



## Position Paper BTN

# Standpuntbepaling Hervorming Langdurige Zorg en Ondersteuning

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Hervorming Langdurige Zorg</b>	<b>4</b>
<b>Bestuurlijk akkoord</b>	<b>4</b>
<b>Visie BTN</b>	<b>5</b>
<b>Standpunten BTN</b>	<b>5</b>
<b>Algemeen</b>	<b>6</b>
De vraag van de cliënt centraal	6
Extramuraliseren	6
<b>Wmo</b>	<b>6</b>
Inkoopbeleid	7
Inkoop	7
<b>Zvw</b>	<b>7</b>
Bekostiging verpleging & verzorging	8
Inkoop	8
Keuzevrijheid	9
Niet-gecontracteerde zorg	9
Budgettair kader	9
<b>Wlz</b>	<b>9</b>
Visie op kleinschalig wonen in de toekomst	9
Uitvoeringsstructuur	10
Vastgoed	10
<b>Arbeidsmarkt</b>	<b>11</b>

## Inleiding

De hervorming van de langdurige zorg heeft tot doel de kwaliteit van ondersteuning en zorg te verbeteren, de financiële houdbaarheid te vergroten en de zelf- en samenredzaamheid van burgers te versterken. De hervorming is erop gericht optimaal te faciliteren dat mensen - ook op hogere leeftijd of met een beperking - zo lang mogelijk zelfstandig (kunnen) blijven wonen. Dit vereist een andere organisatie van de zorg, meer verbinding met het sociale domein en een integrale benadering van de (soms meervoudige) zorgbehoefte van mensen. Passende zorg en ondersteuning vereist een integraal multidisciplinair aanbod vanuit een medische, sociale en psychische invalshoek en meer coördinatie, samenhang en lokaal maatwerk. Als ondersteuning of zorg nodig is, wordt allereerst gekeken naar iemands zelfredzaamheid en kwetsbaarheid. Overbehandeling en onnodige inbreuk op iemands welbevinden moeten worden voorkomen. Gepoogd moet worden om de afhankelijkheid van de burger van formele individuele zorg en ondersteuning te verkleinen. Door meer gebruik te maken van preventieve en lichtere vormen van ondersteuning kan de druk op meer gespecialiseerde zorg verminderen. Voor wie, ook met steun van de eigen omgeving, niet meer zelfredzaam kan zijn, is er altijd zorg en ondersteuning in een instelling die professioneel is en zo veel mogelijk op thuis lijkt.

## Hervorming Langdurige Zorg

Om de doelstelling van de hervorming te kunnen realiseren worden zorg en ondersteuning die op grond van de huidige Wmo, de AWBZ en de Wet op de Jeugdzorg wordt verleend, vanaf 2015 opnieuw gedefinieerd en belegd. De aard van de zorg en ondersteuning is bepalend geweest voor de positionering ervan in het nieuwe stelsel. Dit betekent dat zorg die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop wordt opgenomen in het basispakket van de Zvw. De extramurale verpleging en verzorging op grond van de AWBZ wordt vervangen door de nieuwe Zvw-prestatie Verpleging & verzorging. Ook de langdurige GGZ-zorg wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Ondersteuningsactiviteiten primair gericht op participatie in brede zin worden onder verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht (Wmo 2015). In concreto wordt vanaf 2015 de extramurale begeleiding en verzorging op grond van de AWBZ gedecentraliseerd naar gemeenten, evenals beschermd wonen gericht op participatie (RIBWs). De taken en verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars worden per 2015 uitgebreid. Zij worden in het nieuwe stelsel primair verantwoordelijk voor het bieden van respectievelijk ondersteuning en zorg aan mensen thuis. Omdat ondersteuning en zorg vaak samen gaan moeten zij meer onderlinge afspraken maken om de cliënt te voorzien van een integraal pakket.

Ook alle vormen van jeugdhulp worden vanaf 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten (Jeugdwet). De Jeugdzorg die nu nog onderdeel uitmaakt van de AWBZ wordt daartoe ondergebracht in de jeugdwet. Complexe, intensieve langdurige 24-uurszorg en permanent toezicht worden geborgd in een nieuwe volksverzekering (Wlz).

## Bestuurlijk akkoord

BTN, NPCF, Ieder(in), IpGGZ, ZN (namens zorgverzekeraars en zorgkantoren), VNG, VGN, Actiz, GGZ-Nederland en de staatssecretaris van VWS willen gezamenlijk de implementatie van de hervorming van de langdurige zorg gestalte geven. De uitgangspunten van deze hervorming zijn beschreven in het programma Hervorming van de Langdurige zorg, naar een waardevolle toekomst<sup>1</sup> en worden verankerd in nieuwe wet- en regelgeving. De Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Zorgverzekeringswet (Zvw, in het bijzonder het Besluit zorgverzekering) en de Wet langdurige zorg (Wlz) vormen een samenhangend en integraal nieuw wettelijk kader waarbinnen de langdurige ondersteuning en zorg voor jong en oud zijn beslag krijgt.

Partijen maken met het hoofdlijnenakkoord gezamenlijke afspraken over de uitgangspunten, voorwaarden en de randvoorwaarden van de transitie.

<sup>1</sup> Brief van de staatssecretaris van VWS van 25 april 2013 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2012- 2013, 30 597, nr. 296)

## Visie BTN

De sector verandert door enerzijds maatschappelijke ontwikkelingen (vervagen van sectorgrenzen en beeldvorming van de sector) en anderzijds door de verschuivende faciliterings- en financieringsmogelijkheden van de overheid.

De maatschappelijke ontwikkelingen hebben betrekking op de toegenomen zelfredzaamheid van de cliënt<sup>2</sup> en de persoonlijke wens van deze cliënt. De cliënt staat hierbij centraal in de zorgketen. De cliënt is meer dan ooit in staat zelfstandig zelf te kiezen voor het type zorg en de invulling daarvan, de aanbieder en de wijze waarop de zorg georganiseerd dient te worden. De cliënt wil waar mogelijk zolang mogelijk zorg en ondersteuning krijgen in de eigen leefomstandigheid en leefomgeving. BTN en haar leden stellen de vraag van de cliënt daarmee centraal!

Tegelijkertijd staat de betaalbaarheid van de zorg nu en in de toekomst onder druk. Volgens BTN dient de rol van de overheid te verschuiven van financier in de richting van facilitator. Als facilitator maakt de overheid het met wet- en regelgeving voor zorgaanbieders mogelijk om cliëntgericht te ondernemen. Voor zorgaanbieders houdt dit onder meer in dat hun zorgprestaties op andere wijze gefinancierd gaan worden. BTN is ervan overtuigd dat dit proces de gewenste cliëntkeuze in de zorg gaat stimuleren. Deze ontwikkeling maakt tevens veranderingen in de organisatiestructuur en -cultuur van zorgaanbieders als continue proces noodzakelijk.

## Standpunten BTN

In tijden van verandering gaat er veel schuiven en BTN constateert dat dit onzekerheid geeft aan zowel cliënten/burgers, zorgaanbieders als verzekeraars. BTN is echter van mening dat de opdracht om te komen tot een hervorming niet kan worden volbracht als er geen grote stappen worden gezet. BTN ondersteunt de lijn zoals die in het hoofdlijnenakkoord wordt ingezet om te komen tot deze transitie en transformatie.

BTN vraagt binnen deze transitie aandacht voor een aantal onderwerpen die ze hieronder nader toelicht.

<sup>2</sup> Waar cliënt staat, kan ook mens, burger, bewoner of klant gelezen worden.

## Algemeen

### De vraag van de cliënt centraal

De kern van de veranderingen is dat we de mens centraal stellen en niet het systeem/de stelsels. Zo veel mogelijk thuis en dicht in de buurt. De focus van de transitie en transformatie moet gericht zijn op de continuïteit van zorg en ondersteuning.

### Extramuraliseren

Iedere cliënt kan deelnemen aan het samen leven in de samenleving. Als zich een al dan niet tijdelijke beperking voordoet, zoekt de cliënt hulp en steun in de eigen omgeving. De mens wordt benaderd vanuit zijn kracht en mogelijkheden en zijn betekenis in en voor de samenleving. Veel mensen, van jong tot oud, in een wijk hebben chronische aandoeningen. Deze aandoeningen horen gewoon bij het leven en moeten door de samenleving ook als zodanig benaderd worden. De vraag van de cliënt staat centraal, de cliënt kiest, bepaalt en is zelf verantwoordelijk voor gezondheid. De cliënt neemt zijn eigen verantwoordelijkheid voor leefstijl en gezondheid en deze verantwoordelijkheid uit zich door ook (deels) financieel verantwoordelijk te zijn.

Daar waar de cliënt niet kan terugvallen op het netwerk dat (tijdelijk) ondersteunend is om gezond te worden, te blijven of niet te verslechteren, kan deze een beroep doen op maatschappelijke voorzieningen. De gemeente is verantwoordelijk voor het maatschappelijk kunnen functioneren van burgers en kan (collectieve) voorzieningen aanbieden. Indien er (medische/verpleegkundige) zorg nodig is om te herstellen of de kwaliteit van leven te verbeteren, dan kan de cliënt gebruik maken van (medische/verpleegkundige) zorg die onder verantwoordelijkheid valt van zorgverzekeraar of overheid. Deze zorg is zo mogelijk in principe tijdelijk. Ook medische/verpleegkundige zorg dient erop gericht te zijn dat cliënt weer zelfredzaam wordt en eigen keuzes kan blijven maken.

BTN onderschrijft hiermee de lijn die de overheid heeft ingezet rondom het extramuraliseren van de zorg.

## Wmo

Vanaf 1 januari 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de ondersteuning aan burgers die zelf onvoldoende zelfredzaam zijn of onvoldoende in staat tot participatie. De verantwoordelijkheden van gemeenten worden uitgebreid en de Wet maatschappelijke ondersteuning wordt vervangen door de Wmo 2015. Het gaat hierbij nadrukkelijk om het decentraliseren van verantwoordelijkheden, waarbij gemeenten op basis van de 'Wmo 2015' op een andere manier invulling aan de ondersteuning zullen geven. Met ingang van 1 januari 2015 zijn gemeenten tevens verantwoordelijk voor de gehele jeugdzorg en krijgen zij te maken met de Participatiewet en de veranderingen rondom Passend Onderwijs. Gemeenten krijgen daarmee in het sociaal domein een prominente rol bij het ondersteunen van burgers. Zij kunnen samenhangend maatwerk bieden, door in gesprek met de burger en zijn netwerk, ondersteuning te organiseren die nodig is.

Dit samenhangend maatwerk kan volgens BTN alleen vormgegeven worden vanuit een integrale benadering. Een integrale benadering stelt de vraag van de cliënt centraal en vraagt om samenwerking tussen professionals en organisaties, het zonder schotten (inhoudelijk en financieel) aanbieden van zorg en ondersteuning door ondersteuners die breed zijn opgeleid en een financiering gericht op het arrangement dat wordt geboden en niet op afzonderlijke prestaties.

### **Inkoopbeleid**

De inkoop van zorg en ondersteuning moet gericht zijn op het inzetten van preventie en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt waarmee de inzet van professionele zorg en ondersteuning zoveel mogelijk beperkt wordt.

Van belang is de continuïteit van zorg en ondersteuning zowel voor cliënten als voor de inzet van medewerkers. Dit vraagt om tijdige duidelijkheid over de inkoop(termijn) zodat zorgaanbieders adequaat kunnen anticiperen op veranderingen in de zorginkoop.

### **Inkoop**

De afgelopen jaren zijn veel kleinschalige initiatieven ontstaan die nadrukkelijk oog hebben gehad voor de vraag van cliënten en ook daadwerkelijk een toegevoegde waarde hebben bij het voortdurend innoveren van de sector. Momenteel staan we voor een grote transitie. Een transitie die niet alleen gevolgen heeft voor de invulling van financiële stelsels, maar met name impact heeft op de wijze waarop burgers, cliënten en organisaties invulling geven aan de nieuwe werkelijkheid. Een belangrijke rol is daarin ook weggelegd voor kleinere zorgaanbieders en kleinschalige initiatieven die zich richten op niches, specifieke doelgroepen of juist de nadruk leggen op preventie ter beperking van de inzet van formele zorg. Tot op heden is het structureel inbedden van deze initiatieven nog geen gemeengoed en stranden vele goede initiatieven mede doordat het niet structureel opgenomen wordt in de inkoop.

Uit inventarisatie blijkt dat er vele aanbieders actief zijn op de terreinen die in het sociale domein vallen. BTN begrijpt dat gemeenten niet met een grote hoeveelheid inschrijvende aanbieders geconfronteerd willen worden maar dat burgers wel hun keuzevrijheid moeten kunnen behouden. BTN ziet hiervoor een oplossing door het contracteren van consortia zodat de zorg geleverd kan worden door de zorgaanbieder van de voorkeur van de cliënt die tevens aansluit bij de lokale vraag van de gemeenten.

## **Zvw**

Met ingang van 1 januari 2015 zullen verpleging en verzorging zonder verblijf worden opgenomen in het verplichte basispakket van de Zvw. Hierdoor wordt deze zorg dichterbij de andere eerstelijnszorg, zoals huisartsenzorg, en het sociale domein gepositioneerd. Door een sterkere eerste lijn kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen en kan het beroep op zwaardere zorg en (langdurige) ziekenhuisopnamen zoveel mogelijk worden voorkomen.

### **Bekostiging verpleging & verzorging**

Op dit moment ligt er een advies van de Nza met betrekking tot de bekostiging van de aanspraak wijkverpleging.

Belangrijke uitgangspunten van het geadviseerde bekostigingsmodel zijn: inzetten op bevordering van preventie, de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige functie wordt gewaarborgd, het bevat prikkels tot ontzorgen en het bevorderen van zelfredzaamheid, het stimuleert het laten aansluiten van zorg en ondersteuning zowel binnen de eerste lijn als naar het sociale domein, het faciliteert de specifieke schakeltaken zoals coördineren, signaleren, coachen en deelname aan sociale wijkteams en er is ruimte voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten.

De Nza stelt voor de bekostigingssystematiek met een hybride model vorm te geven waarbij de preventieve activiteiten gefinancierd worden met een populatiebekostiging, de uitgevoerde zorg met een tarief per cliënt of cliëntgroep en een opslag op tarief voor gezondheidsuitkomsten.

BTN is onderschrijft het uitgangspunt dat in de bekostigingssystematiek van de wijkverpleging de activiteiten: coördineren, signaleren, coachen deelname aan sociale wijkteams opgenomen dienen te worden. Dit zijn activiteiten die preventief kunnen werken om het beroep op zorg en ondersteuning te beperken c.q. vertragen.

BTN is van mening dat het hybride-model integraliteit moet bieden omdat als er een knip ligt tussen financiering van preventieve en uitvoerende activiteiten het geen transparante gezondheidsuitkomsten kan opleveren.

De oplossing dient volgens BTN gevonden te worden in een integraal tarief passend bij een arrangement van zorg en ondersteuning dat alle elementen van het hybride-model bevat waarmee de zorgaanbieder van begin tot eind verantwoordelijk is voor de zorg en de uitkomst daarvan.

Indien er tarieven op cliëntgroepen worden samengesteld, is het van groot belang de multimorbiditeit van de cliënten in de thuiszorg mee te nemen. Van de mensen van 75 jaar en ouder met een chronische ziekte, heeft 63% twee of meer chronische ziekten en 32% drie of meer (bron LINH, berekend door Nivel, 2013).

### **Inkoop**

De afgelopen jaren zijn veel kleinschalige initiatieven ontstaan die nadrukkelijk oog hebben gehad voor de specifieke vraag van cliënten, zich gericht hebben op specifieke niches in de zorg en die ook daadwerkelijk een toegevoegde waarde hebben bij het voortdurend innoveren van de sector. Ook in de Zvw is een belangrijke rol weggelegd voor deze kleinere zorgaanbieders en kleinschalige initiatieven.

Uit inventarisatie blijkt dat er vele aanbieders actief zijn in de AWBZ, zowel als hoofdaannemer als onderaannemer. BTN begrijpt dat zorgverzekeraars niet met een grote hoeveelheid inschrijvende aanbieders geconfronteerd willen worden maar dat verzekerden wel hun keuzevrijheid moeten kunnen behouden. BTN ziet hiervoor een oplossing door het contracteren van consortia zodat de zorg geleverd kan worden door de zorgaanbieder van de voorkeur van de cliënt die tevens aansluit bij de specifieke zorgvraag, deskundigheid of cultuur.

### **Keuzevrijheid**

BTN heeft uit haar achterban vernomen dat de zorg gebaseerd op de gestelde indicatie en geleverd vanuit de huidige financieringswijze niet altijd passend is voor de cliënten. Zij geven aan dat het voor specifieke doelgroepen nodig is om aanvullende maatregelen te nemen, die er voor zorgen dat ook voor hen de noodzakelijke verpleging en verzorging op maat geleverd kan worden. BTN benadrukt daarmee dat voor deze doelgroepen een oplossing ontwikkeld moet worden zodat zij in staat worden gesteld om de noodzakelijke verpleging en verzorging zelf te regelen.

### **Niet-gecontracteerde zorg**

Voor het realiseren van de doelstellingen van het akkoord is van doorslaggevend belang dat verzekerden over de mogelijkheden beschikken om verantwoord te kunnen kiezen tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars. Als de verzekerde ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan moet vooraf duidelijk zijn welke vergoeding daarvoor geldt. BTN begrijpt dat de verzekeraar het kaf van het koren wil scheiden en de vrijheid wil hebben om vast te stellen welke vergoeding er geldt bij niet-gecontracteerde zorg. BTN is echter van mening dat er hoge toetredingseisen gesteld moeten worden aan deze niet-gecontracteerde aanbieders waarna een marktconforme vergoeding afgesproken kan worden waarmee deze aanbieders ook hoogwaardige zorg kunnen leveren. Indien niet gecontracteerde aanbieders niet aan deze toetredingseisen kunnen voldoen, kan de zorgverzekeraar het kaf van het koren scheiden door daar andere vergoedingen tegenover te stellen.

### **Budgettair kader**

BTN is zich ervan bewust dat alle partijen zich tot het uiterste zullen moeten inspannen om de taakstelling te kunnen realiseren. Dit vraagt om duidelijke en reële afspraken rondom de zorginkoop en de zorgverlening waarbij het financiële kader als uitgangspunt dient. BTN wil zich inspannen om overschrijdingen te voorkomen. Dit vraagt echter een inkoopstelsel waarbij aanbieders kunnen toewerken naar een beperking van de uitgaven. In de transitieperiode betekent dit volgens BTN dat niet (alleen) op prijs (P) ingekocht kan worden maar dat ook over volume (Q) afspraken gemaakt moeten worden om de taakstelling te realiseren.

## **Wlz**

### **Visie op kleinschalig wonen in de toekomst**

Volgens BTN staat het welbevinden van cliënten centraal. Dit betekent dat bij de vormgeving en inrichting van de organisatie en dienstverlening welbevinden als uitgangspunt genomen moet worden en niet zoals traditioneel de zorg.

De woning, het wonen, het woongenot is en belangrijk onderdeel van welbevinden en vormt de basis. Daarnaast zoeken cliënten een zinvolle invulling van de dag. Zonder een (goede) invulling van deze dag, zal het welbevinden minder groot zijn. Tenslotte wil de cliënt gezond zijn. Een bezoek aan/van een hulpverlener is aan de orde maar vormt geen centraal deel van het leven. Ook cliënten die elders wonen, leven een 'gewoon' leven.

Er wordt gedacht vanuit een inclusieve samenleving, participatie waarbij uitgegaan wordt van gelijke mogelijkheden en kansen voor elke individu, ongeacht beperkingen, leeftijd, gender, sociaal-culturele achtergrond, etniciteit etc., met volledige acceptatie en waardering van de samenleving.

Deze visie vraagt een andere benadering op wonen en zorg. Er wordt vanuit activiteiten zorg en ondersteuning geboden en niet vanuit traditionele functies. Dit vraagt om inzet van medewerkers vanuit competenties en niet vanuit vaste functieprofielen. In een thuissituatie worden ook verschillende rollen vanuit 1 persoon vervuld (bijvoorbeeld kok, gastvrouw, schoonmaakster, activiteitenbegeleider, verzorgende), dit moet ook de situatie worden bij de inzet van professionele zorg en ondersteuning. Specialisten worden ingeroepen op het moment dat het noodzakelijk is, net zoals in de thuissituatie naar een huisarts wordt gegaan.

Het referentiekader wordt de eigen thuissituatie. Dus ook bij cliënten die intramurale zorg en ondersteuning ontvangen, wordt dit benaderd alsof deze cliënt thuis in de wijk woonachtig is.

Deze visie vraagt een enorme transformatie vanuit de organisatie/het bestuur maar ook vanuit de professionals. Er kan niet meer op vaste patronen teruggevallen worden, het welbevinden van de cliënt staat centraal. Dit is het uitgangspunt waarop voortdurend getoetst moet worden.

Om deze transformatie mogelijk te maken dienen onderstaande hoofdlijnen als randvoorwaarden. Deze moeten een plek krijgen in het inkoopbeleid en de financiering van deze zorg en ondersteuning:

- De focus ligt op de inhoud van de zorg en ondersteuning waarbij de financiering volgend en niet leidend is.
- Voortdurend verbeteren/vernieuwen van werkprocessen en concepten
- Ondersteuning van de transformatie door digitalisering waar mogelijk voor beperking van administratieve lasten, verbeteren van informatie-uitwisseling en vereenvoudigen/versnellen van communicatie
- Bevorderen van de inzet van technologie
- Integrale inzet van professionals op basis van competenties en nieuwe profielen.

### **Uitvoeringsstructuur**

De huidige uitvoering van de AWBZ vindt plaats vanuit 31 zorgkantoren. De vraag is of de huidige zorgkantoren met onderling divers beleid en daarmee diverse eisen en criteria gesteld aan de zorg en zorgaanbieders, op de juiste wijze uitvoering geven aan het overheidsbeleid.

BTN is voorstander om centraal beleid te formuleren ingekocht door 1 uitvoeringsorgaan, dan vervolgens lokaal op maat uitgewerkt kan worden.

### **Vastgoed**

BTN is van mening dat het scheiden van wonen en zorg nadrukkelijk plaats moet vinden, waarbij de wooncomponent apart van de zorg dient te worden georganiseerd en te worden betaald. In de mening van BTN kan dat betekenen dat uiteindelijk een wooncomponent ook opzegbaar is, zoals ook de zorg bij onvoldoende tevredenheid bij een andere zorgaanbieder kan worden ingekocht. Op deze wijze zal een cliënt altijd zelf nadrukkelijk de keuze houden in welke omgeving een cliënt

woonachtig wil zijn, tegen welke voorwaarden dat kan en welke zorgaanbieder in aanmerking komt voor het verlenen van de gewenste zorg en ondersteuning. De kern van het standpunt van BTN is dat ons inziens iedereen het recht heeft om in de eigen woonomgeving te kunnen verblijven. Om dat te kunnen realiseren zijn een aantal ontwikkelingen van belang. Allereerst is de ontwikkeling van technologie en de inbedding daarvan in de zorgconcepten van belang. Technologie zal nadrukkelijk ondersteuning moeten geven aan cliënten of burgers die in een eigen woonomgeving willen verblijven. Daarnaast zal wetgeving gemaakt moeten worden om te zorgen dat een cliënt die vanuit een eigen thuissituatie in een meer beschermde woonomgeving terecht komt, indien mogelijk, gebruik kan maken van dezelfde huisarts. Dit omdat in vele gevallen de verpleeghuisarts de ondersteunende rol op zich kan nemen. Tevens zal de wetgeving voor coöperaties en zorgaanbieders goed op elkaar afgestemd moeten worden. Verder ziet BTN veel mogelijkheden in het ontwikkelen van de verschillende modellen voor de huisvesting, waarbij BTN nadrukkelijk het advies van de Raad van de Leefbaarheid wil meenemen. BTN wil vooral komen tot een stelsel dat mee kan bewegen met de maatschappelijke wensen en behoeften en niet zoals in de huidige situatie is ontstaan, dat historische gegroeide wetten of uitgangspunten niet meer aansluiten bij de individuele wetten van burgers of cliënten.

## Arbeidsmarkt

BTN realiseert zich terdege dat de inganggezette transitie, met de daarbij behorende bezuinigingen, leidt tot verlies van arbeidsplaatsen. BTN is van mening dat het ingezette beleid naast de veelvuldig benoemde financiële consequenties (bezuinigingen), veel gevolgen heeft voor de invulling van de huidige functies in het brede domein van zorg en welzijn. Daar waar nu indicaties afgegeven worden op basis van te verrichten handelingen door bevoegde functionarissen zal naar de mening van BTN in de toekomst het probleem van de cliënt uitgangspunt zijn en vragen om een meer integrale aanpak en daarmee integratie van activiteiten in nieuw te vormen functies. BTN is dan ook van mening dat de huidige functies in het domein van zorg en ondersteuning (gefinancierd door Wmo, Zvw en Wlz) in het nieuwe werkveld niet meer als zodanig bestaan dan wel een andere invulling krijgen. Dat kan onzes inziens niet anders omdat, als op basis van de huidige functiesystematiek de activiteiten georganiseerd zouden moeten worden, de maatschappelijke doelstellingen (waaronder de financiële kaders) niet behaald kunnen worden. BTN ziet de uitwerking van integrale functies vooral via de sectorplannen.

**BTN:** Postbus 4050, 4900 CB Oosterhout **T** 0162 - 46 00 77 **F** 0162 - 43 44 00  
**E** [info@branchebelang-thuiszorg.nl](mailto:info@branchebelang-thuiszorg.nl) **I** [www.branchebelang-thuiszorg.nl](http://www.branchebelang-thuiszorg.nl)