

Per post en per e-mail

De Letselschade Raad
T.a.v. mevrouw drs. D. Lauria, directeur
Postbus 93309
2509 AH DEN HAAG

Datum Nijkerk, 27 augustus 2014
Referentie 1056/901C140827
Betreft Reactie op wetsvoorstel affectieschade en zorgkosten van NVvA

Geachte mevrouw Lauria,

U hebt de diverse leden van het platform van de Letselschaderaad gevraagd het wetsvoorstel affectieschade en zorgkosten te bestuderen en waar nodig van opmerkingen te voorzien. U hebt gevraagd de opmerkingen terug te leggen in het platform, zodat deze verwerkt kunnen worden in een gezamenlijke reactie aan het Ministerie.

De Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA) heeft inmiddels kennisgenomen van het wetsvoorstel. De inhoud daarvan is besproken met de achterban. In zijn algemeenheid onderschrijft de NVvA de richting die met het voorstel wordt gegeven waar het gaat om de positie van de gekwetste. Bij het bestuderen van het wetsvoorstel heeft de NVvA zich vooral gericht op het onderdeel dat betrekking heeft op de zorgkosten. De overige aspecten zoals affectieschade en diverse waarborgen, vallen buiten de professionele kennisgebieden van de arbeidsdeskundige.

Ten aanzien van de zorgkosten heeft de NVvA een aantal opmerkingen en vragen. Daarnaast geeft de NVvA een aantal aanbevelingen in overweging. Hieronder zijn de opmerkingen van de NVvA nader uitgewerkt.

Algemeen

De kring van personen die ingezet kunnen worden voor de zorg van de gekwetste, is niet gedefinieerd. Wellicht is het beperken van de kring van rechthebbenden te overwegen om ongewenste situaties, zoals misbruik van de regeling, te voorkomen. Het kaderen van de kring van personen draagt ook bij aan het verstevigen van de positie van de gekwetste.

Er wordt in de MvT geen begrenzing opgenomen voor de zorgkosten. Het is aan de gekwetste om te bepalen op welke wijze de zorg wordt ingericht en wie daarvoor wordt aangesteld. Dat kan als consequentie hebben dat de beoogde mantelzorger zijn dienstverband geheel of gedeeltelijk opzegt of zijn onderneming geheel of gedeeltelijk staakt. De inkomensachteruitgang kan onder voorwaarden als schade worden opgevoerd. Uit de MvT wordt niet duidelijk of hiervoor een plafond wordt vastgesteld. In uitzonderlijke situaties kan de schade erg groot worden. Wij geven in overweging om de consequenties te heroverwegen.

In de MvT wordt gesteld dat grote waarde wordt gehecht aan eigen keuzes en dat zelfredzaamheid moet worden bevorderd. De gekwetste moet in de gelegenheid worden gesteld eigen keuzes te maken waar het gaat om diens verzorging. Er zijn ook situaties waarin de gekwetste niet meer in staat is tot het maken van keuzes. In die situaties kan de directe familie de wens uitspreken de zorg voor deze persoon op zich te nemen. De vraag die zich daarbij aandient is, of die wens ook de meest optimale situatie is voor de gekwetste. Het lijkt ons noodzakelijk dat in dergelijke situaties een deskundig oordeel over de inrichting en organisatie van de zorg wordt gevraagd.

Bijvoorbeeld:

Een thuiswonend kind loopt bij een ongeval zeer ernstig hersenletsel op. Het kind kan alleen verblijven in een situatie waarin permanente hulp aanwezig is. Verder is het kind voor alle zorg afhankelijk van anderen. Wanneer dit kind verblijft in een project voor begeleid wonen, is er doorgaans ook dagbesteding en worden stimuleringstherapieën aangeboden. Indien ouders ervoor kiezen het kind thuis zelf te verzorgen, is niet uit te sluiten dat deze verstoken blijft van goede zorg.

Deze regeling is bedoeld voor personen die ernstig letsel hebben opgelopen en zijn aangewezen op blijvende en intensieve zorg. Niet zelden zal dat gepaard gaan met complexe zorgvragen. Wellicht zou de regeling ook de mogelijkheid moeten bieden om een professioneel oordeel te vragen over de omvang en organisatie van de zorg, waarbij ook de rol en mogelijkheden van de mantelzorgers worden beoordeeld. In dit kader kan het wenselijk zijn de mantelzorger en de gekwetste te coachen.

Wat als de inzet van de mantelzorger er toe leidt dat de omvang van de zorgkosten hoger wordt, bijvoorbeeld door de niet-deskundige zorgverlening. In uitzonderlijke situaties zou sprake kunnen zijn van schade aan de gezondheid.

Er wordt op pagina 14 van de MvT gesproken over het verschil tussen ernstige – blijvende en minder ernstige – niet blijvende letsels. Deze begrippen moeten nader onderbouwd en gedefinieerd worden. In welke situaties is sprake van ernstig letsel? Wordt er een glijdende schaal toegepast van ernstig naar gering letsel? Hierbij moet ook de overweging worden betrokken dat ernstige letsels niet altijd tot gevolg hebben dat de zorgomvang ook groot is. Een persoon met een hogere dwarslaesie is zeer ernstig beperkt, maar de zorgbehoefte kan daarentegen beperkt in omvang zijn. Er is derhalve niet altijd een relatie tussen ernstig letsel en de omvang van de zorgbehoefte.

Bij de toets in hoeverre het redelijk is dat de mantelzorger een fulltime baan opzegt om zich te richten op de zorg van de naaste, moet niet alleen de ernst van het letsel in ogenschouw worden genomen, maar moet ook de zorgbehoefte als zodanig hierbij worden betrokken. Ernstige letsels leiden, zoals hiervoor gesteld, lang niet altijd tot een grote zorgomvang. Maar het omgekeerde kan ook aan de orde zijn. Er zijn situaties waarin geringe letsels leiden tot een grote zorgbehoefte.

Vragen die hierbij aan de orde komen:

Stel een mantelzorger zegt een baan met een fulltime omvang op. De zorgomvang van de gekwetste is 15 uur per week. Het letsel is ernstig en blijvend. Wat dan? Immers: zwaar letsel impliceert niet altijd veel zorgkosten. En andersom is ook waar. Maar ook het omgekeerde. Stel een persoon zegt de baan van 12 uur per week op om 25 uur per week zorg te verlenen. Wat betekent dit voor de schade?

Positie mantelzorger

In de regeling wordt aangegeven dat het wenselijk is, dat de gekwetste en diens omgeving snel kenbaar maken op welke wijze de zorg moet worden ingericht. Wij zouden juist pleiten voor een periode van bezinning en het opdoen van ervaring met de nieuwe situatie. In een situatie waarin sprake is van ernstig letsel en een intensieve zorgvraag, ligt de kans van overbelasting van de mantelzorger op de loer. Daarnaast zal sprake zijn van geheel andere rollen die de zorgvrager en mantelzorger tot elkaar krijgen. De praktijk zal moeten uitwijzen in hoeverre de rolwijziging bestendig is. Maar ook zal de praktijk moeten uitwijzen in hoeverre de mantelzorger fysiek en/of mentaal in staat is de noodzakelijke zorg te verlenen. De mantelzorger komt met de keuze om de naaste te gaan verzorgen, in een geheel andere situatie dan wanneer deze er voor zou kiezen om in loondienst te gaan werken. De zorgverlening is 24 uur per dag, 7 dagen per week het gehele jaar door.

Dat trekt een grote wissel op de belastbaarheid van de mantelzorger. De mantelzorger zal doorgaans vooraf niet overzien wat de consequenties van de keuze zijn.

Dit alles pleit voor het maken van afgewogen keuzes die zich niet laten leiden door de factor tijd. In het geval een mantelzorger de baan wil opzeggen lijkt het raadzaam om de maximale periode van zorgverlof hiervoor te gebruiken. Hiermee kan een vangnet worden gerealiseerd voor het geval de gekozen oplossing niet duurzaam blijkt. De praktijk zal moeten uitwijzen in hoeverre de bestaande zorgverlofregelingen voldoende zijn en of er behoefte bestaat om ook in de WW en Participatiewet mogelijkheden op te nemen om binnen een vast te stellen periode terug te kunnen vallen op uitkeringen.

Wij kunnen niet overzien welke consequenties het opnemen van zorgverlofregelingen heeft op regresmogelijkheden van de werkgevers.

Uit de regeling wordt niet duidelijk wat de financiële consequenties zijn van het betalen van een vergoeding aan de mantelzorger. Wordt de vergoeding aangemerkt als inkomen? Heeft de vergoeding invloed op toeslagen en uitkeringen? Wat wordt de positie van de mantelzorger in het geval deze meer dan drie dagen per week de zorg gaat verlenen en daarvoor een vergoeding ontvangt? Ontstaat er dan een arbeidsrelatie (werkgever vs. werknemer)?

Deze punten zijn aan de orde, omdat in de huidige situatie de gekwetste een persoonsgebonden budget kan aanwenden om hulp in te kopen. Voor de hulpverlener wordt de vergoeding aangemerkt als inkomen met alle consequenties die dat heeft. Onder bepaalde voorwaarden valt de zorgverlener ook onder sociale verzekeringswetten waarin arbeidsongeschiktheid is geregeld.

Aan de orde is ook de vraag hoe de gekwetste de situatie opvangt die ontstaat wanneer de mantelzorger zelf langdurig arbeidsongeschikt raakt en niet meer in staat is om de zorg te verlenen. Bijvoorbeeld: de partner van een gekwetste heeft de eigen baan opgezegd om zich volledig te richten op de zorg. Het inkomensverlies wordt op grond van deze regeling gecompenseerd. De mantelzorger is niet meer in staat de zorg te verlenen en er moet professionele zorg worden ingehuurd. Indien een beroep wordt gedaan op de Wmo heeft de gemeente de mogelijkheid de zorgvraag af te wijzen omdat de aansprakelijke verzekeraar de zorgkosten al heeft vergoed. De schadevergoeding die het wegvallen van het inkomen van de mantelzorger compenseert zal dan aangewend moeten worden om professionele hulp in te huren en daarmee kunnen financiële problemen ontstaan.

Zorgkosten

Er wordt in de MvT gesproken over 'zorgkosten'. De zorgkosten worden opgedeeld in *verpleging*, *persoonlijke verzorging*, *begeleiding* en *huishoudelijke hulp*. Bij de omschrijving van deze functies lijkt aansluiting te zijn gezocht bij de functies zoals deze voorkomen in de AWBZ. Wij geven in overweging om de functies te definiëren, zodat duidelijk is wat precies onder iedere functie valt. Dat voorkomt discussies in de praktijk.

Voorbeeld:

Een van de ouders is blijvend ernstig beperkt en is aangewezen op zorg. Het gezin heeft jonge kinderen die naar school en naar clubjes moeten worden gebracht. Dit deden beide ouders om beurten. Uit de definitie moet duidelijk worden of deze activiteit mee moet tellen bij het begroten van de omvang van de zorgbehoefte.

Uit de MvT wordt niet duidelijk of bij het begroten van de zorgbehoefte en bepalen van de zorgkosten, rekening dient te worden gehouden met het begrip 'gebruikelijke zorg'. Zo ja, dan is het wenselijk om hiervoor normen vast te stellen. Voorbeeld: een jong kind (4 jaar) is ernstig en blijvend beperkt. De zorgomvang wordt begroot op 20 uur per week. Moeten hierop de uren 'gebruikelijke zorg' voor *begeleiding* en *persoonlijke verzorging* in mindering worden gebracht? Immers, een kind van die leeftijd heeft ook zonder de letselgevolgen *begeleiding* en *persoonlijke verzorging* van de ouders.

Uit de MvT blijkt niet op welke wijze de zorgomvang en de daarmee gepaard gaande kosten worden begroot. Wij geven in overweging om een normenkader op te stellen met daarin normtijden voor de diverse activiteiten bij de functies. Bijvoorbeeld: haren kammen is een activiteit behorend bij *persoonlijke verzorging* en de normtijd hiervoor bedraagt 5 minuten met een frequentie van 1x per dag.

Overig

Het lijkt wenselijk dat de Letselschade Raad het initiatief neemt om te komen tot het opstellen van een normenkader en wellicht ook tot het opstellen van een definitiekader. In de MvT wordt eenmaal gerefereerd aan een bestaand normenkader welke is opgesteld door de Letselschade Raad. Dit normenkader voldoet echter niet voor de situaties waarin dit voorstel voorziet. Bedoeld normenkader is gericht op tijdelijke situaties.

Zodra duidelijk is dat deze wet van kracht gaat worden, is het zaak de diverse professionals die met deze materie te maken krijgen hierover te instrueren. Dat geldt niet alleen voor de professionals die zich richten op de afwikkeling van de schade, maar ook voor de aanpalende disciplines, zoals de arbeidsdeskundigen.

Wij vertrouwen erop u hiermee volledig te hebben geïnformeerd, en tekenen,

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'M. Klompé', with a horizontal line drawn underneath the name.

Monique Klompé
Voorzitter