

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 1909

Vragen van het lid **Van Haga** (Groep Van Haga) aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over de «*zorgarrangeur*» (ingezonden 23 februari 2023).

Antwoord van Minister **Helder** (Langdurige Zorg en Sport) (ontvangen 16 maart 2023).

#### Vraag 1

Hoe is het idee van de zogenaamde «*zorgarrangeur*» ontstaan? Welke signalen uit de samenleving hebben u doen besluiten om vanuit de overheid een dergelijke dienst in het leven te roepen?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Domeinoverstijgend samenwerken tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren leidt naar verwachting tot betere zorg thuis, waardoor zorg in verpleeghuizen en andere zorginstellingen kan worden uitgesteld of voorkomen. Dat beschrijft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg ook in haar rapport *Grenzeloos Samenwerken* (2022). Domeinoverstijgend samenwerken ondersteunt het beleid van langer thuis wonen en vermindert de vraag naar zorg die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). De baten van domeinoverstijgende samenwerking vallen daarmee in de Wlz terwijl er meer kosten gemaakt worden in de Wmo 2015 en de Zvw.

Met het aankomende wetsvoorstel domeinoverstijgend samenwerken maak ik het voor zorgkantoren mogelijk om bij te dragen aan initiatieven die ertoe kunnen leiden dat het beroep op de Wlz kan worden beperkt; deze wettelijke mogelijkheid hebben zij nu niet. Vooruitlopend op het wetsvoorstel geeft de Regeling specifieke uitkering domein-overstijgend samenwerken (spuk DOS) gemeenten een financiële impuls om nieuwe initiatieven te starten of om initiatieven met goede ervaringen uit te breiden. Eén van de voorbeelden van een dergelijk initiatief is het inzetten van een door de sector zo genoemde *zorgarrangeur*, maar gemeenten kunnen ook een aanvraag doen voor een ander experiment dat past binnen de doelstellingen van de spuk DOS. Met de *zorgarrangeur* zijn positieve ervaringen opgedaan in de praktijk via pilots Domein Overstijgend Samenwerken (DOS) bij drie gemeenten (Ede,

<sup>1</sup> Rijksoverheid, 20 februari 2023, «VWS trekt 8,9 miljoen uit voor «*arrangeur*» tussen zorgdomeinen» (<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2023/02/20/vws-trekt-89-miljoen-uit-voor-arrangeur-tussen-zorgdomeinen>)

Dongen en Hoogeveen). De vorige Minister van VWS heeft de evaluatie van de werkwijze in de pilotgemeenten op 26 februari 2021 aan uw Kamer aangeboden.<sup>2</sup> Significant (het onderzoeksbureau dat de evaluatie heeft uitgevoerd) beschrijft dat de aanpak meerwaarde heeft voor cliënten en naasten. Zo geven naasten aan dat zij zich dankzij de arrangeur ontlast voelen, omdat ze erop kunnen vertrouwen dat de zorg geregeld wordt. Cliënten en naasten geven daarnaast aan dat zij zich gehoord voelen door de arrangeur en dat het fijn is dat zij de arrangeur als aanspreekpunt hebben. Het langer thuis kunnen wonen in combinatie met deze positieve ervaringen met de arrangeur en de werkwijze van Domein Overstijgend Samenwerken dragen naar verwachting van naasten en arrangeurs bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Daarnaast levert de werkwijze positieve ervaringen op bij medewerkers. Significant concludeert tevens dat de experimenten bijdragen aan een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit. Er is bij de zogenoemde (zorg)arrangeur overigens geen sprake van een nieuwe dienst of een nieuw soort medewerker. De rol van arrangeur kan door verschillende bestaande professionals worden vervuld, bijvoorbeeld de casemanager dementie, een wijkverpleegkundige of een leefcoach. De bedoeling is dat de arrangeur (doordat verschillende partijen daarover met elkaar afspraken hebben gemaakt) zorg en ondersteuning vanuit meerdere domeinen kan toekennen en de zorg en ondersteuning integraal kan organiseren, waarmee het aantal betrokken personen juist afneemt in plaats van toeneemt en de zorg en ondersteuning beter aansluit bij de behoefte van de cliënt en zijn naaste.

#### Vraag 2 en 3

Hoe reflecteert u op het feit dat de zorg in Nederland kennelijk dusdanig complex is geworden dat een «zorgarrangeur» nodig is om cliënten/patiënten bij te staan in het laveren door het zorgstelsel?

Bent u niet van mening dat het aanstellen van «zorgarrangeurs» een uiting is van symptoombestrijding, in plaats van het daadwerkelijke probleem, namelijk de steeds verdergaande complexiteit van en bureaucratie in het zorgstelsel, aan te pakken?

#### Antwoord 2 en 3

Voor sommige cliënten is zorg en ondersteuning uit meerdere domeinen nodig. Samenwerking is daarbij van belang. Met de spuk DOS wordt samenwerking gefaciliteerd zodat deze zorg en ondersteuning vanuit meerdere domeinen georganiseerd kan worden door één en dezelfde persoon. Dat maakt dat het aantal betrokken partijen beperkt kan worden indien partijen elkaar daartoe het mandaat geven.

#### Vraag 4

Op welke manier is de «zorgarrangeur» «bevoegd om mensen zorg toe te zeggen»? Op basis van welke criteria kunnen deze personen dergelijke afwegingen maken? Welke eisen worden gesteld aan de functie van «zorgarrangeur»? Welke kwalificaties dient iemand hiervoor te hebben?

#### Antwoord 4

De wijze waarop een arrangeur bevoegd is om mensen zorg toe te zeggen, is afhankelijk van afspraken die samenwerkende partijen daarover met elkaar maken. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat partijen de wijkverpleegkundige – die normaal gesproken alleen de wijkverpleging kan indiceren – op basis van de gemaakte afspraken van de gemeente ook de bevoegdheid krijgt om ondersteuning vanuit de gemeente toe te zeggen en/of te regelen. Het stellen van een indicatie voor de Wlz blijft voorbehouden aan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

#### Vraag 5

Op welke manier wordt de 8,9 miljoen euro die wordt uitgetrokken voor het aanstellen van «zorgarrangeurs» gedekt? Uit welke middelen wordt dit betaald?

<sup>2</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 544, zie ook <https://www.waardigheidentrots.nl/tools/kennisdossier-domeinoverstijgend-samenwerken/>

#### Antwoord 5

De € 8,9 miljoen is beschikbaar op de begroting van VWS en wordt bekostigd vanuit de transitie-middelen «scheiden wonen en zorg». Doordat mensen met deze initiatieven langer thuis kunnen blijven wonen, draagt dit bij het langer thuis wonen of in geclusterde setting en minder in een verpleeghuis.

#### Vraag 6, 7, 8, 9, 10 en 11

Hoe rijmt u de kabinetslijn dat de zorgkosten te erg stijgen met deze miljoenen-uitgave voor een secundaire zorgvoorziening? Op welke manier is het geoorloofd om een nieuwe, administratieve zorgkostenpost, die bovendien voornamelijk voorziet in werkverschaffing voor overheidsmedewerkers, te creëren als er op praktische/uitvoerende/medische zorg aan patiënten/cliënten aanhoudend bezuinigd wordt?

Kunt u een analyse geven over waarom burgers zelf kennelijk niet in staat zijn om zichzelf van de juiste zorg op de juiste plek te voorzien? Heeft u een knelpuntenanalyse gemaakt van deze problematiek en wat is daaruit gekomen? Wat zijn de problemen waar mensen tegenaan lopen?

Bent u in gesprek gegaan met de zorgsector en/of zorgverzekeraars over de knelpunten die door patiënten/cliënten ervaren worden en heeft u samen met hen gepoogd hiervoor binnen de eigen beleidskaders oplossingen te vinden zonder dat daar hulp van derden, zoals een «zorgarrangeur», bij nodig is? Zo ja, waarom is dit niet (voldoende) gelukt? Zo nee, waarom heeft u dit niet gedaan?

Bent u in gesprek gegaan met patiënten/cliënten (organisaties) om ervaringen op te halen met knelpunten in het regelen van zorg? Zo ja, wat is er uit deze gesprekken gekomen en welke oplossingen hebben deze groepen zelf aangedragen? Zo nee, waarom heeft u dit niet gedaan?

Bent u niet van mening dat nog een extra schakel in de zorgverleningsketen het stelsel alleen nog maar onoverzichtelijker en meer bureaucratisch maakt? Zo nee, op welke manier simplificeert het implementeren van nog een schakel het zorgstelsel dan?

Bent u niet van mening dat het voor patiënten/cliënten van belang is om zoveel mogelijk autonomie te behouden bij hun eigen zorgvraag? Zo ja, vindt u het dan niet onwenselijk dat hen met een «zorgarrangeur» juist alleen maar meer regie uit handen genomen wordt, waardoor het zicht op hun eigen zorg nog verder vertroebelt, wat uiteindelijk onvermijdelijk leidt tot meer afhankelijkheid van het zorgstelsel, minder maatwerk, minder zelfredzaamheid, meer en complexere zorg en hogere kosten?

#### Antwoord 6, 7, 8, 9, 10 en 11

De spijk DOS heeft niet tot doel om mensen te helpen hun zorg te regelen, maar om gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars in staat te stellen tot de benodigde domeinoverstijgende samenwerking om op een eenvoudiger wijze de juiste zorg op de juiste plek te organiseren. Zoals gesteld in mijn antwoord op vraag 1 hebben een aantal gemeenten hier invulling aan gegeven door een zorgarrangeur. De inzet bevordert juist de autonomie en voorkomt zwaardere zorg.

#### Vraag 12 en 13

Op welke manier wordt de onafhankelijkheid van een «zorgarrangeur» gewaarborgd? Hoe weten patiënten/cliënten dat zij te maken krijgen met iemand die geen persoonlijke en/of professionele belangen heeft bij het arrangeren van (een bepaalde vorm van) zorg (bij een bepaalde zorgverleningsorganisatie)? Mogen de «zorgarrangeurs» persoonlijk en/of professioneel betrokken zijn bij zorgverleningsorganisaties en/of zorgverzekeraars? Zo ja, hoe wordt belangenverstremming dan uitgesloten?

Op welke manier heeft uw ministerie invloed op de zorg die door de «zorgarrangeurs» wordt aangedragen/geregeld voor patiënten/cliënten? Vindt u niet onwenselijk dat uw ministerie deze dienst deels financiert, omdat daarmee de onafhankelijkheid van het aangedragen zorgaanbod wellicht in het geding komt? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 12 en 13

Als gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren besluiten om met behulp van de spijk DOS het model van een zorgarrangeur te introduceren in de regio, dan ga ik ervan uit dat zij op basis van goede afspraken de zorgarran-

geurs het juiste mandaat meegeven om deze functie uit te oefenen en de onafhankelijkheid te borgen.

#### Vraag 14

Hoe gaat de «zorgarrangeur» bijdragen aan het bestrijden van de krapte in de zorg? Wat is de meerwaarde van een «zorgarrangeur» als er nog altijd niet voldoende aanbod/plekken zijn voor patiënten/cliënten die zorg nodig hebben? Wat hebben we aan een «zorgarrangeur», als die geen zorg kan arrangeren, omdat deze zorg simpelweg niet beschikbaar is?

#### Antwoord 14

Zoals hiervoor aangegeven in de beantwoording van vraag 1, is uit de evaluatie van de pilots gebleken dat domeinoverstijgend samenwerken (en de werkwijze met een arrangeur) zowel kan zorgen voor positieve ervaringen bij cliënten, hun naasten en medewerkers alsmede een bijdrage kan leveren aan een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit en daarmee de inzet van schaars personeel kan beperken doordat een zwaardere zorgvraag voorkomen wordt.

#### Vraag 15 en 16

Is het niet zo dat veel zorgverleners, zoals bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen en/of verzorgenden, al sinds jaar en dag optreden als verijdelde «zorgarrangeurs» en dat deze zorgprofessionals als geen ander weten hoe zij hun patiënten/cliënten moeten begeleiden bij het vinden en regelen van de juiste zorg? Wat voegt de «zorgarrangeur» toe dat deze professionals niet al lang bieden aan kennis en expertise?

Op welke manier verschilt de «zorgarrangeur» van andere soortgelijke, al bestaande rollen, zoals de cliëntondersteuner, de mantelzorgmakelaar, het wijkteam, de casemanager, etc., die allemaal in het leven zijn geroepen voor exact de taken die de «zorgarrangeur» nu zou moeten gaan vervullen? Kunt u uitleggen waarom bovengenoemde rollen blijkbaar niet (voldoende) aan deze specifieke zorgbehoefte voldoen en op welke manier de «zorgarrangeur» dat dan wel zal bewerkstelligen?

#### Antwoord 15 en 16

De spijk DOS heeft niet tot doel om mensen te helpen hun zorg te regelen, maar om gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars in staat te stellen tot de benodigde domeinoverstijgende samenwerking om op een eenvoudigere wijze de juiste zorg op de juiste plek te organiseren. Zoals gesteld in mijn antwoord op vraag 1 hebben een aantal gemeenten hier invulling aan gegeven door een zorgarrangeur.

Ik betreur het dat het beeld is ontstaan dat de zorgarrangeur een nieuwe functie is die in plaats komt van de cliëntondersteuner of begeleidende taken van zorgverleners overneemt. Dat is niet het geval. De meerwaarde ligt in het mandaat van een bestaande functionaris om over de grenzen van de wetten heen zorg te indiceren/toe te wijzen.

#### Vraag 17, 18 en 19

Hoe denkt u mensen te werven die willen optreden als «zorgarrangeur», aangezien de personeelstekorten in de zorg op dit moment al nijpend zijn? Gaat de «zorgarrangeur» mensen onttrekken aan andere takken van de zorgsector, of bent u voornemens mensen van buiten de sector voor deze rol aan te trekken? Indien dat het geval is, kunt u dan uitleggen hoe de kwaliteit van de gearrangeerde zorg gewaarborgd is, aangezien de «zorgarrangeur» in veel gevallen geen zorgachtergrond heeft en dus kennis en expertise mist? Wat betekent het voor de toch al lange wachtlijsten in de zorg als er een nieuwe bureaucratische laag bijkomt, waarlangs patiënten/cliënten zorg moeten regelen? Denkt u niet dat dit alleen maar nog meer vertraging, nog meer administratielast en nog minder zorg gaat opleveren? Zo nee, waarom niet? Kunt u een onderbouwde uitleg geven?

Hoe rijmt u het dat het volgens het Integraal Zorgakkoord niet wenselijk is dat in er de toekomst nog meer mensen in Nederland in de zorg werkzaam zullen zijn, met het in het leven roepen van weer een extra laag van werknemers in de zorg?

Antwoord 17, 18 en 19

Zoals onder andere mijn antwoord op vraag 1 aangegeven heeft Significant (dat de pilots met deze werkwijze in 3 pilotgemeenten heeft geëvalueerd) geconcludeerd dat deze werkwijze bijdraagt aan een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit.

Vraag 20

Hoe worden de «zorgarrangeurs» gecontroleerd/getoetst om te bepalen of zij daadwerkelijk de meest geschikte zorg arrangeren voor patiënten/cliënten? Op welke manier moeten zij verantwoording afleggen?

Antwoord 20

De wijze waarop arrangeurs verantwoording moeten afleggen is afhankelijk van de afspraken die daarover worden gemaakt tussen de samenwerkende partijen.

Vraag 21

Heeft u kennisgenomen van alle kritiek die er is gekomen op het plan voor de «zorgarrangeur», niet in de laatste plaats van mensen uit de zorg zelf, en hoe reflecteert u daarop?

Antwoord 21

Ik betreur het dat het beeld is ontstaan dat de zorgarrangeur een nieuwe functie is die in de plaats komt van de cliëntondersteuner of begeleidende taken van zorgverleners overneemt. Dat is niet het geval. De meerwaarde ligt in het mandaat van een bestaande functionaris om over de grenzen van de wetten heen zorg te indiceren/toe te wijzen.

Overigens kunnen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren ook andere experimenten starten op basis van de spuk DOS die bijdragen aan de benodigde domeinoverstijgende samenwerking om op een eenvoudigere wijze de juiste zorg op de juiste plek te organiseren.