

Wij drukken op de Rode Knop!



Via*tence*
de zorg en ondersteuning die u wenst!

Inleiding

Staatssecretaris Van Rijn heeft op 11 februari zijn plan van aanpak voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen gepresenteerd. Zo'n twee weken daarvoor, op 26 januari was staatssecretaris Van Rijn op werkbezoek bij Viattence. Tijdens dit werkbezoek heeft de heer Van Rijn koffie gedronken met medewerkers en cliënten van Viattence en heeft er een Ronde Tafel gesprek plaatsgevonden. In het Ronde Tafel gesprek heeft de heer Van Rijn ons gevraagd om een lijst op te stellen van punten waar wij tegen aan lopen sinds de verandering in wet- en regelgeving per 1 januari 2015. Deze notitie is opgesteld door Viattence medewerkers en onderstaande punten kunnen dus worden gezien als de eerste ideeën vanuit het werkveld voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de vermindering van de regels en administratieve lasten.

Uitgangspunt van de hervorming langdurige zorg is dat ouderen zolang mogelijk thuis willen blijven wonen. Nederland verandert en de zorg verandert mee. Als zorgaanbieder is de wens van de cliënt leidend in al ons handelen. Wij hebben als doel de cliënt zoveel mogelijk in eigen regie te houden en vervolgens zorg en ondersteuning te bieden waar nodig. Sinds de veranderingen per 1 januari 2015 lopen wij tegen een aantal punten aan die ons belemmeren deze gewenste zorg en ondersteuning te bieden.

Deze punten hebben wij geclusterd in een aantal algemene onderwerpen, die hieronder verder worden uitgelegd.

- Respijtzorg
- Bureaucratie bij indicatieaanvraag
- Dagbesteding wordt door Gemeente doorgeschoven naar WLZ
- Declaratiesystemen
- Overleden cliënten
- Inkoopbeleid wijkverpleging
- Teveel loketten waardoor cliënt de weg kwijt raakt
- Wmo: risico's liggen bij de zorgaanbieder
- Transparantie, het meten van kwaliteit en verslaglegging
- Extra (tijdelijke) regelingen met ingang van 1 januari 2015

Respijtzorg

- **Tijdelijke opnames / respijtzorg voor dementerende cliënten:**

Uitgangspunt:

Voor 1 januari 2015 konden wij bij het CIZ een indicatie aanvragen voor de benodigde periode. Sinds 1 januari 2015 wordt de respijtzorg bekostigd en geïndiceerd door de Wmo. In principe kan iedere cliënt aanspraak maken op respijtzorg voor 2 etmalen per week.

Belemmeringen uit de praktijk sinds 1 januari 2015:

1. De regels en uitvoering rondom de respijtzorg verschillen per gemeente (ze conformeren zich niet aan elkaar), waardoor voor burgers een bepaalde ongelijkheid ontstaat in het recht op zorg.
2. Daarnaast is het voor ons als organisatie lastig om te manoeuvreren binnen de verschillende regels van de verschillende gemeenten.
3. Gemeenten weten niet goed hoe ze precies met een aanvraag voor respijtzorg voor dementerende cliënten moeten omgaan, waardoor het een langdurig en stroperig proces is.
4. Het gevolg is dat een cliënt langer in het ziekenhuis verblijft dan nodig. Of dat een cliënt ondertussen al weer thuis is van de logeeropname, zonder dat de beschikking van de Wmo al binnen is en wij als organisatie niet weten of de geleverde zorg vergoed zal worden.

Voorbeeld uit onze dagelijkse praktijk:

Bij de gemeente Oldebroek kun je als mantelzorger respijtzorg aanvragen voor 2 etmalen per week. In het debat over de Wlz op 15 september 2014 zegt staatssecretaris Van Rijn toe dat het opsparen van respijtzorg mogelijk is, als hier behoefte aan is. Het eerste antwoord van de gemeente Oldebroek bij een dergelijke aanvraag was dat het niet mogelijk is om het op te sparen. Wij hebben hen gewezen op de uitspraken van Van Rijn, maar we wachten al sinds begin januari op uitsluitel. In de tussentijd is de desbetreffende cliënt wel bij ons opgenomen voor respijtzorg, omdat het thuis even niet meer ging. We hebben echter tot op de dag van vandaag nog geen uitsluitel of de zorg door de Wmo bekostigd gaat worden. De cliënt is ondertussen weer thuis.

Het doel van respijtzorg is dat mantelzorgers ontlast kunnen worden. Hierdoor kunnen mantelzorgers langer staande blijven en zorgbehoefte mensen langer thuis blijven wonen. Twee etmalen per week is te weinig, vooral als deze etmalen niet opgespaard kunnen worden voor een langere, aaneengesochte periode! Met twee etmalen per week en het niet op kunnen sparen van etmalen, bereiken we niet dat mensen langer thuis blijven wonen, maar juist het tegenovergestelde: mantelzorgers voelen zich niet gesteund, raken sneller overbelast en zullen minder lang de rol als mantelzorger thuis op zich kunnen nemen, met opname van de zorgbehoefte mens tot gevolg.

Daarnaast moeten we niet vergeten dat 'het steeds voor korte periodes van omgeving wisselen (2 dagen)' veel onrust geeft voor de dementerende cliënt. Tevens is dit erg verwarrend voor de cliënt en niet bevorderend voor het ziekteproces. Kortom: dit is geen uitkomst voor een dementerende persoon of diens mantelzorger.

Voorstel:

Nogmaals aan de gemeenten duidelijk maken dat de etmalen opgespaard kunnen worden om mantelzorgers te ontlasten en dat ze deze etmalen kunnen gebruiken op het moment dat zij daar behoefte aan hebben. Dit komt het langer thuis blijven wonen ten goede.

- **Tijdelijke opnames / respijtzorg voor somatische cliënten:**

Uitgangspunt:

De respijtzorg voor somatische cliënten verloopt in 2015 nog via het CIZ ("subsidierегeling eerstelijns verblijf"). We beschikken als organisatie over een UZI-pas. Met deze UZI-pas waren wij

voor 1 januari 2015 gemachtigd om indicaties te stellen, waarbij we steekproefsgewijs door het CIZ werden gecontroleerd (onze score: tussen 80% en 100% conform onze aanvragen!).

Belemmeringen uit de praktijk sinds 1 januari 2015:

1. Sinds 1 januari 2015 zijn de machtigingen van deze UZI-pas ingetrokken en kunnen we alleen gegevens inzien. Met als gevolg dat we nu bij het CIZ een aanvraag moeten indienen voor een VV 3, VV 6 of VV 10 indicatie.
2. In plaats van de toetsing binnen 48 uur (vóór 1 januari) wachten we nu (maximaal) 2 weken op het afgeven van deze indicatie door het CIZ. Dit levert problemen op omdat het bij tijdelijke opnames voor somatische cliënten vaak om spoedopnames gaat, waarbij we binnen één / enkele dagen moeten handelen. Het risico is dat we een cliënt dan in zorg nemen (met alle zorg en medicatiekosten die daarbij horen) en dat het CIZ vervolgens besluit dat de indicatie niet wordt afgegeven. De periode dat de cliënt in het verpleeghuis heeft doorgebracht wordt dan niet bekostigd. Het risico ligt dus bij de zorgaanbieder, terwijl die zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid neemt.

Voorbeeld uit onze dagelijkse praktijk:

Een huisarts belt ons voor een bedlegerige cliënt die zorg nodig heeft. De huisarts heeft niet genoeg redenen om de cliënt naar het ziekenhuis te sturen, maar thuis gaat het even niet meer. Wij kiezen er als organisatie dan voor om meteen te handelen en de cliënt wordt opgenomen. Tegelijkertijd wordt er een aanvraag voor indicatie ingediend bij het CIZ. Gemiddeld duurt het een week voordat een aanvraag door het CIZ in behandeling wordt genomen. In die week is het ons vaak al gelukt de cliënt te stabiliseren en/of mobiliseren. Iemand zit bijvoorbeeld weer delen van de dag in een stoel, of loopt enkele stapjes met een rollator. Het CIZ geeft vervolgens aan dat de cliënt niet bedlegerig is en er dus geen verpleeghuisopname noodzakelijk is. De benodigde indicatie wordt om deze redenen niet afgegeven. Dit betekent dat wij

- a. de opnameperiode van de cliënt (verblijf, zorg en behandeling) niet bekostigd krijgen en
- b. de cliënt meteen naar huis moeten sturen om niet nog meer kosten te maken.

Liever zouden wij het traject afmaken door de cliënt goed te stabiliseren en de thuissituatie zodanig voor te bereiden (thuiszorg / ondersteuning / aanpassingen) dat de cliënt zich daar weer zo zelfstandig mogelijk kan redden. Maar in plaats van te worden erkend voor de geleverde goede zorgen en de behaalde resultaten, worden wij 'afgestraft' voor het feit dat cliënt al weer op de goede weg is. Wij draaien op voor de kosten van het volledige verblijf en de cliënt krijgt niet de nazorg die hij nodig heeft om weer goed te kunnen functioneren thuis (wat de maatschappij in geval van terugval meer kost dan een kortdurend verblijf in het verpleeghuis). Kortom, de indicatie van het CIZ is niet gebaseerd op het moment van opname, maar op het moment dat de indicatiesteller onderzoek doet. Dit geeft geen representatief beeld van de situatie van de cliënt op het moment dat de zorgvraag zich daadwerkelijk voordoet. Hierdoor gaat het mis met de bekostiging én een goed traject voor de cliënt in kwestie.

Het transferbureau van het ziekenhuis kan nog wel spoedaanvragen doen die binnen 48 uur door het CIZ worden beoordeeld. Daarom wordt er nu vaak door zorgaanbieders gestuurd op een ziekenhuisopname, zodat de cliënt de juiste indicatie heeft vóór dat het verpleeghuis de cliënt opneemt. De zorgaanbieder is op deze manier verzekerd van de juiste vergoeding en juiste duur (waarbij het traject van opknappen, stabiliseren en terugkeer naar huis, rustig kan worden doorlopen). Deze omweg kost de maatschappij veel extra geld en de cliënt wordt van hot naar her gestuurd.

Voorstel:

Laat het CIZ, net als voor 1 januari 2015, de aanvraag binnen 48 uur toetsen of laat ons de UZI-pas weer in gebruik nemen.

Bureaucratie bij indicatieaanvraag

Uitgangspunt:

Vóór 1 januari 2015 moest

1. De zorgaanbieder de identiteitscontrole uitvoeren (d.m.v. BSN check / controle ID bewijs)
2. En moest achteraf aan de CIZ aanvraag aangetoond kunnen worden dat cliënt of diens vertegenwoordiger instemde met de aanvraag d.m.v. een ondertekende aanvraag (steekproefsgewijs werd dit gecontroleerd).

Belemmeringen uit de praktijk sinds 1 januari 2015:

1. Sinds 1 januari moet bij een indicatieaanvraag een kopie van geldige ID-bewijs meegezonden worden, anders kan deze niet in behandeling worden genomen. (Inmiddels is dit gelukkig teruggedraaid, met dank voor de snelle (re)actie!)
2. Maar er ligt nog het feit dat het CIZ sinds 1-1-2015 een aanvraag niet in behandeling neemt / mag nemen als deze niet door de cliënt zelf ondertekend is. Cliënten zijn hier echter niet altijd toe in staat of niet wilsbekwaam, wat maakt dat het indicatieproces stagneert.

Voorbeeld uit onze dagelijkse praktijk:

We nemen met spoed een dame op, op de (gesloten) PG afdeling. Mevrouw heeft de maatregel IBS, omdat wegens agressie en verzet BOPZ en RM niet toereikend waren. We vragen voor mevrouw een ZZP VV5 bij het CIZ aan. Er is een diagnose dementie, dit is een verplicht veld in de aanvraag voor een ZZP VV5. De eerste contactpersoon van de cliënte heeft de aanvraag ondertekent en deze is gescand ingediend bij het CIZ. Alles rond, zou je zeggen. Maar helaas, een medewerker van het CIZ belt ons op, dat de aanvraag niet ondertekend is door de cliënte zelf en dus niet in behandeling kan worden genomen. "Dit zijn nou eenmaal de regels." Wij staan als aanbieder wederom met onze rug tegen de muur: hoe laten wij een vrouw met verzet en agressie een aanvraag ondertekenen? En stèl dat het ons lukt, welke (juridische) waarde heeft de handtekening van de cliënte dan, als er al aangetoond is dat mevrouw aan dementie lijdt en gedwongen opgenomen moet worden?

Voorstel:

Schaf de verplichte ondertekening door cliënt af bij het indienen van aanvragen waarbij het gaat om cliënten die geen regie / wilsbekwaamheid meer hebben (VV5 / VV7 / BOPZ).

Daarnaast kun je je afvragen of het reëel is om te verwachten dat een cliënt altijd een handtekening kan zetten onder de aanvraag voor deze wordt ingediend, ook als de cliënt wel de eigen regie heeft / wilsbekwaam is. Iemand kan te ziek zijn om te tekenen of fysiek niet aanwezig op dat moment, etc.

Voorstel:

Geef ons enkele (bijv. 3 – 5) werkdagen om de getekende versie aan te leveren na het indienen van de aanvraag, zodat deze wel alvast in behandeling kan worden genomen en op die manier de zorg voor de cliënt én de financiering niet in het geding komt.

Dagbesteding wordt door Gemeente doorgeschoven naar WLZ

Uitgangspunt:

Vóór 1 januari 2015 konden wij bij het CIZ een indicatie aanvragen voor begeleiding in groepsverband (BGGR) in een aantal dagdelen.

Sinds 1 januari 2015 wordt de dagbesteding bekostigd en geïndiceerd door de Wmo.

Belemmeringen uit de praktijk sinds 1 januari 2015:

1. Bij bepaalde gemeenten merken wij dat de vraag voor dagbesteding voor dementerende cliënten, die door de ondersteuning van hun samenwonende (gezonde) partner/mantelzorger nog thuis kunnen wonen, door de Wmo wordt doorverwezen

naar het CIZ voor een Wlz indicatie. Het CIZ verwijst echter terug naar de Wmo, omdat er nog geen opname noodzaak/-wens aanwezig is.

2. Het gevolg is dat een cliënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd, en het dus lang duurt voor dagbesteding gestart kan worden. De Wmo verwijst naar het CIZ en CIZ naar de Wmo. De cliënt beland tussen wal en schip en het duurt lang(er) voor er adequate ondersteuning kan worden geboden (met het risico dat de mantelzorger al door de hoeven is gegaan).
3. Het gebeurt ook dat men door de Wmo naar het CIZ wordt gestuurd, die vervolgens wel een Wlz indicatie afgeeft, waar de aanbieder vervolgens onvoldoende zorg voor thuis uit kan halen. De indicatie is ontoereikend en er zal eerder gekozen worden voor opname intramuraal in plaats van thuis blijven wonen.
4. Bijkomend nadeel is vervuiling van de wachtlijst, want deze cliënten willen en hoeven nog niet opgenomen te worden, maar de Wlz indicatie is toch toegewezen aan een zorgaanbieder.

Voorbeeld uit onze dagelijkse praktijk:

Meneer X is dementerend. Hij woont thuis, samen met zijn vrouw. De thuiszorg ondersteunt het echtpaar vanuit de Zvw. Daarnaast bezoekt meneer de dagbesteding bij Viattence voor activering, socialisering en ontlasting van mevrouw. Meneer én mevrouw zijn tevreden over deze constructie en de situatie is uitgebalanceerd: ze kunnen het zo nog een tijdje vol houden.

Echter verloopt over enkele weken de indicatie van meneer X. Bij de Wmo van de betreffende gemeente is een aanvraag gedaan voor een verlenging / het opnieuw beoordelen van de situatie en het beschikken van dagbesteding.

De Wmo neemt echter contact met ons op dat zij deze aanvraag niet in behandeling kunnen nemen. Meneer heeft namelijk niet voldoende eigen regie om zelf adequaat te alarmeren en zou zonder zijn echtgenote niet thuis kunnen wonen. Zij kunnen hier als gemeente geen verantwoording voor dragen en verwijzen door naar het CIZ / de Wlz. Dan kan de zorgaanbieder vervolgens uit het Wlz pakket de zorg halen (modulair of volledig pakket thuis).

De zorg die wij uit een pakket kunnen halen is echter minder dan de zorg die hij nu ontvangt en dus niet toereikend. Conclusie: het is niet meer mogelijk voor meneer X om thuis te blijven wonen.

Volgens Viattence is dit nou typisch een geval waar met de juiste ondersteuning iemand zo lang mogelijk thuis kan wonen. De Wmo is hier verantwoordelijk voor, voorliggend op de Wlz zorg. Dit is toch het hoogste doel wat beoogt wordt met de hervormingen van de zorg in Nederland, en bovendien voor de gemeenschap de goedkoopste oplossing.

Voorstel:

Een duidelijke lijn kenbaar maken aan gemeenten, dat dagbesteding op hun bordje hoort zo lang er geen opname nood- en /of wens is, met als doel dat men langer thuis kan blijven wonen.

Declaratiesystemen

- **Declareren Wmo-zorg: verschillen per gemeente**

Uitgangspunt:

Voor het declareren van Wlz-zorg is er inmiddels een goed werkend systeem. Voor het declareren van de Wmo-zorg is dit helaas nog niet het geval. Per eind februari is er wel sprake van een opgestelde I-Wmo standaard

Belemmeringen uit de praktijk sinds 1 januari 2015:

1. Helaas bestaat er geen landelijke declaratiestandaard voor de gemeente. Dit betekent dat alle gemeenten nu opnieuw het wiel gaan uitvinden. Sommige gemeenten zullen daarin samen optrekken, maar andere gemeenten ook niet. Dit kan betekenen dat organisaties die met meerdere gemeenten van doen hebben, op verschillende manieren, in verschillende systemen moeten gaan declareren.

2. Over het algemeen zijn dit tijdrovende processen die veel administratie vragen. In het kader van het verminderen van de overhead kosten is het niet wenselijk dat er bij verschillende gemeenten op verschillende wijze gedeclareerd moet worden.
3. Sinds de I-Wmo standaard hanteren sommige gemeenten de productcodes van deze standaard. Andere gemeenten hanteren hun eigen productcodes, die niet alleen afwijken van de I-Wmo codes maar ook onderling verschillen.
4. Vele gemeenten willen gegevens in een 7-zip Excel bestand aangeleverd krijgen. Dit is een hack- en foutgevoelige manier van werken en vraagt veel extra werk.

Voorstel:

Stel een landelijke declaratiestandaard (i-Wmo) vast waar alle gemeenten zich aan moeten conformeren, net zoals bij de Wlz. Dit zou erg wenselijk zijn, het berichtenverkeer vereenvoudigen, veel onnodige bureaucratie schelen en dus de zorg aan de cliënt ten goede komen.

- **Declareren Wmo-zorg: niet op tijd klaar betekent achteraf onnodig veel bureaucratie**
Zoals hiervoor is aangegeven hebben vele gemeenten de systemen voor het declareren van de zorg nog niet op orde (eind februari 2015). Gevolg hiervan is dat de geleverde zorg met terugwerkende kracht gedeclareerd moet worden. Dit kost onnodig veel tijd en mankracht, wat ten koste gaat van de zorg aan de cliënt.

- **Declareren Zvw-zorg**

Uitgangspunt:

Alle zorgverzekeraars hebben voor 2015 volgens een aantal algemene regels hun inkoopbeleid opgesteld en de declaratie van zorg vormgegeven.

Verwachte belemmeringen per 1 januari 2016:

In 2016 mag iedere zorgverzekeraar zijn eigen inkoopbeleid opstellen met eigen regels en eigen tarieven. Wij vrezen hier voor hetzelfde fenomeen als nu rondom de Wmo, namelijk per zorgverzekeraar verschillende afspraken, verschillende declaratiesystemen en verschillende tarieven. Dit zal extra overhead kosten met zich meebrengen en dat willen we nou juist niet. Daarnaast werkt het fouten in de hand.

Voorstel:

Stel ook voor de zorgverzekeraars een landelijke declaratiestandaard vast waar ze zich aan moeten conformeren.

- **Gescheiden financiering zorgt voor gescheiden behandelplannen en onnodig veel extra ballast**

Door de vernieuwde wet- en regelgeving, hebben we te maken met meerdere partijen waaraan we (vaak dezelfde) verantwoording moeten afleggen. Voor de Wmo, de Wlz en de Zvw moeten we dan ook verschillende 'behandelplannen' maken. Bij de één heet dit een behandelplan, bij de ander een zorgleefplan. Vaak staat hierin voor een groot gedeelte dezelfde informatie, maar moet het apart worden aangemaakt vanwege de declaraties.

Kortom: 3 financieringsstromen en 3 'behandel'-plannen = 3 keer dezelfde ballast.

Voorbeeld uit onze dagelijkse praktijk:

Een cliënt heeft thuiszorg (Wmo) van Viattence. Hier wordt dan 'behandelplan 1' voor opgesteld. Gedurende de tijd dat deze cliënt thuiszorg heeft krijgt hij ook een indicatie voor fysiotherapie (behandeling, Zvw). De fysiotherapeut van Viattence stelt dan 'behandelplan 2' op. Omdat deze systemen niet met elkaar stroken en vaak niet inzichtelijk zijn voor de andere partij, worden opnieuw dezelfde vragen gesteld en dezelfde informatie ingevuld.

We kunnen dus niet 'kopiëren – plakken' en mogen niet één overkoepelend behandelplan opstellen

omdat alle drie de loketten (Zvw, Wmo en Wlz) hun eigen eisen stellen.

Krijgt een cliënt dus thuiszorg van organisatie X en fysiotherapie van organisatie Y, dan is er vaak helemaal geen onderlinge communicatie.

Voorstel:

Laten we één dossier hanteren, in ieder geval als het gaat om klanten die bij één organisatie meerdere diensten afnemen. Dit scheelt veel administratieve ballast en tijd die beter aan de cliënt besteed kan worden. Eén hoofddossier waar we voor de drie verschillende financieringsstromen de juiste gegevens uit kunnen halen.

Overleden cliënten

Uitgangspunt:

Wij krijgen alleen betaald voor de zorg die wij leveren aan 'levende' cliënten. De laatste zorg rondom overlijden is echter ook onderdeel van ons zorgproces, maar dit onderdeel wordt niet vergoed.

Belemmering in de huidige praktijk:

We zijn ons er van bewust dat we geen begrafenisondernemer zijn, echter het afleggen van een cliënt, het verlenen van de laatste zorg en het voeren van een gesprek met de familie is van groot belang. Gevolg van het algemene overheidsbeleid op het gebied van de zorg (niet zozeer de veranderingen sinds 2015) is dat we dit budgettair eigenlijk niet meer kunnen bieden, aangezien hier geen geld, en dus geen tijd, voor is. Wij bieden deze belangrijke zorg wel, maar leveren hier dus fors op in.

Inkoopbeleid wijkverpleging

- **Aantal gezichten per zoveel uur thuiszorg**

Uitgangspunt:

In het inkoopbeleid van Achmea staan eisen rondom het aantal zorg-gezichten dat een cliënt per aantal uren zorg te zien mag krijgen. Wij vinden dit een goed punt, de cliënt staat hierbij centraal.

Belemmering uit de praktijk sinds 1 januari 2015

Door het inkoopbeleid rondom de 24/7 niet-planbare zorg in de wijkverpleging kan aan deze eis echt niet worden voldaan. Een cliënt die in de nacht belt (niet-planbare zorg) mag alleen geholpen worden door de partijen die hiervoor gecontracteerd zijn door de zorgverzekeraar. Het principe van zoveel gezichten per aantal uren zorg wordt dus in de nacht niet geborgd. De cliënt staat 's nachts dus eigenlijk niet centraal.

Wij zijn niet één van de gecontracteerde partners voor deze niet-planbare zorg, maar vanuit onze visie (cliënt staat centraal) leveren we deze zorg wel als één van onze cliënten in de nacht belt. We krijgen dit helaas niet vergoed en leveren hier dus fors op in (circa €50.000 op jaarbasis).

Voorstel:

Laat de klantvraag leidend zijn en ga niet knippen in de producten. De cliënt neemt zorg af en op basis daarvan declareren wij. Dan is er geen onderscheid tussen dag en nacht zorg (zorg = zorg).

- **Segment 1 (niet toewijsbare zorg) en Segment 2 (toewijsbare zorg)**

Uitgangspunt:

Voor 1 januari 2015 was een verpleegkundige werkzaam in en had een signalerende functie voor alle domeinen van het leven van een cliënt en was er geen onderscheid tussen 'segment 1' en 'segment 2'.

Belemmering uit de praktijk sinds 1 januari 2015:

Per 1 januari 2015 heeft Achmea besloten om dit op te knippen, dus wijkverpleegkundige A in segment 1 mag niet hetzelfde als wijkverpleegkundige B in segment 2, hoewel beide wijkverpleegkundige over dezelfde bekwaam- en bevoegdheden beschikken. Achmea wil hiermee onafhankelijkheid borgen en garanderen dat het belang van de klant centraal staat. Dit is een goed punt, alleen wordt dit nu 'ingebouwd' door het opwerpen van onnodige schotten.

Dit betekent weer een extra, nieuw gezicht voor de cliënt, terwijl er juist met wijkverpleegkundige A een vertrouwensband is opgebouwd. Daarnaast is het tegenstrijdig met de opdracht voor de Thuiszorg die een zorgaanbieder van Achmea krijgt, namelijk 'zo min mogelijk verschillende gezichten bij een cliënt thuis'.

Voorbeeld uit onze dagelijkse praktijk:

Wijkverpleegkundige A komt al een tijdje bij een cliënt thuis, in segment 1, en signaleert dat er meer zorg nodig is. Dan moet wijkverpleegkundige B inschakelt worden om te indiceren, want deze wijkverpleegkundige B is werkzaam in segment 2. Ondertussen zit de cliënt te wachten, ziet een nieuw gezicht en moet wederom zijn / haar verhaal doen. Als wijkverpleegkundige A ook had mogen indiceren, had de cliënt het vertrouwde gezicht behouden en had het tijd (en geld) gescheeld omdat wijkverpleegkundige A al op de hoogte is van het verhaal van de cliënt.

Voorstel:

We doen een beroep op vertrouwen! Vertrouwen op de professie van de wijkverpleegkundige en de organisatie. De wijkverpleegkundigen waren voorheen en zijn ook nu heel goed in staat om het belang van de cliënt voorop te plaatsen, vóór het belang van de eigen organisatie. Daarnaast is er ook voldoende afstemming tussen verschillende organisatie, waardoor de cliënt de zorg en ondersteuning krijgt die hij nodig heeft.

Teveel loketten waardoor cliënt de weg kwijt raakt

- *Verschillende Wmo-loketten*

Uitgangspunt:

Er zijn cliënten die onder meerdere Wmo-loketten vallen, doordat sommige kleinere gemeenten diensten hebben ondergebracht bij nabij gelegen grotere gemeenten.

Belemmeringen uit de praktijk sinds 1 januari 2015:

1. We hebben met de grotere gemeenten geen afspraken gemaakt over de Wmo, alleen met de kleine gemeenten.

Voorbeeld uit onze dagelijkse praktijk:

Er zijn cliënten uit gemeente Epe, die gebruik maken van een bepaalde voorziening die de gemeente Epe heeft ondergebracht bij de gemeente Apeldoorn. Dit betekent dat wij, als organisatie, dan speciaal voor deze cliënt een overeenkomst moet sluiten met de gemeente Apeldoorn, die in principe geen samenwerkingspartner van ons is.

- *Verschillende financiering voor dezelfde zorg*

Persoonlijke Verzorging (PV) kan vanuit de Wmo, Wlz en Zvw geleverd worden. Verrassend genoeg zijn dit drie verschillende bedragen (geen grote verschillen) voor dezelfde zorg die wordt geboden. Het feit dat dezelfde zorg door drie verschillende loketten geleverd kan worden en dat deze alle drie een verschillende prijs hebben, zorgt voor veel administratief werk.

Voorstel:

Spreek voor dezelfde soort dienst eenzelfde prijs af.

- **Dagbesteding via de Wmo**

Uitgangspunt:

Gemeenten hebben nog geen idee wat ze gaan doen rondom de dagbesteding, hoe er geregistreerd gaat worden, welke gegevens nodig zijn etc.

Belemmeringen uit de praktijk sinds 1 januari 2015:

1. Gemeenten geven aan pas in april/mei te beginnen met de keukentafelgesprekken.
2. Gemeenten kunnen helaas niet aangeven waar een cliënt tot die tijd terecht kan en van wie de cliënt de benodigde begeleiding kan ontvangen.

Wmo: risico's liggen bij de zorgaanbieder

De raamovereenkomsten die wij als organisatie ondertekenen als we de samenwerking met een gemeente aangaan, zijn over het algemeen erg eenzijdig opgesteld. Risico's worden door de gemeenten voornamelijk bij de zorgaanbieder neergelegd en de gemeente zelf neemt weinig verantwoordelijk. Er zijn een aantal 'krommigheden' in de overeenkomsten. Hieronder 2 voorbeelden daarvan:

1. Een zorgorganisatie mag geen cliënten weigeren. Het niet beschikken over voldoende personeel, bijvoorbeeld omdat we plots te veel cliënten hebben of omdat personeel plots in overmaten ziek is, is verwijtbaar. Dus vraagt de gemeente eigenlijk dat we altijd voldoende personeel hebben. Uiteraard proberen we dit in de praktijk op te lossen, ook in samenwerking met onze collega-organisaties.
2. Een zorgorganisatie moet binnen een bepaalde tijd factureren, anders lopen we het risico op een boete. Gemeenten hebben evenwel eigen facturatieformats ontwikkeld, waardoor er verschillende standaarden zijn. Dit betekent veel extra werk en nu nog veel handwerk en handmatige koppelingen. Daarnaast is het nog niet altijd helder over hoe en welke gegevens aangeleverd dienden te worden.

Transparantie, het meten van kwaliteit en verslaglegging

Er zijn vele partijen waaraan wij als organisatie 'verantwoording' moeten afleggen. Hieronder een lijst met organisaties waar wij gegevens moeten aanleveren:

- Landelijke uitvraag van de uitslagen van de CQ-meting (cliënttevredenheidsonderzoek), die elke 2 jaar wordt uitgevoerd. Na veel gesteggel tussen verschillende partijen hebben Actiz en BTN besloten een portal te openen waar de uitslagen van de CQ-metingen kunnen worden verwerkt. Naar alle waarschijnlijkheid worden deze gegevens zichtbaar gemaakt op Zorgkaart Nederland.
- IGZ: Bij de IGZ moeten we als zorgaanbieder aangeven dat we continu bezig zijn met het verbeteren van de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg middels het verzamelen van gegevens op het niveau van de cliënt (ZI, CQ, klachten), niveau van de medewerker (MTO etc.), niveau van de afdeling (interne audit), niveau van het concern (externe audit).
- Zorgkantoren: de zorgkantoren willen naast de CQ-meting en de verbeterplannen ook informatie over zorginhoudelijke indicatoren. Op welke manier zij dit aangeleverd willen hebben, daar is nog geen duidelijkheid over. Als zorgaanbieder krijg je extra punten bij de inkoop van zorg als je kwaliteitsmanagementsysteem gecertificeerd is. Voor het behoud van het certificaat moet je als zorgaanbieder ook aantonen dat je een ZI meting en CQ meting uitvoert, dat je klachten registreert en je plannen van aanpak laten zien etc.
- Gemeenten hebben aangegeven ook informatie te willen ontvangen over de cliënttevredenheid wat betreft de zorg die vanuit de WMO geleverd wordt. In welke vorm en hoe vaak dit gewenst is, is nog niet helder.
- In de toekomst wil het Zorginstituut Nederland (Kwaliteitsinstituut) naar alle waarschijnlijkheid ook gegevens van de zorginstellingen ontvangen. Het is ook hier echter nog niet bekend wat, hoe en wanneer.

Uit bovenstaande lijst blijkt dat het de verschillende partijen in de kern om hetzelfde gaat, namelijk: Zijn de cliënten tevreden? En wat doen jullie als organisatie om er voor te zorgen dat de cliënten tegen zo min mogelijk zorgproblemen aanlopen?

Helaas is het zo dat deze partijen dezelfde kwaliteitsgegevens op verschillende manieren opvragen. Het kost veel energie en manuren om deze informatie steeds op verschillende manieren aan te leveren. Daarbij komt ook dat veel partijen onduidelijk zijn over hoe, wat, waar en wanneer ze iets aangeleverd willen krijgen.

Voorstel:

Het zou veel tijd en administratie schelen als er één centraal punt is waar de gegevens aangeleverd kunnen worden. Alle genoemde partijen kunnen dan vervolgens hun informatie daar vandaan halen.

Extra (tijdelijke) regelingen met ingang van 1 januari 2015:

Per 1 januari 2015 zijn de financieringsstromen veranderd. Daarnaast zijn er ook nog vele extra regelingen in het leven geroepen om zorg te garanderen. Hoewel deze regelingen qua financiering erg welkom zijn, zitten er ook grote nadelen aan. Elke regeling kent namelijk zijn eigen voorwaarden, administratieve verplichtingen en termijnen. Volgens ons wordt daarmee juist het tegendeel bereikt van de beoogde administratieve lastenverlichting. Er wordt meer gevraagd van de overhead en er blijven minder middelen over voor de daadwerkelijk zorg aan de cliënten. Hoewel deze regelingen natuurlijk bedoeld zijn om de cliënt de zorg te blijven bieden, ontbreekt bij de uitvoering hiervan wat ons betreft het daadwerkelijke dienen van het belang van de cliënt.

Hieronder hebben we een lijst gemaakt van extra (tijdelijke) regelingen m.i.v. 2015:

- Financiering en zorg van GGZ-c cliënten.
Bij 1-3 cliënten vraagt dit enorm veel bureaucratische rompslomp en regel, dat volstrekt niet in verhouding staat met het relatief weinige budget dat hiermee gemoeid is. Terwijl de cliënt waarschijnlijk gewoon blijft wonen waar hij/zij al was op 31 december.
- Wlz – Subsidieregeling Extramuraal Behandeling (tijdelijk) via Zorginstituut →Zorgkantoor → Zorgaanbieder
- Wlz – Extra budget voor Extramuraal en Behandeling AWBZ op basis van intramuraal geïndiceerden met een indicatie die afgegeven is in de eerste 4 maanden van 2014.
- Zvw – In 2015 via Wlz - Subsidieregeling Kortdurend eerstelijns verblijf voor ZZP 3, 6 en 10;
- Zvw – Wijkverpleging S1 voor 2 gemeenten, S2 voor 3 gemeenten.
- Wlz – Logeeropvang via PGB, VPT of MPT (max. 2 etmalen per week, mogelijkheid tot sparen tot een maximum van ruim 10 etmalen per jaar)
- Wmo – Respijtzorg in het gemeentelijk domein (i.p.v. de AWBZ-aanspraak kortdurend verblijf)
- Subsidieregeling overgang kapitaallasten 2015-2017
Van toepassing op zorg die is overgeheveld naar de gemeenten, waarvoor geen vergoeding voor kapitaallasten meer kan worden verstrekt via de beleidsregels van de NZa.
Via Zorginstituut, aparte protocollen en accountantsverklaring (extra kosten) vereist.
- Subsidieregeling voortzetting Zorginfrastructuur 2015-2017
Van toepassing om het zogenaamde 'halen en brengen' van extramuraal zorg te ondersteunen door daartoe ruimten en technologische voorzieningen te financieren.
Vervalt onder de WLZ. Er wordt gewerkt aan een nieuwe regeling.
Via Zorginstituut, aparte protocollen en formulieren en accountantsverklaring(extra kosten) vereist.

Nabrand

Dat er veranderingen moeten plaatsvinden in de (ouderen)zorg, daar zijn wij als zorgaanbieder voorstander van. De kwaliteit van zorg moet beter en de cliënt moet echt centraal komen te staan.

Maar helaas blijven we ook in deze veranderingen teveel

hangen in het 'oude denken'. Voorbeelden daarvan zijn voorwaarden als 'u zult beleid presenteren' of 'u zult bepaalde documenten overleggen'. Zijn dit indicatoren dat de kwaliteit van zorg ook daadwerkelijk op orde is? Of zijn het mooie verhalen op papier die niets zeggen over de praktische werkelijkheid? En als je besluit om geen beleid te overleggen, omdat je geen tijd en geld wil besteden aan onnodige overhead, dan wordt je uitgeschakeld in de aanbestedingstrajecten (bijv. buurtzorg) of gekort bij de zorginkoop.

Met betrekking tot het centraal stellen van de cliënt, is er ook nog iets om over na te denken. Voor de inspectie moeten alle dossiers tot in het kleinste puntje op orde. Alles wordt uitgeplozen en daar wordt een organisatie op getoetst. Ten eerste kost het heel veel tijd om deze dossiers op orde te maken en te houden en ten tweede vragen we ons dan af: is de bewoner een dossier? Waarom komt de inspectie niet een hele dag of week meekijken in een organisatie. Laat ze een dag plaats nemen in de huiskamer (in plaats van dossiers controleren) en kijken hoe er met bewoners wordt omgegaan. Daar gaat het namelijk om, niet of alles wel op de juiste manier in het dossier is gezet.