opname nog niet over een Wlz-indicatie en worden zij zonder wachttijd of tussenstappen opgenomen op een reguliere intramurale plek?

Nog weinig inzicht in cliënten die rechtstreeks vanuit Zvw intramuraal instromen in Wlz
Wat in de cijfers opvalt is dat er een grote regionale variatie is in de mate waarin sprake is van een rechtstreekse instroom vanuit wijkverpleging naar intramurale Wlz (tabel 2). Het beeld dat ontstaat uit de gesprekken met zorgkantoren is dat het hier moet gaan om mensen die nog geen geldende Wlz-indicatie hebben. Cliënten met een Wlz-indicatie krijgen zorg vanuit de Wlz. Zorg thuis vanuit de Zvw mag immers niet meer worden gedeclareerd na ontvangst van een Wlz-indicatie en zorgverzekeraars controleren erop of een dergelijke samenloop van Zvw- en Wlz-zorg zich voordoet. Eén zorgkantoor geeft aan dat cliënten vaak eerst het nut nog niet zien van een indicatie en soms ook te lang in de Zvw blijven hangen. Op basis van de zorgbehoefte zou een geleidelijke reis worden verwacht, maar helaas gebeurt het volgens dit zorgkantoor ook dat mensen vanuit het niets met een status urgent plaatsen de Wlz binnenkomen. Het zorgkantoor geeft aan deze stroom niet te kunnen sturen en heeft voorafgaande aan de intramurale opname ook geen zicht op deze cliënten, omdat cliënten dan nog zorg krijgen vanuit de Zvw. Zorginhoudelijke informatie op cliëntniveau wordt voor dit doel niet gedeeld tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren. Als zorgkantoren al beschikken over domeinoverstijgende data, blijft dit beperkt tot geanonimiseerde en/of geaggregeerde (cliënt)gegevens van de zorgverzekeraar binnen hetzelfde concern. We ontvangen ook breder signalen van zorgkantoren dat er een (misschien in bepaalde regio’s zelfs aanzienlijke) stroom cliënten is die ‘vanuit het niets’ urgent moet worden opgenomen. Dit zou cliënten kunnen betreffen die bovengenoemde route volgen. In de volgende paragraaf gaan we nader in op situaties waarin cliënten versneld moeten worden opgenomen vanuit een crisissituatie.

3.4 Inzicht zorgkantoren in zijpaden en versnelde opnames

Het komt ook vaak voor dat ouderen niet direct vanuit huis in een intramurale Wlz-instelling worden opgenomen of vpt zorg krijgen. Als we kijken naar de laatste zorgstap voor opname lijkt dit het geval voor bijna de helft van de cliënten. Als we kijken naar de top 10 meest voorkomende zorgpaden en een tussenstap (bijvoorbeeld de 6e route) ook als een zijpad beschouwen, kunnen we concluderen dat in 2019 zelfs ongeveer twee van de drie cliënten via zo'n zijpad de intramurale Wlz is ingestroomd. Ten opzichte van de 'rechtstreekse route' hebben deze alternatieve routes één of meerdere tussenstappen.

De meest voorkomende 'zijpaden', vanuit de top 10 zorgpaden, zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 3. De meest voorkomende 'zijpaden'

Zorgpad	Van	Via	Via	Naar
3	Wijkverpleging	Ziekenhuis	Grz	Intramuraal
5	Wijkverpleging	Ziekenhuis	-	Intramuraal
6	Wlz-zorg thuis	Ziekenhuis	Wlz-zorg thuis	Intramuraal
7	Wijkverpleging	Elv	-	Intramuraal
8	Wlz-zorg thuis	ziekenhuis	-	Intramuraal
9	Wijkverpleging	Ziekenhuis	Grz	Intramuraal
10	Ziekenhuis	Grz	-	Intramuraal

Bron: NZa (aanvullende analyse op basis van gegevens Monitor Ouderenzorg)

3.4.1 Algemene inzichten in 'zijpaden'

Cliënten wachten volgens zorgkantoren soms te lang met aanvragen Wlz-indicatie
Zorgkantoren zien dat het niet vanzelfsprekend is dat ouderen met een al zwaarder wordende zorgbehoefte, zich voorbereiden op een situatie waarin zij aangewezen raken op (Wlz-)zorg. Er zullen ook altijd situaties zijn waarin het hen plotseling overkomt dat het met de bestaande invulling niet meer gaat. Cliënten wachten volgens zorgkantoren soms te lang met het aanvragen van een Wlz-indicatie. Zorgkantoren merken ook op dat cliënten ook met een Wlz-indicatie steeds langer thuis blijven en dat de kans op een opname in bijvoorbeeld een elv- of grz-setting, voorafgaande aan een intramurale opname, daarmee groter wordt. Ook het risico op versnelde opnames vanuit crisissituaties neemt volgens hen daarmee toe.

Er zijn relatief vaak zijpaden te zien, versnelde opnames in cijfers monitor niet zichtbaar
Kijkend naar de cijfers van de Monitor Ouderenzorg zien we relatief vaak 'zijpaden', dat wil zeggen situaties waarbij een cliënt gepland of ongepland via een andere route dan 'de meest rechtstreekse' van thuis naar een intramurale instelling gaat. Wat opvalt is dat opname op een Wlz-crisisplek niet voorkomt in de top tien van de meest voorkomende zorgpaden. Zorgkantoren bevestigen dat een 'dreigende crisis thuis' niet als 'zijpad' zichtbaar zal zijn in de cijfers van de Monitor Ouderenzorg, als dit niet leidt tot een opname op een specifieke crisisplek (Wlz-crisis of elv), of een ziekenhuisopname. Vaak is er dan wel 'onvoorzien' een versnelde intramurale opname nodig. Het aantal Wlz-crisisopnames lijkt dus relatief beperkt, maar het is de vraag is of dit goed zicht biedt op de werkelijke situatie van cliënten. Wel komt in de cijfers duidelijk tot uitdrukking dat cliënten relatief vaak een route via het ziekenhuis (en/of grz of elv) volgen. Elv maakt ook relatief vaak onderdeel uit van de zijpaden.

Zijpaden en versnelde opnames belasten de processen bij zorgkantoren en zorgaanbieders
Zorgkantoren en zorgaanbieders hebben hun processen in basis ingericht op de cliënten-instroom ‘indicatie – wachtlijst – opname’. Cliënten die (versneld) moeten worden opgenomen vanuit een (dreigende) crisissituatie, of bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname, vallen hierbuiten. Voor deze ‘zij-instroom’ van cliënten zijn afzonderlijke processen ingericht, vaak via regionale afspraken met meerdere zorgaanbieders en ook andere instanties. Op de uitvoering hiervan hebben zorgkantoren minder zicht dan op de ‘hoofdstroom’ die zij via hun wachtlijstbeheer in beeld hebben. Cliënten die via zijpaden moeten worden opgenomen, zijn vooraf minder in beeld en de vaak plotselinge urgente opnames vergen relatief veel inzet van zowel zorgkantoren als zorgaanbieders (en ook andere zorgprofessionals, buiten de Wlz).

In het vervolg van deze paragraaf besteden we eerst aandacht aan de situatie ‘Versnelde opnames vanuit crisissituatie of na zijpad’. Daarna gaan we nader in op het zijpad via het ziekenhuis (met soms daaropvolgend grz of elv) en tenslotte het zijpad via een crisisplek (Wlz of elv).

3.4.2 Versnelde opnames vanuit crisissituatie of na zijpad

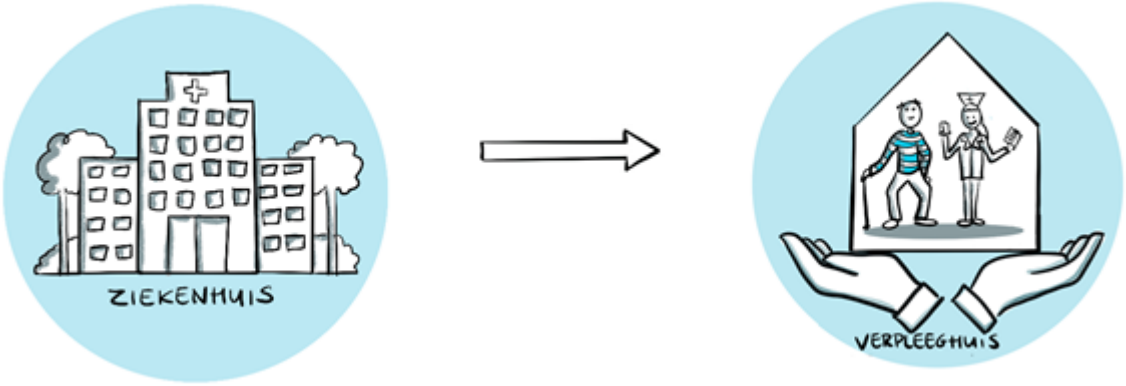
Versnelde opnames komen volgens zorgkantoren vaak voor
Zoals hierboven is aangegeven, is een opname vanuit een (dreigende) crisissituatie thuis niet zichtbaar als zijpad in de cijfers van de monitor, als dit niet leidt tot een opname op een specifieke crisisplek (Wlz-crisis of elv), of een ziekenhuisopname. In het wachtlijstbeheer worden deze situaties wel zichtbaar op het moment dat aan deze cliënten de status ‘urgent plaatsen’, met bijvoorbeeld classificatie ‘dreigende crisis thuis’, of ‘doorstroom ziekenhuis’ wordt toegekend. Met zo nodig extra zorg en ondersteuning wordt getracht de situatie thuis beheersbaar te houden tot zo spoedig mogelijk een opname kan volgen. Daarbij kan minder rekening worden gehouden met voorkeuren voor zorgaanbieder en/of de locatie. Meerdere zorgkantoren geven aan dat ‘opnames vanuit crisissituaties’ veel vaker voorkomen dan je zou concluderen op basis van de cijfers over crisisopnames, maar de beschreven problematiek is volgens hen niet herkenbaar in alle regio’s. In deze situaties is dus vaak een versnelde intramurale opname nodig. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor (ongeplande) ziekenhuisopnames, die wel als zijpad in de cijfers zichtbaar zijn. Ook deze cliënten komen voor zorgkantoren direct met de status ‘urgent plaatsen’ binnen op de wachtlijst. Eén zorgkantoor geeft aan, op basis van de classificaties in het wachtlijstbeheer, dat het overgrote deel van de wachtenden in zijn regio met de status urgent plaatsen, cliënten zijn met een vv-indicatie die vanuit het ziekenhuis doorstromen naar de Wlz. Ook in de cijfers van de monitor zien we dat deze zij-instroom fors is. Zorgkantoren schatten in dat deze nog zal toenemen.

Eén zorgkantoor geeft, op basis van een eigen analyse van de gegevens binnen het wachtlijstbeheer, aan dat wel 70% van de totale instroom, zonder al over een Wlz-indicatie te beschikken, instroomt ‘vanuit een (dreigende) crisissituatie’, waardoor acuut urgente plaatsing nodig is. Dit zorgkantoor ervaart dit als een zeer onwenselijke situatie. Voor de cliënten zelf, voor hen en hun naasten is dit waarschijnlijk een heftige ervaring en zij hebben weinig meer te kiezen nu snelle opname noodzakelijk is. Als er geen passende plek is binnen de eigen regio kan dit bijvoorbeeld ook leiden tot een opname in een andere regio. Maar deze ‘zij-instroom’ heeft volgens het zorgkantoor ook negatieve effecten voor het wachtlijstbeheer. De cliënten (deels nog zonder Wlz-indicatie) die vanuit een dreigende crisis of na behandeling in het ziekenhuis urgent moeten worden geplaatst, krijgen in het wachtlijstbeheer een hogere prioriteit dan de cliënten die al op de wachtlijst staan voor een bepaalde zorgaanbieder. Die laatste cliënten moeten nu nog langer wachten, waarbij ook hun situatie kan verslechteren. Ook het opnameproces van zorgaanbieders wordt hierdoor verstoord. Zij hebben als taak de situatie van hun wachtende cliënten te monitoren en tijdig te koppelen aan een passende plek binnen hun instelling.

Zeker naarmate de instroom via deze route groter wordt, heeft dit een behoorlijke impact op de afhandeling van de reguliere wachtlijst. Voor zover het mensen zonder Wlz-indicatie betreft, is het ook een stroom die voor het zorgkantoor ‘uit het niets komt’, waarop het lastig kan anticiperen en sturen.

3.4.3 ‘Zijpad’ via ziekenhuis, vaak met grz

Figuur 2. Route van ziekenhuis naar verpleeghuis



Figuur 3. Route van ziekenhuis via grz naar verpleeghuis



Tabel 4. Percentage cliënten dat vanuit het ziekenhuis of grz instroomt naar een intramurale zorginstelling

Van	% instroom	Naar	Bandbreedte per regio
Ziekenhuis	11,4%	Intramuraal	6,8% - 18,6%
Grz Zvw	14,4 %	Intramuraal	7,1% - 26,1%
Grz Wlz	3,2 %	Intramuraal	0,4% - 7,9%.
Totaal grz	17,6%	Intramuraal	-

Bron: NZa (aanvullende analyse op basis van gegevens Monitor Ouderenzorg)

Na ziekenhuisopname vaak niet terug naar huis, maar (deels via grz) naar intramurale Wlz
Een deel van de cliënten gaat na een ziekenhuisopname eerst weer naar huis en krijgt daar Wlz-zorg thuis. Dit is volgens de top-10 zorgpaden de 6e grootste stroom. De Monitor Ouderenzorg laat zien dat relatief veel cliënten vanuit een ziekenhuis doorstromen naar een Wlz-instelling. Deels is dit

rechtstreeks, maar vaak ook met een extra tussenstap via een grz[9]-plek (zie ook tabel 4). Per regio zijn er behoorlijke verschillen in de omvang van deze instroom vanuit het ziekenhuis of de grz. Volgens zorgkantoren zijn de verschillen tussen de regio's te verklaren door de variatie in demografische kenmerken van de populatie, van het zorgaanbod (bijvoorbeeld het aantal ziekenhuizen en grz-aanbieders) en afspraken in de regio over triage.

Terug naar huis na ziekenhuisopname of grz is niet altijd de beste optie voor de cliënt
Een ziekenhuisopname kan gepland zijn (bijvoorbeeld een staaroperatie), maar ook het gevolg van een incident (bijvoorbeeld een val met botbreuk of ander letsel tot gevolg). Zorgkantoren geven aan dat tijdens een ziekenhuisopname of een erop volgend revalidatietraject kan blijken dat terug naar zelfstandig thuis wonen niet meer gaat en het wellicht eigenlijk al langer niet meer ging. 'Terug naar huis' is voor de cliënt en zijn omgeving dan niet de beste optie en de ziekenhuisopname kan soms het laatste zetje zijn dat nodig was om een eind te maken aan een onverantwoorde situatie. Dit kan ook een deel van de verklaring zijn voor de relatief hoge rechtstreekse instroom vanuit het ziekenhuis naar Wlz-intramuraal.

In de cijfers valt op dat het bij de instroom vanuit de grz meestal gaat om grz-Zvw, dus mensen betreft die op dat moment nog geen Wlz-indicatie hebben. Zij stromen dus zonder voorafgaande Wlz-zorg in een keer door naar Wlz-intramuraal. Bij de relatief grote intramurale instroom vanuit het ziekenhuis via de grz (in principe bedoeld voor mensen waarvan vooraf de inschatting is dat ze weer terug naar huis gaan) kan volgens zorgkantoren meespelen dat hierbij veelal sprake is van complexe revalidatietrajecten. Bijvoorbeeld na een CVA (Cerebro Vasculair Accident, ofwel beroerte). Revalideren is dan slechts mogelijk tot op bepaalde hoogte. Dit wordt pas tijdens het revalidatietraject geheel duidelijk. Overigens kan het volgens een zorgkantoor ook voorkomen dat de terugkeer van een cliënt naar huis niet mogelijk is vanwege noodzakelijke woningaanpassingen. Dit zorgkantoor zoekt met het oog hierop ook verbinding met het sociaal domein binnen de gemeente.

Er zijn coördinerende instanties om de doorstroom na ziekenhuisopname te bevorderen
Wanneer tijdens het verblijf in het ziekenhuis of het revalidatietraject duidelijk wordt dat terugkeer naar de thuissituatie niet meer verantwoord kan worden ingevuld, moet worden gezocht naar een passende intramurale plek. Naast het ontbreken van passende plekken noemen zorgkantoren als een redenen waarom doorplaatsing soms niet soepel verloopt, dat transferverpleegkundigen van het ziekenhuis niet altijd over voldoende kennis beschikken om de doorstroom goed te regelen, of pas laat melden dat een cliënt het ziekenhuis kan verlaten. Eén zorgkantoor zou bij voorkeur in bepaalde gevallen al op de hoogte worden gesteld van geplande operaties, zodat er meer tijd is om te zoeken naar een passende plek voor de cliënt. Per regio verschilt de wijze waarop het proces van doorplaatsing na ziekenhuisopname is georganiseerd. In een aantal regio's is volgens zorgkantoren (inmiddels) een snelle doorplaatsing naar een passende plek gewaarborgd via een regionaal transferpunt (RTP) of een soortgelijke coördinerende instantie.

Omvang 'verkeerd bed' ziekenhuis verschilt per regio
Als na afronding van de medisch specialistische behandeling in het ziekenhuis nog geen passende vervolgplek gevonden is, is bij voortgezet verblijf sprake van een 'verkeerd bed'. Voor de betreffende

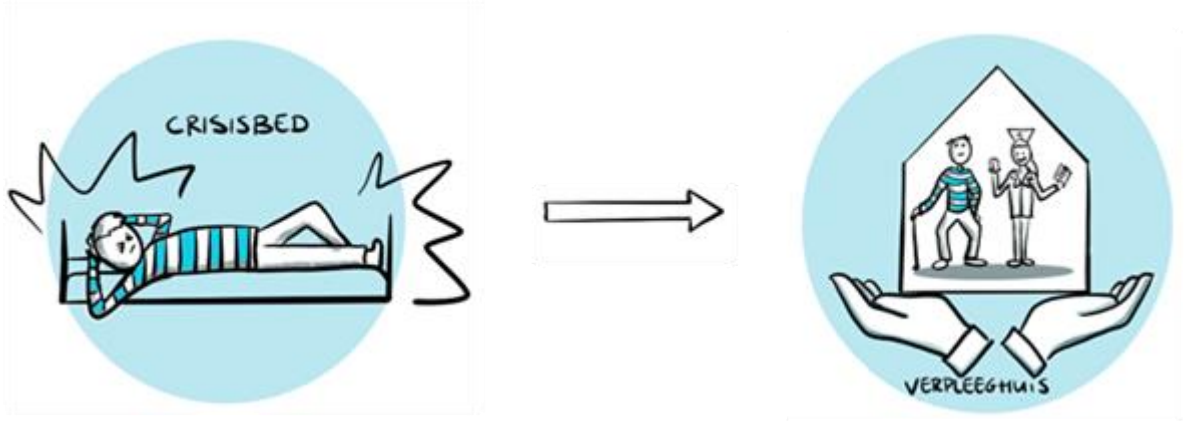
[9] Geriatrische revalidatiezorg (grz) is bedoeld voor kwetsbare ouderen. Het doel van deze revalidatie is om ervoor te zorgen dat zij uiteindelijk terug kunnen keren en weer mee kunnen doen in de maatschappij. Meestal wordt er grz geïndiceerd nadat ze terecht zijn gekomen in het ziekenhuis voor een medisch specialistische behandeling. Bijvoorbeeld na een beroerte, botbreuk door een val of noodzaak voor een nieuwe knie of heup. De cliënt komt pas in aanmerking voor de grz als er sprake is van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (meerdere ziektes, beperkingen, handicaps) en afgenomen leer en trainbaarheid.

cliënt is behandeling immers niet meer nodig en het ziekenhuis is doorgaans ook niet de meest passende leefomgeving voor een kwetsbare oudere. Bovendien wordt in het ziekenhuis een bed bezet gehouden waardoor andere mensen die behandeling nodig hebben niet kunnen instromen. Hoe vaak het voorkomt dat iemand na behandeling niet direct kan doorstromen naar passende vervolgzorg binnen de Wlz, varieert per regio. In sommige regio's komt het 'verkeerde bed' volgens zorgkantoren niet voor, terwijl in andere regio's kennelijk wel structureel gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid om hierop te declareren. Vrijwel alle zorgkantoren geven aan dat er voor een ziekenhuis geen financiële prikkel is om de prestatie 'verkeerd bed' te declareren. Er wordt alleen gebruik gemaakt van de regeling hiervoor indien dit noodzakelijk is. Het vaker en/of langer gebruik betreft cliënten voor wie lastig een passende plek te vinden. Dit komt vooral voor in regio's waarbij de zorgaanbieders lange wachtlijsten hebben. In het zuiden van het land is er een initiatief opgestart om de verkeerde bed problematiek te beperken. De aanpak komt erop neer dat binnen 72 uur wordt bepaald of wijkverpleging, elv, grz of (opnieuw) een klinische opname aangewezen is (triage). Cliënten stromen op die manier sneller door en ontvangen dan de juiste zorg. Ook bij de eerdergenoemde regionale transferpunten is triage vaak onderdeel van de werkzaamheden. Soms blijkt dat een cliënt met extra zorg toch tijdelijk terug naar huis kan om daar te wachten op opname.

Extra stap na ziekenhuisopname: soms wel, maar niet altijd een logische route?
In sommige regio's is bewust een extra tussenstap gecreëerd om een snelle doorplaatsing vanuit het ziekenhuis (of vanuit een dreigende crisissituatie thuis) te bevorderen. Een voorbeeld hiervan zijn 'observatiebedden', die extra ruimte creëren voor het vinden van een (duurzame) passende vervolgoplossing. Zorgkantoren signaleren echter ook dat er tussenoplossingen lijken te worden gebruikt die daar eigenlijk niet voor zijn bedoeld. Bijvoorbeeld het gebruik van grz als tussenplek. Deels is, zoals eerder opgemerkt, voorafgaande aan een grz-traject nog niet goed in te schatten of terugkeer naar huis een reële optie is. Zorgkantoren geven ook andere verklaringen voor het gebruik van grz als tussenstap naar intramurale opname. Eén van de zorgkantoren vertelt in gesprek te gaan over de indicatiestelling als blijkt dat een grote groep cliënten vanuit de grz de Wlz instroomt. Op basis hiervan bleek er soms een financiële reden zijn, of een gewoonte van de zorgaanbieder om dit zo te doen. Grote zorgaanbieders leveren vaak zowel grz als elv en crisiszorg. Zorgkantoren geven aan dat zij bij het declareren mogelijk soms om organisatorische redenen schuiven tussen de verschillende zorgvormen.

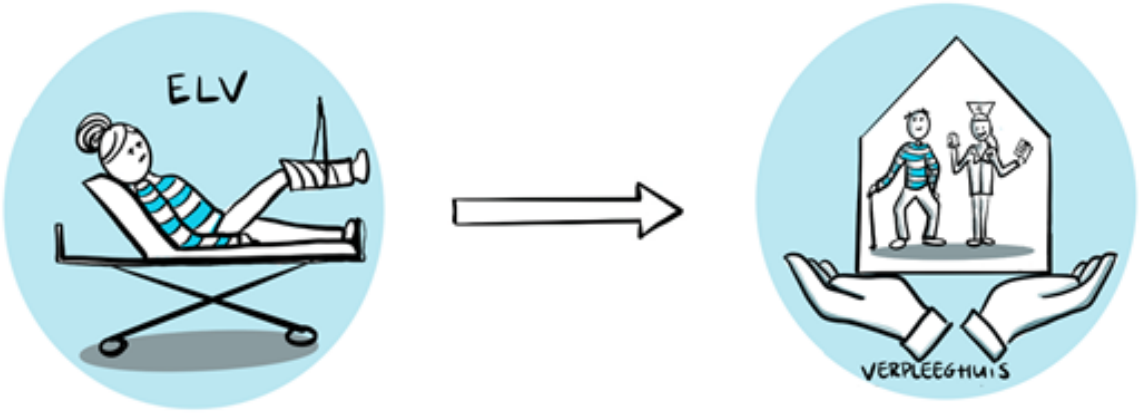
3.4.4 Zijpad via crisisopname Wlz of elv als laatste stap

Figuur 7. Zijpad via crisisbed naar verpleeghuis



De Monitor Ouderenzorg laat zien dat landelijk bij ruim 4,5% van de cliënten die in een intramurale Wlz-zorginstelling terecht komt een opname op een Wlz-crisisbed[10] direct vooraf gaat aan de reguliere opname. Daarnaast is voor 11% van de ouderen een opname op een elv-bed[11] de laatste stap voordat zij in een Wlz-instelling worden opgenomen. Zoals te lezen in tabel 5 zien we ook hier grote verschillen in bandbreedte tussen de regio's. De verschillen kunnen volgens zorgkantoren komen door de verschillen in populaties en zorgvragen, het regionale zorgaanbod en de gemaakte afspraken in de regio. Eén zorgkantoor geeft aan te zien dat in regio's waar mensen een sterk sociaal netwerk hebben, er minder behoefte is aan crisisbedden.

Figuur 4. Zijpad via elv naar verpleeghuis



Tabel 5. Percentage cliënten dat vanuit eerstelijnsverblijf of Wlz-crisisbed instroomt naar een intramurale zorginstelling

Van	% Instroom	Naar	Bandbreedte per regio
Wlz-crisis	4,5%	Intramuraal	0% - 15,6%
Elv	11%	Intramuraal	3% - 21,5%

Bron: NZa (aanvullende analyse op basis van gegevens Monitor Ouderenzorg)

[10] De crisisopname Wlz, is de crisissituatie die ook terug te zien in is in de declaraties. Er ontstaat een dusdanige crisissituatie bij een cliënt waardoor de huidige situatie onverantwoord is en er kans ontstaat op onaanvaardbare gezondheidsrisico's. Oorzaken hiervoor kunnen een plotselinge (onomkeerbare) achteruitgang in gezondheid of bijvoorbeeld het wegvallen van mantelzorg zijn.

[11] Elv is een kortdurend verblijf in een zorginstelling voor geneeskundige zorg binnen de Zvw. Een cliënt kan hier tijdelijk gebruik van maken, als vanwege een medische reden een cliënt niet thuis kan wonen, bijvoorbeeld na een ziekenhuisverblijf. Een voorwaarde voor elv is dat een cliënt géén Wlz-indicatie heeft. Elv heeft als overeenkomst met grz dat beide zijn gericht op het herstel van de patiënt en het terugkeren naar de thuissituatie; de startpositie van de cliënt (complexe multimorbiditeit bij grz) en de invulling van de zorg verschilt echter.

Verschillende beleving van wanneer een crisisopname nodig is
Crisisopnames gaan, volgens de omschrijving van zorgkantoren in het Voorschrift zorgtoewijzing, altijd over situaties waarbij op zeer korte termijn (een versnelde) opname in een Wlz-instelling noodzakelijk is. Dus nadat is vastgesteld dat eventuele ophoging van zorg thuis, extra ambulante begeleiding of inzet van een crisisondersteuningsteam (het risico op) het gevaarscriterium niet kunnen wegnemen. De situatie kan alleen opgelost worden met 24-uurs toezicht. De crisiszorg is erop gericht om een cliëntsituatie te stabiliseren en/of acute dreiging af te wenden, zodat de cliënt weer terug kan naar reguliere zorg. Een crisisopname kan een vrijwillige opname zijn maar ook een gedwongen opname op basis van de Wet zorg en dwang (Wzd) of Wet verplichte ggz (Wvggz). Een versnelde opname is niet aan de orde bij een geleidelijke achteruitgang. In dat geval is er, volgens het Voorschrift zorgtoewijzing, geen sprake van een crisissituatie. Daarvoor gelden de reguliere stappen in de Wlz-keten.

Zorgkantoren geven aan dat de criteria die andere zorgaanbieders (vooral huisartsen) gebruiken voor wat een crisis is en noodzaak voor opname in het verpleeghuis, anders (en vaak lager) kunnen zijn dan de criteria die binnen de Wlz gehanteerd worden. Dat kan soms ook te maken hebben met de druk vanuit familie en mantelzorgers die tegen hun grenzen oplopen. Tegen het weekend en tijdens vakanties worden vaker crisissituaties gemeld. De omschrijving van de noodzaak voor een crisisopname in het Voorschrift zorgtoewijzing lijkt dus strikter dan de beleving ervan in de praktijk. We gaven eerder (in paragraaf 3.4.2) echter ook aan dat zorgkantoren er wel van uitgaan dat het aandeel cliënten dat moet worden opgenomen vanuit een (dreigende) crisissituatie, of ‘onverantwoorde situaties’, veel hoger ligt dan het percentage cliënten dat instroomt via een ‘Wlz-crisisplek’. Een Wlz-crisisplek wordt in die situaties kennelijk niet als passend beschouwd, maar er is wel een dringende opnamebehoefte die urgente plaatsing nodig maakt. Zorgkantoren zoeken de oplossing voor de verschillen in beoordeling wat in een bepaalde situatie nodig is, vooral in het concentreren van de triage binnen de regio. Daar wordt dan bepaald wat het beste zorgpad is voor een cliënt en gezocht naar een daarbij passende plek.

Ook tijdens eerstelijnsverblijf kan blijken dat cliënt niet terug kan naar huis
Gedurende een elv-opname kan, net als bij grz, blijken dat een cliënt toch niet naar huis terug kan keren. Zo kan de situatie van een cliënt dusdanig verslechteren dat een Wlz-indicatie onvermijdelijk is. Of de thuissituatie kan veranderen waardoor extra zorg niet meer opgevangen kan worden door mantelzorgers. Ook kan een combinatie hiervan zich voordoen. Op dat moment kan een Wlz-indicatie worden aangevraagd en komt de cliënt op de wachtlijst te staan bij een zorgaanbieder die Wlz-zorg levert. Op de wachtlijst wordt prioriteit gegeven aan de doorstroom van cliënten die een bed bezet houden, maar daar eigenlijk niet meer horen te liggen. De cliënt komt dan met de wachtstatus ‘urgent plaatsen’ op de wachtlijst te staan.

Soms vindt uitwisseling plaats tussen de verschillende vormen van crisisplekken
Zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over de beschikbaarheid van Wlz-crisisbedden. Op basis van ervaren gebruik en voorspellingen van verwacht gebruik kan het volume worden uitgebreid of beperkt. Het kan toch voorkomen dat er binnen de eigen regio geen Wlz-crisisbed beschikbaar is. Crisissituaties zijn (op individueel niveau) niet helemaal planbaar en daardoor kan het voorkomen dat er op bepaalde momenten meer aanmeldingen binnenkomen dan plaats is. In zo’n situatie kan bovenregionaal naar een oplossing worden gezocht. Een deel van de zorgkantoren geeft aan hiervoor ook ruimte te creëren door meer flexibele afspraken te maken met zorgaanbieders die zowel (door het zorgkantoor) gecontracteerd zijn voor de levering van Wlz-crisiszorg, als (door de zorgverzekeraar) voor elv-bedden. Afhankelijk van de actuele zorgvraag van cliënten kan de zorgaanbieder dan, binnen de kaders van de met hem gemaakte afspraken over onder andere de cliëntmix, de zorgvorm en specifieke deskundigheid inzetten die hiervoor nodig is. De afspraken kunnen verschillen per zorgaanbieder. Er zijn ook zorgkantoren die voorop zetten dat cliënten in een crisissituatie zulke specifieke zorg nodig

hebben, dat alleen een Wlz-crisisbed volstaat, dus dat net zo lang gezocht wordt (ook bovenregionaal) tot er een passende plek gevonden is.

Vinden van passende definitieve plek vooral lastig voor cliënten met multiproblematiek
Een aantal zorgkantoren geeft aan dat met name bij multiproblematiek, bijvoorbeeld een oudere cliënt met een psychiatrische achtergrond of verstandelijke beperking die ook verpleging en verzorging nodig heeft, het erg lastig kan zijn een passende plek te vinden, waardoor de wachttijd thuis niet altijd meer verantwoord blijft. In dat geval is het vaak ook lastig een passende crisisplek te vinden en kan de triage langer duren. Daarnaast kan ook de doorplaatsing problemen opleveren, waardoor crisisbedden weer langer bezet blijven. Een zorgkantoor geeft aan dat er tegenwoordig meer aandacht is voor de belangen van het zorgpersoneel, wat bijdraagt aan de passendheid van een plek, maar plaatsing van patiënten met een complexe zorgvraag bemoeilijkt. De beschikbaarheid van crisisbedden en doorplaatsing na een crisisbed of elv-bed op zich wordt in sommige regio's ervaren als een (toenemend) probleem, maar lang niet in alle regio's.

Aanpak om de in- en doorstroom in de keten te verbeteren is vaak domeinoverstijgend
Om in de ouderenzorg de keten te optimaliseren (met het oog op het faciliteren 'langer thuis wonen' en het verbeteren van de in- en doorstroom van de acute keten) zoeken zorgkantoren onder andere oplossingen via een domeinoverstijgende aanpak en gerichte aandacht voor vragen en casuïstiek vanuit zorgaanbieders. Zorgkantoren proberen via eigen analyses zicht te krijgen op het gebruik van ondersteuning vanuit de Wmo en (via geanonimiseerde data via de 'eigen' zorgverzekeraar) zorggebruik vanuit de Zvw. Vervolgens worden regionale sessies georganiseerd om deze inzichten te bespreken met zorgaanbieders.

3.5 Samenvattend beeld van bevindingen in dit hoofdstuk

- Domeingrenzen belemmeren het zicht op en coördinatie van de cliëntreis als geheel.
- Ook op bovenindividueel niveau wordt gezocht naar domein-overstijgende afstemming.
- Zorgkantoren zien misverstanden over de Wlz bij (potentiële) Wlz-cliënten.
- Zorgkantoren ervaren beperkte mogelijkheden voor cliëntondersteuning voorafgaande aan de indicatie.
- Zorgprofessionals rond de cliënt zijn volgens zorgkantoren niet altijd goed op de hoogte van Wlz.
- Aanvragen Wlz-indicatie blijft een lastige afweging, voor cliënten en zorgprofessionals.
- Ruim de helft van de cliënten gaat rechtstreeks van ‘thuis’ naar een ‘verpleeghuis’.
- Cliënten komen vrijwel nooit zonder voorafgaande formele zorg thuis in de intramurale Wlz.
- De overgang van zorg vanuit de Wmo en/of Zvw naar Wlz-zorg thuis kan lastig zijn om te regelen.
- Inschattingen van zorgkantoren of het bij Wlz-zorg thuis gaat om overbruggingszorg, of de gewenste leveringsvorm, variëren.
- Wlz-zorg thuis als gewenste leveringsvorm kan soms langdurig worden ingezet.
- Overgang vanuit andere domeinen naar Wlz-zorg thuis kan lastig zijn.
- Nog geen scherp beeld waarin inzet Wlz-zorg thuis verschilt van zorg uit andere domeinen, en hoe passende zorg thuis het beste kan worden geborgd.
- Wachtlijstbeheer: focus op wachten op intramurale opname, bij zorgtoewijzing staat levering zorg thuis wel voorop.
- Zorgkantoren hebben meer inzicht in situatie en voorkeuren cliënt door nieuwe wachtstatussen.
- Zorgkantoren relateren tijdigheid aan zorgbehoefte en voorkeuren van cliënten.
- Zorgkantoren hebben ook zicht op Wlz-cliënten die nog geen opnamewens hebben, maar zich uit voorzorg wel bij een voorkeursaanbieder laten registreren.
- Wachtlijsten per zorgaanbieder kunnen afwijken van de formele wachtlijst.
- Zorgkantoren krijgen meer inzicht door ontwikkeling van dashboards.
- Er is nog weinig inzicht in cliënten die rechtstreeks vanuit Zvw intramuraal instromen in Wlz.
- Cliënten wachten volgens zorgkantoren soms te lang met het aanvragen van een Wlz-indicatie.
- Er zijn relatief vaak zijpaden te zien (instroom via ziekenhuis, grz, elv of Wlz-crisis), versnelde opnames zijn in de cijfers monitor niet zichtbaar.
- Zijpaden en versnelde opnames belasten de processen bij zorgkantoren en zorgaanbieders.
- Versnelde opnames komen volgens zorgkantoren vaak voor.
- Ziekenhuisopnames komen vaak voor in de zorgpaden naar intramurale opname.
- Na ziekenhuisopname gaan cliënten vaak niet terug naar huis, maar (deels via grz) naar intramurale Wlz.
- Terug naar huis na ziekenhuisopname of grz is niet altijd de beste optie voor de cliënt.
- Er zijn coördinerende instanties om de doorstroom na ziekenhuisopname te bevorderen.
- De omvang van het gebruik van ‘verkeerd bed’ in een ziekenhuis verschilt per regio.
- Extra stap na ziekenhuisopname is soms wel, maar niet altijd een logische route?
- Er zijn verschillende belevingen van wanneer een crisisopname nodig is.
- Ook tijdens eerstelijnsverblijf kan blijken dat cliënt niet terug kan naar huis.
- Soms vindt uitwisseling plaats tussen de verschillende vormen van crisisplekken.

4. Knelpunten in de instroom van ouderen in de (intramurale) langdurige zorg

In dit hoofdstuk reflecteren we op de knelpunten die naar voren komen in de verhalen van de zorgkantoren.

Het beeld dat in het vorige hoofdstuk is gegeven, laat zien dat ouderen via diverse zorgpaden binnenkomen in de Wlz en intramuraal worden opgenomen. Het laat ook zien dat er binnen de zorgkantoorregio's allemaal voorzieningen zijn getroffen en processen zijn ingericht om deze instroom in goede banen te leiden. In dit hoofdstuk voegen we onze eigen reflecties toe aan wat zorgkantoren ons vertelden over de instroom, in reactie op onze vragen en de cijfers uit de Monitor Ouderenzorg die wij aan hen hebben voorgelegd. We gaan nader in op de knelpunten die zorgkantoren benoemden en proberen deze, voor zover als mogelijk, te bezien vanuit (de consequenties voor) zowel cliënten als het goed functioneren van het stelsel en/of de instanties die één en ander goed en passend moeten regelen. We hebben daarbij de bevindingen in hoofdstuk 3, voor zover die raken aan (mogelijke) knelpunten, gegroepeerd in een aantal thema's:

- Knelpunten rond de overgang naar de Wlz;
- Knelpunten rond Wlz-zorg thuis en wachttijd tot opname;
- Knelpunten in relatie tot 'zijpaden' en 'versnelde opnames'.

4.1 Knelpunten rond de overgang naar de Wlz

Een aantal knelpunten hangt samen met de overgang naar de Wlz vanuit voorafgaande zorgdomeinen. Die knelpunten kunnen we onderverdelen in de volgende drie categorieën:

- Knelpunten die te maken hebben met de domeingrenzen en de verschillen tussen de domeinen wat betreft zorginhoud en randvoorwaarden;
- Knelpunten over keuze-ondersteuning voor (toekomstige) cliënten, en;
- Individuele dilemma's rond de overstap naar de Wlz.

4.1.1 Domeingrenzen en verschillen tussen de domeinen

Knelpunten rond de overgang naar de Wlz hebben vaak een relatie met het feit dat er sprake is van domeingrenzen tussen de zorg vanuit de Wlz en zorg- en ondersteuning vanuit de Zvw en de Wmo.

Domeingrenzen belemmeren het zicht op en coördinatie van de cliëntreis als geheel
In hoofdstuk 3 constateerden we al dat domeingrenzen het zicht op de cliëntreis als geheel belemmeren. Domeingrenzen staan daarmee een 'warme overdracht' in de weg van cliënten die voorafgaande aan de Wlz-zorg al wel in beeld zijn bij zorgverleners binnen andere domeinen. Zorgkantoren willen wel graag 'over de muur van hun domein heen kijken', zowel op individueel niveau als op bovenindividueel niveau. Voor een deel lukt dit ook, maar zorgkantoren vertellen ook tegen belemmeringen aan te lopen. Daarbij gaat het met name om de belemmering dat cliënten voor hen pas in beeld komen nadat zij een Wlz-indicatie hebben gekregen. Zij kunnen dus niet zien 'wie eraan komt', 'wanneer', en wat er nodig is. Dit is niet alleen vervelend voor cliënten. Het maakt ook lastig om cliëntreizen 'bij te sturen' om zo ook de gewenste vertraging in de reis naar langdurige zorg, zoals het zorgtredenmodel beoogt, met adequate (bijvoorbeeld op preventie gerichte) maatregelen te bevorderen. Verder maken de domeingrenzen het op bovenindividueel niveau voor zorgkantoren ook lastiger om in te schatten welk zorgaanbod nodig is om de toekomstige instroom op te vangen en hierop hun zorginkoop in te richten. Met het oog hierop vinden wij het wenselijk dat er nagedacht wordt over hoe het zicht op de cliëntreis als geheel en de mogelijkheden om cliënten op deze reis te begeleiden en zo nodig bij te sturen, kan worden verbeterd. Dit geldt ook voor de wijze waarop hierover met cliënten wordt gecommuniceerd. We zien hiervoor zeker mogelijkheden, waarbij de domeinoverstijgende samenwerking zoals die binnen regio's steeds meer gestalte krijgt, hier mogelijk een sleutel voor kan zijn.

Zorgkantoren en anderen hebben baat bij duidelijker zorginhoudelijke grens tussen de domeinen
In een verkenning naar het gebruik van het volledig pakket thuis (vpt) in de verpleging en verzorging (V&V) in de Wet langdurige zorg (Wlz) constateert de NZa "dat bij de inrichting van de verschillende domeinen Wmo, Zvw en Wlz niet is aangesloten bij het continuüm van zorg in de thuissituatie tot in de intramurale setting, dat de cliënt doorloopt bij een steeds zwaarder wordende zorgvraag. In het stadium voorafgaande aan de Wlz (Zvw en Wmo) zijn de onderdelen die in de Wlz tot het integrale pakket behoren versnipperd, waardoor zorgaanbieders onvoldoende in staat zijn om te beoordelen of aan het 24-uurs criterium wordt voldaan. Daarnaast past de keuze om in de Wlz de 'last resort' functie verblijf als uitgangspunt te nemen, en de zorg thuis als uitzondering op de regel, niet goed bij de steeds zwaarder wordende zorgvraag vanuit de thuissituatie." Dit leidt volgens deze eerder uitgebrachte verkenning "tot onduidelijkheid bij zorgaanbieders over wanneer een cliënt de overstap naar de Wlz zou moeten maken, en over waar de grens tussen vpt-zorg en andere vormen van zorg thuis ligt. Die grens lijkt willekeurig. Dat manifesteert zich in de roep bij zorgaanbieders om integrale zorg te kunnen bieden in de andere domeinen Zvw of Wmo, of de roep om strakkere richtlijnen of voorschriften voor de overstap naar de Wlz. Het ontbreken hiervan leidt tot willekeurig of strategisch gedrag. Bij verdere scheiding van wonen en zorg zal dit probleem vergroten, omdat meer cliënten zich in de thuissituatie op het grensvlak tussen de domeinen begeven. En precies daar ontstaan de risico's voor passende zorg." Ook in deze verkenning komt naar voren dat het voor cliënten, zorgprofessionals en zorgkantoren, mede vanwege de zorginhoudelijk onduidelijke grens tussen de domeinen, lastig is om te bepalen wanneer een overgang naar zorg vanuit de Wlz passend is voor de cliënt. We gaven ook aan dat zorgkantoren proberen om zorgprofessionals hierbij te ondersteunen met 'handvatten' en er ook bij het Zorginstituut een traject loopt om meer duidelijkheid te bieden over waar het aanbod vanuit de Zvw stopt en dat vanuit de Wlz begint. Hierbij zijn zij echter gebonden aan de inrichting van de verschillende domeinen. We herhalen in het kader van deze verkenning naar de (knelpunten in de) instroom in de Wlz dan ook de oproep zoals de NZa die in maart heeft gedaan, dat een logischer aansluiting van de domeinen (in inkoop en bekostiging) bij het continuüm in de zorg in de thuissituatie nodig is om passende zorg te realiseren. In het kader van die rapportage over scheiden van wonen en zorg is ook als mogelijk langetermijnperspectief de suggestie gedaan om de zorg thuis uit de Wlz over te hevelen naar de Zvw en de Wmo. Daar is uiteraard eerst uitgebreid nader onderzoek naar de voor- en nadelen voor nodig om te bepalen of dat een passende ontwikkeling zou zijn. Meer inzicht over in hoeverre en binnen welke randvoorwaarden het zorgkantoren en zorgaanbieders lukt om langdurige zorg thuis passend in te vullen en daarmee (langer) te voorkomen dat (urgente) opname noodzakelijk wordt vanwege een niet meer verantwoorde situatie thuis (voor cliënt en mantelzorger), kan bijdragen aan dergelijk onderzoek.

Verschil in randvoorwaarden is van invloed op keuzes, conclusie niet zomaar te trekken
Cliënten kunnen gevolgen ondervinden van verschillen in randvoorwaarden voor gebruik van zorg. Aan het gebruik van zorg of ondersteuning zijn per domein verschillende voorwaarden verbonden. Deze verschillen kunnen van invloed zijn op de keuzes en mogelijkheden van cliënten om passende zorg te ontvangen. Zorgkantoren noemden in dit verband het verschil in eigen bijdrage tussen de Wlz en de andere domeinen als één van de randvoorwaaren. Het gelijktrekken van deze financiële randvoorwaarden (zoals sommige zorgkantoren voorstellen) zou in hun ogen de aanleiding voor cliënten kunnen verminderen om te laat een Wlz-indicatie aan te vragen als dit qua zorgbehoefte eigenlijk wel nodig is. Dit betreft een veelomvattende afweging, waardoor het niet wenselijk is hierover zonder meer een conclusie te trekken.

Meer ruimte gewenst om passende overbruggingszorg domeinoverstijgend te regelen?
Een andere randvoorwaarde voor het gebruik van zorg waar we de aandacht op willen vestigen, is het gegeven dat - behalve bij leveringsvorm pgb - Wlz-cliënten alleen gebruik kunnen maken van zorgaanbieders die een contract hebben met het zorgkantoor. Zorgkantoren wezen erop dat dit tot

gevolg kan hebben dat het lastig kan zijn voor cliënten om hun vertrouwde zorgverlener te kunnen behouden na ontvangst van een Wlz-indicatie, als die zorgverlener geen contract heeft met het zorgkantoor. Oplossingsmogelijkheden die zorgkantoren noemen zijn dat, als rechtstreeks contract geen optie is, dat de zorgverlener als onderaannemer gaat werken van een zorgaanbieder die wel een contract heeft met het zorgkantoor. Of dat de zorg wordt verleend via een pgb. Beide opties hebben nadelen. In hoofdstuk 3 (paragraaf 3.3.1) beschreven we al de risico's die een zorgkantoor ziet voor de hoofdaannemer bij de constructie van onderaannemerschap. De oplossing van voortzetting van de zorg via een pgb heeft als consequentie dat twee partijen die daar zelf niet bewust voor kiezen (de cliënt en de zorgverlener) zich verplicht kunnen voelen om deze leveringsvorm te gaan gebruiken. In de situatie dat cliënten hun vertrouwde zorgverlener niet kunnen behouden, moet er binnen korte tijd (de wet kent zelfs helemaal geen overgangstermijn) zorg vanuit een andere organisatie worden geregeld. Dit alles kan tot gevolg hebben dat de overgang naar de Wlz voor cliënten minder gemakkelijk verloopt en mogelijk ook wordt uitgesteld. Het kan cliënten ervan weerhouden om op tijd een Wlz-indicatie aan te vragen, terwijl dit gelet op hun zorgbehoefte eigenlijk wel nodig is. Of het kan zijn dat zij na ontvangst van hun indicatie niet meer de zorg krijgen die zij nodig hebben. Wij roepen de beleid- en regelgevende instanties op om te bezien in hoeverre het wenselijk en mogelijk is om, tijdens een overbruggingssituatie, de grens tussen de domeinen minder strikt te hanteren. Van belang is daarbij echter ook dat goed wordt gekeken naar welke zorg nodig is voor ouderen met een Wlz-indicatie, die wachten op opname. Een overbruggingsperiode kan immers lang duren, ook in die fase is zorg nodig die passend is in relatie tot de Wlz-indicatie, geleverd door zorgaanbieders die daartoe voldoende zijn gekwalificeerd. In paragraaf 4.2 gaan we verder in op de invulling van Wlz-zorg thuis. Van zorgkantoren vragen we om meer inzicht te creëren in hoe vaak de geschetste problematiek zich voordoet: hoe vaak wordt gebruik gemaakt van constructies via onderaannemerschap of pgb, in welke situaties is dit (eigenlijk) geen goede oplossing?

4.1.2 Keuze-ondersteuning voor (toekomstige) cliënten

Zorgkantoren gaven aan bij mensen die nog geen Wlz-zorg hebben misverstanden te zien over de werking en mogelijkheden van de Wlz en ook dat zorgprofessionals rond de cliënt daar niet altijd goed op de hoogte zouden zijn. Zorgkantoren proberen hierop in te spelen door bijvoorbeeld op hun (landelijke) websites en in brochures informatie over Wlz-zorg en de wijze waarop deze kan worden aangevraagd te geven. Mensen die zelf zoeken naar informatie over de Wlz kunnen zich aan de hand hiervan oriënteren. Ook andere instanties, zoals bijvoorbeeld het ministerie van VWS, het Zorginstituut en het CIZ, bieden dergelijke informatie.

Wetsvoorstel om zorgkantoren meer ruimte te bieden voor vroegtijdige cliëntondersteuning
De mogelijkheden voor zorgkantoren om zelf individuele cliënten te ondersteunen voorafgaande aan hun Wlz-indicatie, zijn beperkt. Er is wel een wetsvoorstel in voorbereiding dat zorgkantoren de mogelijkheid geeft om in een eerder stadium cliëntondersteuning te bekostigen. Dit wetsvoorstel is nog in voorbereidende fase.

Keuze-ondersteuning op basis van een realistisch beeld
De algemene informatie van zorgkantoren en andere instanties over de langdurige zorg is doorgaans gebaseerd op hoe het in wet- en regelgeving is geregeld. Er wordt uitgelegd waar mensen onder bepaalde voorwaarden recht op hebben en welke plichten daar tegenover staan. De vraag is of dit altijd strookt met waar cliënten echt op kunnen rekenen. Als de ervaring leert dat de werkelijkheid er anders uitziet dan je op basis van de regels mag verwachten, worden cliënten die het formele verhaal krijgen, in feite toch 'verkeerd voorgelicht'. Bijvoorbeeld over de mogelijkheden om, met het oog op de

beschikbaarheid daarvan, daadwerkelijk te kunnen kiezen tussen leveringsvormen en/of gecontracteerde zorgaanbieders.

Een voorbeeld hiervan is een bestaande brochure ‘Misverstanden over de Wlz’, een initiatief van één van de zorgkantoren. Deze brochure probeert onjuiste vooroordelen, die mensen kunnen hebben over regels in de Wlz, weg te nemen. Maar de vraag is of dit in alle gevallen recht doet aan de werkelijkheid. De regels kunnen in individuele gevallen namelijk wel degelijk ‘onvoordelig’ uitpakken. Denk hierbij aan de hoogte van de eigen bijdrage, die afhankelijk is van de persoonlijke situatie van de cliënt. Verder kan Wlz-zorg qua regelgeving anders bedoeld zijn dan Zvw-zorg, maar we constateerden eerder al dat die verschillen niet zonder meer duidelijk zijn af te leiden uit de wet- en regelgeving. Bovendien hoeft in praktijk het verschil er helemaal niet te zijn, zo leiden we af uit de gesprekken met zorgkantoren.

Een ander voorbeeld gaat over de voorlichting door zorgkantoren aan (aankomende) wachtenden over de wachtlijst. De algemene informatie over de regels en hoe het praktisch werkt met de wachtlijsten schetst doorgaans vooral het beeld dat cliënten kunnen kiezen tussen leveringsvormen en (gecontracteerde) zorgaanbieders. Echter uitgaande van de huidige ontwikkelingen in de wachtlijsten, de constante stijging en de effecten van de zij-instroom (zie ook paragraaf 3.4.2) is het de vraag of het de wachtende met deze algemene voorlichting ook echt duidelijk wordt wat dit specifiek voor diens situatie betekent. Als er in de keuzefase ook contact is met de cliënt (maar dit is zoals eerder toegelicht niet vanzelfsprekend) vertellen zorgkantoren vaak ook hoe lang wachtlijsten zijn, en kan de informatie meer worden toegespitst op de situatie van de cliënt en de mogelijkheden die de Wlz concreet biedt. Wij vinden het van belang dat zorgkantoren en het ministerie van VWS samen overleggen over wat nodig is voor een beter verwachtingsmanagement richting (toekomstige) Wlz-cliënten, waardoor zij betere keuzes kunnen maken, in samenhang met hun persoonlijke situatie en omstandigheden. Bijvoorbeeld over het ervaringsgegeven dat het in de huidige tijd mogelijk niet realistisch is te verwachten dat op het moment dat zij een opnamewens hebben ook tijdig zorg op de plek van voorkeur georganiseerd kan worden.

4.1.3 Individuele dilemma’s rond de overstap

Het aanvragen van een Wlz-indicatie is een beslissing die uiteindelijk door de cliënt en zijn omgeving zelf moet worden genomen. Naast bijvoorbeeld financiële overwegingen kunnen in deze afweging veel andere, meer emotionele of subjectieve factoren een rol spelen. Verschillende motieven kunnen op gespannen voet met elkaar staan, cliënten zelf kunnen een ander beeld hebben van de situatie dan hun omgeving. Hierdoor is het vaak niet gemakkelijk om de knoop door te hakken. Cliënten vragen volgens zorgkantoren niet altijd tijdig een Wlz-indicatie aan, terwijl dit met het oog op hun zorgvraag wel nodig is. Of zij willen niet worden opgenomen in een intramurale instelling, terwijl de situatie thuis eigenlijk niet meer verantwoord is. We zien dat zorgkantoren en anderen zich inspannen om cliënten tijdig te laten nadenken over de situatie waarin hun zorgvraag mogelijk intensiever wordt.

Naast stimuleren tijdige voorbereiding ook rekening houden met ‘onvoorbereide instroom’
Het is gewenst om, als naaste of zorgprofessional, steeds weer het gesprek te blijven aangaan met de cliënt over wat te doen wanneer de zorgvraag zwaarder wordt. Zorgkantoren en zorgverzekeraars zouden dit kunnen stimuleren. Het is ook van belang te beseffen dat beslissingen hierover niet alleen op basis van rationele argumenten worden genomen, en ook dat de toename van de individuele zorgbehoefte geen voorspelbaar lineair gegeven is. Het zal dus blijven voorkomen dat cliënten niet (tijdig) de overgang naar de Wlz willen maken of zich daarop willen oriënteren, hoewel zij daar qua zorgbehoefte wel op zijn aangewezen. Zorgkantoren zullen daarom ook moeten aansluiten bij dit

gegeven, en daarop passende acties moeten bedenken. Dat betekent: blijven bevorderen dat cliënten zich tijdig voorbereiden op situatie waarin zij mogelijk te maken krijgen met een intensievere zorgvraag, op basis van reële verwachtingen. Daarnaast zullen zorgkantoren ook altijd rekening moeten houden met cliënten die onvoorbereid, ongepland en/of versneld instromen en (mede afhankelijk van hoe groot die instroom in praktijk blijkt te zijn) hun processen en activiteiten daarop moeten afstemmen.

4.2 Knelpunten rond Wlz-zorg thuis en wachttijd tot opname

Inzichten en ervaringen met invulling Wlz-zorg thuis van belang voor cliënten nu en straks
Om langer thuis te kunnen wonen met Wlz-zorg, is het nodig dat deze zorg daar ook passend en doelmatig kan worden ingevuld. We hebben van zorgkantoren verschillende beelden gekregen over hoe Wlz-zorg thuis nu wordt ingevuld. Sommige zorgkantoren stelden dat de zorg thuis vanuit de Wlz niet veel zou verschillen van de zorg die vanuit de Zvw wordt geleverd. Andere zorgkantoren gaven aan dat er wel degelijk verschillen zijn in intensiteit, maar ook qua invulling. Een deel van de zorgkantoren doet ook onderzoek naar de mogelijkheden en beperkingen van Wlz-zorg thuis, in aansluiting bij de beleidsdoelstelling om mensen langer thuis te kunnen laten wonen. Wij vinden het, met het oog op de huidige cliëntenpopulatie en de verdere invulling van het beleid, van belang dat zorgkantoren goed laten zien wat hun inzichten en ervaringen in hoeverre het in de huidige situatie lukt om passende Wlz-zorg thuis te leveren, en wat zij daarbij zien als mogelijkheden en beperkingen. Voor ons is dit ook gewenst om meer comfort te krijgen over de vraag of Wlz-zorg thuis op dit moment voldoende passend wordt en kan worden ingezet. In elke fase moet de zorg immers voldoende passend zijn. Het beeld dat wij op basis van deze verkenning hebben gekregen is daarvoor nog onvoldoende scherp.

Overkoepelend inzicht in omvang zorg thuis als gewenste leveringsvorm wenselijk
De norm dat de zorg in elke fase voldoende passend moet zijn, geldt zowel voor cliënten die ‘wachten op opname’ en overbruggingszorg nodig hebben, als voor cliënten die vooralsnog geen opnamewens hebben en de Wlz-zorg thuis willen ontvangen. Het onderscheid tussen Wlz-zorg thuis als overbruggingszorg of als gewenste leveringsvorm, kan wel van invloed zijn op wat voldoende passend is, en welke mogelijkheden er zijn om dit goed te regelen. Gaat het erom dat de cliënt en zijn formele en informele ondersteuning het nog een beperkte tijd moeten zien vol te houden, eventueel met tijdelijke extra inzet van zorg, of gaat het om een situatie waarvan bedoeling is dat deze langdurig kan worden voortgezet? Zorgkantoren weten op individueel niveau wel, op basis van hun wachtlijstbeheer, of het gaat om overbruggingszorg of Wlz-zorg thuis zonder dat vooralsnog sprake is van een ‘opnamewens’. We zien dat zorgkantoren niet vanzelfsprekend beschikken over een, met cijfers onderbouwd, overkoepelend beeld van welk deel van de cliënten de Wlz-zorg thuis als overbruggingszorg krijgt en welk deel als gewenste leveringsvorm. Waarbij als kanttekening wel van belang is dat ook de inzet van overbruggingszorg, zeker in geval van de status ‘wacht op voorkeur’ bij een populaire zorgaanbieder, langdurig kan zijn. De verwachte wachttijd is vooraf ook moeilijk te voorspellen.

4.3 Knelpunten in relatie tot ‘zijpaden’ en ‘versnelde opnames’

De cijfers van de Monitor Ouderenzorg laten zien dat cliënten relatief vaak via zijpaden instromen. Volgens zorgkantoren wordt het aantal opnames vanuit crisisopnames in de cijfers onderschat, omdat deze vaak niet zichtbaar zijn. Op zich hoeft het niet altijd ongewenst te zijn dat cliënten via zijpaden en/of versneld instromen, bezien vanuit de situatie en voorkeuren van cliënten en/of het overheidsbeleid

als geheel. We zien bijvoorbeeld dat cliënten na een ziekenhuisopname relatief vaak niet meer terug naar huis gaan, maar worden opgenomen in een intramurale Wlz-instelling. We weten niet waarom dit gebeurt, of waarom dit deels gebeurt via bepaalde tussenstappen (na ziekenhuisopname eerst grz of elv voordat cliënt doorstroomt naar Wlz-intramuraal). Het kan zijn dat de ziekenhuisopname moeilijk te vermijden was tijdens het wachten op een situatie met (meer) passende zorg, of dat iemand dacht geen zorg nodig te hebben, maar in het ziekenhuis belandt met als conclusie dat het zo echt niet langer kan. De tussenstappen via grz of elv worden mogelijk ingezet om te voorkomen dat een cliënt onnodig lang een ('verkeerd') bed in het ziekenhuis bezet houdt en binnen die omgeving ook geen passende zorg krijgt in relatie tot zijn langdurige zorgbehoefte. Deze verkenning biedt nog geen antwoorden op deze vragen.

Opnames via zijpaden hebben (ook) nadelige consequenties
Het gegeven dat zo'n relatief groot aandeel van de cliënten wordt opgenomen vanaf zijpaden (en dit aandeel volgens zorgkantoren naar verwachting nog zal groeien) heeft naar wij menen ook nadelige consequenties, die mogelijk wel kunnen worden beperkt. Voor de cliënt kan een ongeplande ziekenhuisopname een heftige ervaring zijn. En na de ziekenhuisopname staat, gezien de urgentie, bij het zoeken naar een (eventueel tijdelijke) vervolgplek passende zorg voorop en kan minder rekening worden gehouden met voorkeuren voor een bepaalde zorgaanbieder of locatie. Zij-instromers vanuit het ziekenhuis of vanaf crisisplekken vormen ook een belasting voor de processen binnen het wachtlijstbeheer. Zij krijgen bij binnenkomst op de wachtlijst direct de status 'urgent plaatsen'. Deze status vergt een meer intensieve aanpak van zorgaanbieders en zorgkantoren om tijdig passende zorg georganiseerd te krijgen. Andere cliënten op de wachtlijst moeten daardoor langer wachten. Wij vinden het, met het oog op het zoveel mogelijk ondervangen van de nadelen, wenselijk dat zorgkantoren en zorgaanbieders inzicht proberen te krijgen in de (regionale) omvang en achtergrond van de zij-instroom, en welke consequenties die heeft vanuit de verschillende perspectieven. Nadere analyses van de gegevens binnen het wachtlijstbeheer, kunnen hiervoor de grondslag vormen.

Processen moeten aansluiten bij daadwerkelijke instroomroutes
Als zorgkantoren en zorgaanbieders inzicht hebben in de omvang en achtergrond van de zij-instroom kunnen zij hun processen goed afstemmen op de daadwerkelijke routes die cliënten doorlopen. Als er een aanzienlijke instroom van ouderen uit het ziekenhuisopname of vanuit crisissituatie komt, vergt dit immers een andere werkwijze van hen. Een andere werkwijze, dan wanneer dit uitzonderingen zijn op de situatie waarin verreweg de meeste cliënten thuis verantwoord kunnen wachten op een opname. En waarbij die opname binnen een redelijke termijn plaats kan vinden op een passende plek. Het vergt ook een goede, domeinoverstijgende coördinatie binnen en tussen regio's. Binnen de ene regio lijkt dit al beter op orde dan binnen de andere.

Bezorgdheid over rechtstreeks instroom vanuit Zvw en versnelde opnames 'vanuit het niets'
De Monitor Ouderenzorg laat zien dat er een groep ouderen is die direct intramuraal wordt opgenomen met alleen voorafgaande wijkverpleging vanuit de Zvw. Deze rechtstreekse instroom vanuit de wijkverpleging Zvw is nog moeilijk te duiden, we weten niet om wat voor situaties dit gaat. We zien een mogelijk verband met de signalen van zorgkantoren dat er, in ieder geval in sommige regio's, een relatief grote stroom cliënten zou zijn die (voor het zorgkantoor en Wlz-aanbieders) 'vanuit het niets' urgent moet worden opgenomen in de Wlz. Urgente opnames lijken in de huidige situatie geen uitzondering te zijn, maar regel. Zorgkantoren geven aan te verwachten dat deze instroom nog zal toenemen. Voor zover dit het geval is, vragen wij ons af of dit de manier is waarop de instroom in de Wlz in de regel zou moeten verlopen. En dan voornamelijk met het oog op de nadelen die eraan verbonden kunnen zijn. Enerzijds nadelen voor de betreffende cliënten, die bij opname vanuit een crisissituatie een heftige ervaring kunnen meemaken en op dat moment weinig keuzemogelijkheden meer zullen hebben.

Anderzijds ook nadelen voor het functioneren van het wachtlijstbeheer en alle activiteiten van zorgaanbieders en zorgkantoren die gepaard gaan met urgente opnames. Andere cliënten, die wel op de wachtlijst staan, moeten langer wachten. Daarnaast hebben zorgkantoren geen zicht op de werkelijke zorgbehoefte en vraagontwikkeling en kunnen daar niet goed op inspelen bij de zorginkoop en zorgbemiddeling. We hebben nog geen zicht op de omvang van deze route, maar ook niet op de verklaringen ervoor. Willen ouderen zich niet tijdig oriënteren of krijgen ze niet de juiste informatie over de mogelijkheden en beperkingen in de Wlz? Zijn er (echte of gedachte) nadelen waardoor ouderen het aanvragen van een indicatie te lang uitstellen? Is er geen passende (Wlz-)zorg thuis voor de periode dat ze nog geen opnamewens hebben? Wij vinden het nodig dat landelijk het zicht hierop wordt vergroot, omdat hier mogelijk sprake is van ‘verborgen knelpunten’.

5. Conclusies, aanbevelingen en vervolgacties

Op basis van de ervaringen van zorgkantoren, en rekening houdend met de wettelijke kaders en de beleidscontext, komen wij tot een aantal conclusies over het verloop van de instroom in de langdurige zorg. Daarop formuleren wij aanbevelingen voor zowel de zorgkantoren als andere regelgevende en beleidsbepalende instanties en gaan we in op de vervolgacties vanuit de NZa.

5.1 Conclusies over het verloop van de instroom

Ruim de helft van de cliënten wordt rechtstreeks vanuit thuis opgenomen in een intramurale instelling. Deze cliënten krijgen thuis meestal al één of andere vorm van formele zorg. Verwacht kan worden dat hun zorgbehoefte dan in de gaten wordt gehouden (als zij een Wlz-indicatie hebben) door de zorgverleners vanuit de Wlz of door zorgprofessionals vanuit de voorliggende domeinen. We zien dat domeingrenzen het wel moeilijk maken om cliënten tijdig te kunnen begeleiden richting een overgang naar passende Wlz-zorg.

Daarnaast is er een aanzienlijke instroom in de intramurale Wlz via ‘zijpaden’ en via ‘versnelde opnames’. Bij deze stroom verloopt het proces *niet* zo dat cliënten die opgenomen willen of moeten worden, eerst een indicatie krijgen voor Wlz-zorg, daarop thuis wachten met zo nodig en indien gewenst Wlz-zorg thuis, om vervolgens te verhuizen naar een zorglocatie die aansluit bij hun voorkeur. Bijna de helft van de cliënten wordt echter pas opgenomen in een intramurale Wlz-instelling na eerst een ziekenhuisopname te hebben meegemaakt (al dan niet gevolgd door een geriatrisch revalidatietraject of een eerstelijnsverblijf opname), of moet urgent worden geplaatst vanuit een (dreigende) crisissituatie thuis. We vermoeden dat veel van deze ouderen nog niet (lang) beschikken over een Wlz-indicatie en daarmee nog niet in beeld waren van het zorgkantoor en/of een voorkeursaanbieder binnen de Wlz. Dat kan een onwenselijke situatie zijn, voor de cliënten zelf, voor andere cliënten op de wachtlijst en voor de zorgkantoren die moeten zorgen dat hun cliënten passende zorg krijgen.

Verder zien we dat zorgkantoren aangeven dat zij, via hun wachtlijstbeheer en afspraken met zorgaanbieders hierover, monitoren of de thuissituatie van Wlz-cliënten in overeenstemming blijft met wat verantwoord is gelet op hun zorgbehoefte en tevens nog aansluit bij hun voorkeur. Waar we nog geen goed beeld van hebben, is op welke wijze invulling wordt gegeven aan de Wlz-zorg thuis. Zowel waar die dient als overbruggingszorg als in situaties waar cliënten hiervoor hebben gekozen als leveringsvorm. In hoeverre lukt het al met Wlz-zorg thuis cliënten langer thuis te laten wonen en wat zijn de mogelijkheden en beperkingen daarvan? Gelet op het uitgangspunt in het beleid dat ook mensen die langdurig intensieve zorg nodig hebben zo lang mogelijk thuis blijven wonen, is het van groot belang dat zorgkantoren goed monitoren en kenbaar maken in hoeverre de (Wlz-)zorg thuis (al) voldoende passend kan worden ingevuld om de situatie (voor cliënt en mantelzorger) verantwoord te houden.

5.2 Aanbevelingen over knelpunten die nadere aandacht en acties vragen

Op basis van dit verkennende onderzoek zien we een aantal onderwerpen waarmee zorgkantoren of andere instanties aan de slag kunnen gaan om de hier gesignaleerde knelpunten in te perken.

5.2.1 Aanbevelingen aan de zorgkantoren

- (Potentiële) Wlz-cliënten moeten goed worden geïnformeerd over de mogelijkheden en beperkingen van Wlz-zorg. Wij vinden het van belang dat zij uit kunnen gaan van realistische verwachtingen. Bijvoorbeeld over in hoeverre het naar verwachting mogelijk is om binnen een redelijke termijn te worden opgenomen bij een zorgaanbieder en/of op een locatie van voorkeur. Signaleer waar dit knelt en overleg met de beleids- en regelgevende instanties over wat nodig is voor een beter verwachtingsmanagement richting (toekomstige) Wlz-cliënten, waardoor zij zich kunnen voorbereiden op basis van een reële inschatting van de mogelijkheden en beperkingen van Wlz-zorg, in samenhang met hun persoonlijke situatie en omstandigheden. Denk hierbij aan het ervaringsgegeven dat het in de huidige tijd mogelijk niet realistisch is te verwachten dat, op het moment dat cliënten een opnamewens hebben, ook daadwerkelijk tijdig zorg op de plek van voorkeur georganiseerd kan worden.

- Draag er binnen de mogelijkheden van het zorgkantoor aan bij dat (de nadelen van) urgente opnames worden voorkomen. Onder andere door te bevorderen dat cliënten zich tijdig voorbereiden op situaties waarin zij mogelijk te maken krijgen met een intensievere zorgvraag.

- Creëer meer inzicht in welke knelpunten zich voordoen bij de overgang van zorg uit andere domeinen naar Wlz-zorg. Hoe vaak wordt gebruik gemaakt van constructies via onderaannemerschap of pgb, in welke situaties is dit (eigenlijk) geen goede oplossing?

- Onderzoek, samen met zorgaanbieders en relevante partijen binnen de andere domeinen, de omvang en de achtergrond van de zij-instroom. Maak ook duidelijk in hoeverre het hier gaat om cliënten die nog geen Wlz-indicatie hadden. Stem vervolgens de processen voor wachtlijstbeheer en zorgtoewijzing optimaal af op de daadwerkelijke routes die cliënten doorlopen. Hier kan een domeinoverstijgende aanpak aan bijdragen.

- Breng in kaart in hoeverre zich in de verschillende regio's daadwerkelijk cliënten vanuit het perspectief van de zorgkantoren en Wlz-aanbieders 'vanuit het niets' urgent moeten worden opgenomen in de Wlz.

- Creëer meer inzicht in de inzet van Wlz-zorg thuis, de verschillen tussen deze zorg en zorg vanuit andere domeinen en hoe passende zorg thuis voor mensen met een Wlz-indicatie het beste kan worden geborgd. Lukt het om met Wlz-zorg thuis cliënten langer thuis te laten wonen, en wat zijn de mogelijkheden en beperkingen daarvan? Gelet op het uitgangspunt in het beleid dat ook mensen die langdurig intensieve zorg nodig hebben zo lang mogelijk thuis blijven wonen, is het van groot belang dat zorgkantoren goed monitoren hoe (Wlz-)zorg thuis passend en verantwoord kan worden ingevuld voor cliënt en mantelzorger.

Meer inzicht is nodig voor de vervolgstappen
Uit hoofdstuk 3, en wat daarop is aangevuld in dit hoofdstuk, kan worden afgeleid dat we niet op alle punten nog een scherp beeld hebben van de instroom van ouderen in de (intramurale) Wlz. Ook zijn er beelden en verklaringen die maar van één of twee zorgkantoren afkomstig zijn en waarvan niet duidelijk is geworden of deze ook voor andere zorgkantoren gelden. Enerzijds komt dit, omdat we nog niet alle informatie over bepaalde onderwerpen hebben kunnen ophalen. Anderzijds zijn er ook punten waar zorgkantoren zelf moeilijk zicht op kunnen krijgen, bijvoorbeeld bij domein-overstijgende zorgpaden. Op de punten die we hieronder benoemen, vinden we het wel wenselijk dat hier meer inzicht in komt.

Bijvoorbeeld, omdat we vermoeden dat hieraan (deels nog verborgen) knelpunten mee verbonden kunnen zijn.

Samengevat zijn de punten waarop we ten minste meer duidelijkheid wensen:
- In hoeverre Wlz-zorg thuis overbruggingszorg betreft of een bewust gekozen en gewenste leveringsvorm (zie toelichting in 4.1);
- Hoe vaak wordt gebruik gemaakt van constructies via onderaannemerschap of pgb, in welke situaties is dit (eigenlijk) geen goede oplossing? (zie toelichting in 4.1);
- De instroom van cliënten intramuraal die rechtstreeks vanuit huis komen met wijkverpleging (Zvw), dus zonder Wlz-indicatie. In hoeverre draagt deze groep bij aan de stroom cliënten die zorgkantoren niet kunnen zien aankomen? (zie toelichting in 4.2);
- Welke invulling Wlz-zorg in de thuissituatie in praktijk krijgt;
- De reden waarom ziekenhuisopnames vaak voorkomen in de zorgpaden voorafgaande aan een intramurale Wlz-opname;
- In welke situaties extra (tussen)stappen na ziekenhuisopname volgen.

Dashboards op basis van wachtlijstbeheer hiertoe een belangrijke sleutel zijn?
De constatering dat we nu op bepaalde punten nog geen duidelijk beeld hebben, betekent niet dat dit inzicht bij de zorgkantoren zelf (helemaal) ontbreekt. Zorgkantoren verzamelen zelf actief informatie. Een positieve ontwikkeling is dat verschillende zorgkantoren dashboards ontwikkelen. Door het toepassen van de nieuwe wachtlijstregistratie beschikken de zorgkantoren over veel meer en specifiekere data van de wachtende cliënten. Zorgkantoren zien hierdoor mogelijkheden om op geaggregeerd niveau wachtlijstgegevens en trends te monitoren. We verwachten dat een aantal van de hierboven benoemde punten daardoor beter in beeld gebracht kunnen worden. Een randvoorwaarde is dan wel dat de onderliggende wachtlijstregistratie volledig en juist is. Zorgkantoren kunnen de individuele zorgaanbieders hierop aanspreken op basis van de afspraken die ze hierover met hen hebben gemaakt.

5.2.2 Aanbevelingen aan regelgevende en beleidsbepalende instanties

- Denk na over hoe het zicht op de cliëntreis als geheel en de mogelijkheden om cliënten op deze reis te begeleiden en zo nodig bij te sturen, kan worden verbeterd. De domeinoverstijgende samenwerking, zoals die binnen regio's steeds meer gestalte krijgt, kan hier mogelijk aan bijdragen (zie toelichting in 4.1.1).

- Herstel het continuüm van zorg tussen de verschillende domeinen (zie toelichting 4.1.1).

- Denk na over de randvoorwaarden voor het gebruik van Wlz-zorg. Meer specifiek: waar is het, met het oog op de belemmeringen voor een geleidelijke overgang naar de Wlz, wenselijk en mogelijk dat de randvoorwaarden voor Wlz-zorg en de randvoorwaarden in de andere domeinen beter op elkaar worden afgestemd?

- Geef zorgkantoren meer ruimte om domeinoverstijgend te werken aan cliëntondersteuning.

- Overleg met zorgkantoren, zorgaanbieders en andere relevante partijen over wat nodig is voor een beter verwachtingsmanagement richting (toekomstige) Wlz-cliënten, waardoor zij betere keuzes kunnen maken, in samenhang met hun persoonlijke situatie en omstandigheden. Denk hierbij aan

het ervaringsgegeven dat het in de huidige tijd mogelijk niet realistisch is te verwachten dat, op het moment dat cliënten een opnamewens hebben, ook daadwerkelijk tijdig zorg op de plek van voorkeur georganiseerd kan worden.

5.3 Vervolgacties NZa

- De NZa zal de uitkomsten van dit verkennend onderzoek in een bijeenkomst met de zorgkantoren bespreken. Tijdens deze bijeenkomst kunnen we een start maken gezamenlijk de vervolgstappen te bepalen en te prioriteren, die nodig zijn om tot meer inzicht te komen zoals in de aanbevelingen benoemd.
- De NZa gaat daarnaast in gesprek met VWS en overige betrokken partijen om te verkennen op welke wijze invulling gegeven kan worden aan de aanbevelingen zoals hierboven vermeld.
- Ook zal de NZa, waar relevant of noodzakelijk, de opgedane inzichten in deze rapportage compleet maken door aanvullend verkennend onderzoek te doen vanuit het perspectief van de zorgaanbieders in de intramurale ouderenzorg.
- De NZa volgt de ontwikkelingen in het veld ten aanzien van de aanbevelingen die uit dit onderzoek voortkomen.

Bijlage I Begrippenlijst

Afkorting	Uitschrijving	Uitleg
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg	Beoordeelt recht op zorg via Wlz
CVA	Cerebro Vasculair Accident	Medische term voor beroerte
elv	Eerstelijnsverblijf	Kortdurend verblijf in een zorginstelling. Veelal voor patiënten die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen
grz	Geriatrische revalidatiezorg	Zorg bedoeld voor kwetsbare ouderen, met als doel hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie.
iWLz	Informatievoorziening Wlz	Een systematiek om cliënten in alle fasen van de Wlz-keten te volgen
mpt	Modulair pakket thuis	Leveringsvorm van zorg binnen Wlz
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit	
pgb	Persoonsgebonden budget	Een bedrag waarmee iemand zelf zorg of ondersteuning inkoopt.
RTP	Regionaal transferpunt	Ondersteunt in de zoektocht naar een plek voor patiënten die niet thuis kunnen verblijven en zorg elders nodig hebben
SO	Specialist Ouderengeneeskunde	Behandelt en begeleidt patiënten met een complexe zorgproblematiek
v&v	Verpleging en verzorging	Specifieke sector/doelgroep binnen de gezondheidszorg
vpt	Volledig pakket thuis	Leveringsvorm van zorg binnen Wlz. Het gaat om de zorg zoals vermeld in het zorgprofiel, inclusief eten, drinken en het schoonhouden van de woonruimte
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning	De Wet maatschappelijke ondersteuning helpt mensen met een beperking aan de hulp, ondersteuning en voorzieningen die ze nodig hebben. Wmo hulp kan worden aangevraagd bij de gemeenten
Zvw	Zorgverzekeringswet	Iedereen die in Nederland woont of werkt, heeft recht op zorg uit het basispakket. Dit is geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw)
Zzp	Zorgzwaartepakket	Nu zorgprofiel