

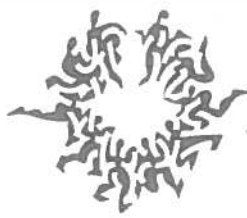
Position papers rondetafelgesprek Wijkverpleging 21 september 2015

Blok I - 10.00 - 11.30 uur : aanbieders, zorgverzekeraars, inkopers

1. A. Rouvoet, Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
2. C. Verheijen, Eerstelijnscentrum De Nije Veste
3. J. de Blok, Thuiszorgorganisatie Buurtzorg
4. Mw. I.I. Doude van Troostwijk, Actal
5. C-J. Danen, Thuiszorg West-Brabant
6. G. van Montfort, Actiz

Blok II – 12.00 – 13.30 uur: (ervarings)deskundigen, cliënten- en patiëntenorganisaties, personeel

1. Mw. H. Zijlstra, V&VN
2. Mw. P. Schout, NPCF
3. Mw. L. Hollenberg, Wijkverpleegkundige
4. Mw. W. Velinga, CNV
5. Mw. M. Vanderkaa, Unie KBO
6. Mw. L. Boerwinkel, ANBO
7. Mw. R. de Korte, docent Hogeschool Amsterdam
8. Mw. A. Saers, Per Saldo
9. Mw. J. Meerveld, Alzheimer Nederland



Aan Vaste Commissie VWS, Tweede Kamer der Staten Generaal
Van Zorgverzekeraars Nederland
Doorkiesnummer (030) 698 82 42
Datum 18 september 2015
Onderwerp Rondetafelgesprek Wijkverpleging 21 september 2015

Heeft u vragen of wilt u meer informatie dan kunt u contact opnemen met :

- Wouter Kniest, adviseur communicatie en public affairs, 06-310 48 760

Geachte leden van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Op maandag 21 september 2015 spreekt u met vertegenwoordigers van belanghebbende organisaties over de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) brengt in voorbereiding op het rondetafelgesprek graag de volgende onderwerpen onder uw aandacht:

1. Nieuwe bekostiging versterkt positie wijkverpleegkundige
2. Onvoldoende voortgang in het ontwikkelen van een eenduidige kwaliteitskader

Op 1 januari 2015 is de wijkverpleging overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met brede steun uit 'het veld' geeft het kabinet de wijkverpleegkundige een sterke en volwaardige positie geven binnen de eerste lijn. De wijkverpleegkundige zorg is door de overheveling losgemaakt van het starre AWBZ-kader dat de ontwikkeling van de wijkverpleging op tal van terreinen belemmerde. 2015 is bestempeld als overgangsjaar. Alle partijen hebben zich dit jaar – met succes – ingezet om te voorkomen dat door de overheveling de zorg voor cliënten in gevaar zou kunnen worden gebracht. Maar met de overheveling naar de Zvw is de nieuwe positie van de wijkverpleging nog niet gerealiseerd.

1. Nieuwe bekostiging versterkt positie wijkverpleegkundige

Om de wijkverpleegkundige zo snel mogelijk te ondersteunen in haar/zijn nieuwe rol, pleit ZN voor een voortvarende invoering van het nieuwe bekostigingsmodel voor de wijkverpleging per 1 januari 2017. Dit bekostigingsmodel moet bij de invoering toereikend zijn.

Huidige AWBZ-bekostiging belemmert gewenste verandering

Vanwege de korte voorbereidingstijd hebben alle partijen zich rond de overheveling vooral gericht op de continuïteit van de zorg. Om die reden zijn de zorginkoop en bekostiging in 2015 en 2016 noodgedwongen nog geschoeid op de AWBZ-bekostiging. Daarnaast hebben zorgverzekeraars zorgaanbieders breed bevoorschot voor de eerste maanden van 2015. Allemaal voorzorgsmaatregelen die eigenlijk niet passen binnen de Zvw, maar die nodig zijn gebleken om te voorkomen dat de zorg aan kwetsbare mensen die afhankelijk zijn van verpleging en verzorging tijdens de overheveling in gevaar zou komen.

Echter, het doel van de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw is uiteindelijk om mensen met passende zorg zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te kunnen laten wonen. Om dit te bereiken zal de wijkverpleegkundige weer haar/zijn beroep volwaardig moeten kunnen uitoefenen. Dat betekent dat zij/hij met de cliënt en de naaste omgeving stuurt op maatwerk en zelfredzaamheid; zorg die past bij de zorgvraag en levenssituatie van de cliënt. De huidige (tijdelijke) bekostiging sluit geheel niet aan op deze nieuwe invulling van de wijkverpleegkundige zorg. De huidige AWBZ-bekostiging past niet in de Zvw en is uitsluitend gericht op het betalen van de inzet van zorg; het zogenaamde 'uurtje-factuurkje'.

Nieuwe bekostiging sluit naadloos aan op nieuwe rol wijkverpleegkundige

Om wijkverpleegkundigen en de organisatie waarbij zij werkzaam zijn, te ondersteunen bij het versterken en ontwikkelen van de wijkverpleegkundige zorg, is een nieuwe bekostiging absoluut noodzakelijk. ZN is er van overtuigd dat het bekostigingsmodel zoals gepresenteerd in het SiRM-rapport van 30 maart 2015 hier op alle aspecten aan voldoet. ZN is er dan ook voorstander van dat de uitwerking van het nieuwe bekostigingsmodel in lijn met dit rapport gebeurt.

De basis wordt gevormd door zorgpakketten die niet gebaseerd zijn op het aantal uren aan geleverde zorg, maar op de verpleegkundige diagnose; de zorgvraag. Het model sluit daarmee aan op de dagelijkse werkzaamheden van de verpleegkundige. Het model geeft daarmee al een logische impuls tot gepaste, doelmatige en rechtmatige zorgverlening. In aansluiting daarop kent de nieuwe bekostiging ook belangrijke aanvullende mogelijkheden om met zorgaanbieders afspraken te maken ten aanzien van extra inzet op specifieke aandachtsgebieden voor bepaalde cliëntengroepen, innovatie en kwaliteitsverbetering. ZN vraagt zich nog wel af of het nieuwe bekostigingsmodel voldoende geschikt is om het risico op onderbehandeling te voorkomen bij zorgintensieve en zeer kwetsbare doelgroepen zoals palliatief terminale zorg en intensieve kindzorg.

Classificatiesystemen

Zorgverzekeraars vinden geautomatiseerde classificatiesystemen onmisbaar voor een goed declaratieproces, betrouwbare inkoopinformatie en het minimaliseren van extra registratielast.

De verpleegkundige diagnose vormt de basis voor het nieuwe bekostigingsmodel. Door de diagnose af te leiden uit registratie aan de bron, wordt extra administratieve belasting voorkomen. Het zorgpakket wordt volledig afgeleid uit dat wat de wijkverpleegkundige al registreert om haar werk überhaupt te kunnen uitoefenen. Het zorgpakket voor de cliënt wordt bepaald door de zorgvraag en het behandeldoel dat de wijkverpleegkundige samen met de cliënt vaststelt. Essentieel is dat hierdoor de ongewenste stimulans wordt weggenomen om zoveel mogelijk zorg te verlenen enkel en alleen omdat het betaald wordt.

De gegevens die de zorgaanbieder sowieso vastlegt middels het classificatiesysteem zijn ook een betrouwbare en nauwkeurige bron om via een minimale dataset (MDS) met gepseudonimiseerde en geaggregeerde data het zorginkoopgesprek te ondersteunen en de rechtmatigheidscontrole van declaraties te vereenvoudigen.

Zorgverzekeraars vinden om die reden het gebruik van geautomatiseerde classificatiesystemen onmisbaar. Deze systemen sluiten goed aan op de nieuwe positie van de wijkverpleging en minimaliseren administratieve lasten. Er zijn momenteel meerdere geautomatiseerde classificatiesystemen beschikbaar. Zorgaanbieders zijn vrij om te kiezen voor één van de beschikbare systemen. Wel moeten alle systemen gebruik maken van een eenduidige bekostigingsset die een vertaling maakt van het classificatiesysteem naar het zorgpakket. De bekostigingsset dient dan ook zeer beperkt te zijn. Daarmee zijn de consequenties voor de administratieve lasten voor de wijkverpleegkundige minimaal. Zij registreert alleen dat wat voor haar zorgverlening nodig is.

2. Onvoldoende voortgang in het ontwikkelen van een eenduidige kwaliteitskader

Naast de invoering van een nieuwe bekostiging is het voor de nieuwe positie van de wijkverpleegkundige van groot belang dat de beroepsgroep onverminderd doorgaat met het professionaliseren van de wijkverpleging door het opstellen van een eenduidige kwaliteitskader met zorgstandaarden en richtlijnen. ZN maakt zich zorgen over de ambitie en het tempo waarin dit gebeurt.

De beroepsgroep heeft met de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw weliswaar al belangrijke eerste stappen gezet in het formuleren van wat *zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden* betekent binnen de aanspraak van de Zvw. Maar ZN constateert dat de ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden vertraagt. Hoe sneller er nu eenduidigheid ontstaat over een

kwaliteitskader voor wijkverpleegkundige zorg, hoe eerder zorgverzekeraars dit kunnen opnemen in hun zorginkoopbeleid. Bovendien dwingt de beroepsgroep met een eenduidig kwaliteitskader af dat hun administratieve lasten beperkt blijven. De beroepsgroep is hierbij als eerste aan zet, maar zij moet daarbij wel ondersteuning krijgen. Structurele financiering van richtlijnontwikkeling is daarbij randvoorwaardelijk.

Hoe eerder eenduidige kwaliteitscriteria vanuit de beroepsgroep beschikbaar komen, hoe eerder zorgverzekeraars dezelfde criteria kunnen hanteren in hun zorginkoop. Zodoende kunnen zij verschillende accenten leggen in hun inkoopbeleid zonder dat dit tot extra administratieve lasten bij de zorgaanbieders leidt.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Rouvoet', written in a cursive style.

Mr. A. Rouvoet
Voorzitter

Geachte leden van de Tweede Kamer

Buurtzorg heeft zich vanaf haar oprichting in 2007 landelijk en internationaal sterk gemaakt voor een andere benadering van gezondheidsproblemen van burgers: gericht op het versterken van de eigen mogelijkheden van mensen en het zoeken naar duurzame oplossingen in de directe omgeving van mensen. Inmiddels werken er 9500 professionals bij Buurtzorg en worden we in vele landen gevraagd te adviseren. Ik wil u bedanken dat ook u onze expertise wilt gebruiken om de wijkverpleging toekomstbestendig te ontwikkelen.

Staatssecretaris van Rijn heeft een goede aanzet gegeven om de wijkverpleging in Nederland een belangrijke rol te laten spelen in het bevorderen van de gezondheid van mensen. Het versterken van de mogelijkheden van mensen, het vergroten van zelfredzaamheid, meer de nadruk leggen op preventie, het zijn thema's die bij veel wijkverpleegkundigen een groot appèl doen op hun vakmanschap en beroepsethiek. Deze beweging van *mensen* is in volle gang en begint zijn vruchten af te werpen. Maar we zien ook dat de *systemen* de transitie maar moeilijk volgen en vanuit oude reflexen reageren. Dit leidt tot meer bureaucratie, discussies over rechtmatigheid van zorg, complexere inkoop, grote regionale verschillen.

Onze analyse

De 'indicatie'-kramp overheerst nog steeds

Jarenlang zijn de systemen ingericht vanuit het idee dat een objectieve en onafhankelijke indicatie een garantie is voor kostenbeheersing en passende zorgverlening. Door in een eerste gesprek vast te stellen wat nodig is ontstond op individueel niveau een gedetailleerd 'tijd en taak-plan' waar de zorgverlener aan werd gehouden. Daarmee ontstond een gevoel van controle en kostenbeheersing. Het tegenovergestelde is gebleken. Sinds dit denken dominant werd zijn de zorgkosten voor de thuiszorg explosief gestegen.

Zelfredzaamheid en goede uitkomsten bereik je niet door vroeg in een zorgproces een gedetailleerd besluit te nemen over de omvang van de zorg en de taken voor de zorgverlener. Zelfredzaamheid en goede uitkomsten ontstaan door samen te werken met de familie, vrijwilligers en andere zorgverleners en door op het goede moment de juiste interventies toe te passen en oplossingen te zoeken voor problemen.

Toch zien we dat veel inkopers en beleidsmakers krampachtig blijven vasthouden aan het idee van een vooraf te bepalen individueel 'taak en tijd-budget'. Men wil rapportages over de afwijkingen tussen de indicatie en de geleverde zorg. Er worden nieuwe indicatie-instrumenten ontwikkeld en er komen gespecialiseerde bureaus. Het was erg onverstandig om 1000 wijkverpleegkundigen (20%) aan het zorgproces te onttrekken door S1 apart te positioneren. Het is een verstandige keuze van de staatssecretaris om dit vanaf 2017 te herstellen.

Een te sterke focus op de indicatiestelling, met het doel om zorgkosten te beheersen, werkt averechts! Daar begint het namelijk pas!

Nieuwe bekostigingsbureaucratie

Sinds een jaar of 20 wordt de wijkverpleging beschreven in termen van allerlei producten en prestaties. De NZA definieert ze, de verzekeraars kopen ze in, de zorgaanbieder registreert en declareert in deze eenheden. Er is een administratieve werkelijkheid ontstaan die niet aansluit bij het echte werk. Deze manier van inkopen en declareren vormt de kern van alle bureaucratie. We zien geen enkele toegevoegde waarde in deze systematiek. Waarom producten en prestaties definiëren als meer dan 90% van de kosten wordt bepaald door loonkosten? Waarom maken we het zo ingewikkeld? Dat we zo'n lijn van denken ooit hebben ingezet kan geen reden zijn om het dan ook maar zo te laten.

Dit is het moment om te vereenvoudigen. We hebben met ons regelarm experiment (ERA) aangetoond dat het denken in termen van producten en prestaties voor de wijkverpleging niets toevoegt.

Toch zien we een andere beweging. In plaats van het te vereenvoudigen wordt de bekostiging complexer gemaakt. Een splitsing tussen S1 en S2, onduidelijk gedefinieerde prestaties, lokale varianten en leveringsvoorwaarden, lokale cliëntsegmentaties, onduidelijke afbakening met WLZ en WMO.

In de 30 jaar dat ik in de wijkverpleging werkzaam ben heb ik nog nooit zoveel zinloze bureaucratie meegemaakt.

Houdt het simpel, voorkom nieuwe bureaucratie, vergoed simpelweg een uurtarief en verleg de focus naar uitkomsten. Er zijn genoeg ervaringscijfers om in control te blijven. Het real time declaratiesysteem geeft voldoende houvast om praktijkvariatie te signaleren. Een complexe bekostiging leidt alleen tot minder transparantie!

Er wordt voor ons gedacht

De aandacht voor de wijkverpleging heeft als een magneet gewerkt op adviesbureaus, onderzoeksinstituten en consultancybedrijven. Er worden veel adviseurs ingeschakeld om VWS, Zorgverzekeraars, Actiz, V&VN en anderen te adviseren over de invulling en de bekostiging van de wijkverpleging. Zelden zijn het adviseurs met een achtergrond in de wijkverpleging en vaak wordt in de adviezen de essentie van wijkverpleging niet of nauwelijks geraakt. Om een sterke beroepsgroep te krijgen willen wij u vragen vooral te luisteren naar de wijkverpleging zelf. Ga vooral ook kijken hoe het er in de dagelijkse praktijk uitziet en neem geen genoegen met slogans als 'geef professionals de ruimte'. Wijkverpleegkundigen moeten en willen aanspreekbaar zijn op wat ze doen. Vertrouw ze bij het ontwikkelen van een eigen sterke beroepstandaard.

Ten aanzien van de kwaliteit van de dossiervoering zijn het laatste jaar grote sprongen gemaakt. De invoering van een classificatiesysteem (Omaha System) heeft ertoe geleid dat echte kennis ontstaat over het primaire proces.

Alleen.... gebruik een classificatiesysteem (al dan niet via een kernset) niet ten behoeve van de bekostiging. Dit leidt vooral tot heel veel nieuwe complexiteit!

Houdt zorginhoud en bekostiging gescheiden en gebruik kennis over de zorginhoud voor het belonen van betere uitkomsten.

Ons advies

1. Voorkom dat de indicatiestelling vooral aandacht krijgt omdat er zorgkosten mee zouden kunnen worden gereguleerd. Dit heeft de afgelopen 20 jaar averechts gewerkt, werkt in geen enkel land en gaat ook niet werken.
2. Kies voor vereenvoudiging in de bekostiging en **stop** met het denken in termen van prestaties en producten. Ze voegen alleen bureaucratie toe!
3. Zet zwaar in op vakinhoudelijke doorontwikkeling en het vergaren van kennis over zorginzet en patronen. Met deze kennis ontstaat inzicht in uitkomsten.
4. Laat u regelmatig informeren door wijkverpleegkundigen in plaats van consultants, bestuurders en zogenaamde vertegenwoordigers van wijkverpleegkundigen.

Géén extra administratieve verplichtingen voor wijkverpleegkundigen

Schriftelijke inbreng Actal voor Rondetafelgesprek Wijkverpleegkundige

Inleiding

Voor patiënten die thuis wonen, zijn wijkverpleegkundigen de spin in het web. Zij hebben voor de uitvoering van hun taak professionele ruimte nodig. Die ruimte mag niet door allerlei eisen worden beperkt, zeker niet door hen extra administratieve verplichtingen op te leggen uitsluitend voor hun bekostiging.

Aandachtspunten

Wij hebben bij de plannen van het kabinet 5 aandachtspunten:

1. beperk de regeldruk door de bekostiging te koppelen aan het classificatiesysteem;
2. gebruik het classificatiesysteem voor de bekostiging;
3. beperk het classificatiesysteem tot de registratie van diagnose, handelen en uitkomsten;
4. 'vervuil' het classificatiesysteem niet met bekostigingsgegevens;
5. zorg dat wijzigingen niet tot extra regeldruk leiden.

1. Beperk de regeldruk door de bekostiging te koppelen aan het classificatiesysteem

Het onderzoek van Actal naar de regeldruk onder verpleegkundigen in ziekenhuizen laat zien dat verpleegkundigen – als professionals – geneigd zijn om gegevens over eigen handelen volledig, goed en betrouwbaar te registreren.¹ Zij zien dit als onderdeel van hun professionaliteit. En dit registreren ervaren zij dan niet als regeldruk. Naar verwachting hebben wijkverpleegkundigen eenzelfde opvatting van professioneel handelen. Ook voor hen zal gelden dat zij het vanzelfsprekend vinden om hun eigen handelen nauwgezet te registreren.

Het is de bedoeling dat wijkverpleegkundigen een classificatiesysteem gaan gebruiken om het eigen professionele handelen en de gevolgen daarvan vast te leggen. Gelet op het voorgaande zullen de gegevens in dit systeem van goede kwaliteit zijn, en zullen wijkverpleegkundigen het vastleggen van die gegevens niet als regeldruk ervaren.

Daarom is het goed om voor de bekostiging allereerst te kijken of informatie uit dit systeem kan worden gebruikt. Want goede en betrouwbare informatie uit dit systeem biedt automatisch een goede en betrouwbare basis voor informatie voor de bekostiging.

2. Gebruik het classificatiesysteem voor de bekostiging

De voordelen van de koppeling van bekostiging aan het classificatiesysteem zijn:

- hogere betrouwbaarheid van de informatie voor de bekostiging;
- beperking van het risico op upcoding of overregistratie van handelingen;
- het voorkomen van extra administratieve handelingen door wijkverpleegkundigen;
- het voorkomen van merkbare regeldruk voor de wijkverpleegkundige.

Koppeling biedt dus twee vliegen in één klap: betrouwbaardere informatie bij gelijkblijvende regeldruk. Maar dan moet wel worden voldaan aan een aantal voorwaarden.

¹ Eindrapportage Onderzoek naar de ervaren regeldruk onder verpleegkundigen in het ziekenhuis 11 september 2012, zie www.actal.nl

3. Beperk het classificatiesysteem tot de registratie van diagnose, handelen en uitkomsten

Om extra regeldruk te voorkomen en daarmee professionele ruimte veilig te stellen, moet het classificatiesysteem in ieder geval aan twee voorwaarden voldoen:

- In de database worden uitsluitend gegevens opgenomen over het professioneel handelen en de gevolgen ervan.
- Er vindt géén registratie in het systeem plaats van gegevens die uitsluitend voor de bekostiging relevant zijn, die geen directe relatie hebben met het professionele handelen van de wijkverpleegkundige.

4. 'Vervuil' het classificatiesysteem niet met bekostigingsgegevens

Vervuiling van het classificatiesysteem is onwenselijk omdat:

- meer gegevens in de registratie per definitie leiden tot meer registratiehandelingen;
- de registratie hiervan, vanwege het ontbreken van een directe relatie met het professionele handelen, eerder als regeldruk wordt ervaren én (daardoor) minder nauwkeurig zal zijn;
- de wijkverpleegkundige vaker herstelacties zal moeten uitvoeren omdat de betrouwbaarheid en kwaliteit van 'bekostigingsgegevens' minder groot zullen zijn door het ontbreken van de 'natuurlijke prikkel' tot goede registratie;
- de wijkverpleegkundige vaker herstelacties zal moeten uitvoeren door meer onzorgvuldigheid in de omgang met authenticatie-verplichtingen.² Voorbeelden van andere registraties waar dit speelt, zijn: Registratiesysteem inzake de trekkingsrechten PGB, het Elektronisch patiëntendossier (EPD) en het Elektronisch Kinddossier (EKD).

5. Zorg dat wijzigingen niet tot extra regeldruk leiden

Bekostiging en professioneel handelen kennen elk hun eigen dynamiek. Bij koppeling van beide zal iedere verandering in de regelgeving de vraag opwerpen of het classificatiesysteem na de wijziging van de regels nog bruikbaar is. Maar ook de omgekeerde situatie is denkbaar. Aanpassingen in professioneel handelen kunnen leiden tot wijziging van de dataset van het classificatiesysteem. Ook dan is de vraag aan de orde of de database nog wel voor de bekostiging te gebruiken is. Beide situaties mogen er in elk geval niet toe leiden dat alsnog bekostigingsgegevens aan het classificatiesysteem worden toegevoegd. Dat zal dan alsnog leiden tot extra en merkbare regeldruk.

Aanbevelingen

- Hergebruik van informatie uit het classificatiesysteem geniet de voorkeur vanuit het oogpunt van voorkomen van extra en merkbare regeldruk.
- De dataset van het classificatiesysteem moet beperkt blijven tot gegevens over professioneel handelen en gevolgen ervan.
- Hergebruik van informatie uit het classificatiesysteem beperkt de risico's op upcoding, overregistratie en herstelacties.
- Het classificatiesysteem mag – ook ná de start van de registratie – niet met bekostigingsgegevens worden 'vervuild', dus ook niet als wijziging in wetgeving of in het professioneel handelen daartoe wellicht aanleiding geven.

² Dit risico signaleert het Rathenau Instituut bij databases die gekenmerkt worden door een diversiteit aan registratiedoelen en ongelijksoortigheid in te registreren gegevens: Rapport Rathenau Instituut 'Databases: Over ICT-beloftes, informatiehonger en digitale autonomie', Den Haag 2010.

We willen met elkaar hetzelfde bereiken. Durven we daarvoor de juiste route te kiezen?

Met de overheveling van de verpleging en verzorging naar de Zvw is de wijkverpleegkundige naast de huisarts gepositioneerd, als belangrijke spil in de wijk. De huisartsenzorg en de wijkverpleegkundige zorg moeten er samen zorg voor dragen dat zorg dichtbij gegeven kan worden, gebaseerd op de expertise van professionals. (Bron: Kamerbrief over bekostiging wijkverpleging)

Gezamenlijk vertrekpunt - Van productie naar uitkomsten

We komen met elkaar uit een productie gedreven zorgstelsel. Met elkaar concluderen we dat indicatoren met zeggingskracht over kwaliteit en beïnvloedbaarheid gebruikt moeten worden om goede uitkomsten voor een patiëntpopulatie over domeinen heen te belonen.

Leren in een nieuwe omgeving - Haastige speed...

De afgelopen maanden leerden we dat een snelle invoering van maatregelen en besluiten als een boemerang zijn teruggekomen. Een te hoge druk nu op één te selecteren classificatiesysteem, gaat voorbij aan de transformatie gedachte en gaat ons wederom als een boemerang blijven achtervolgen.

Ombudsman: fout op fout bij pgb-debacle
 Alvin Kalkbrenner - 25/08/15, 11:04
 Verwaant

17 apr 2015 laatste update: 29 apr 2015 10466 5

Woensdagavond debatteerde de Tweede Kamer over de status van de zorg-hervormingen. De wijkverpleging was een belangrijk discussiepunt. Vier belangrijke punten die werden genoemd door staatssecretaris Van Rijn tijdens het debat:

1. Over S1- en S2-verpleegkundigen: daar wil Van Rijn van af.

ANP / Bart Maat

Skipter NIEUWS BLOGS EVENTS VACATURES HRM TECH FINANCE ME

Van Rijn: 'Wijkverpleging wordt niet gesplitst'

30 september 2014

"Het streven van staatssecretaris Van Rijn ... om de betalingssystematiek zo te veranderen dat er minder gefraudeerd kon worden, was aanbevelenswaardig, ... Maar het plan om de pgb-gelden vanaf 1 januari ... aan zorgverleners uit te keren, ... was volgens de Ombudsman slecht doordacht, nauwelijks getest en te snel ingevoerd."

"De staatssecretaris schrijft dat zorgverzekeraars garanderen dat er geen knip in de wijkverpleging komt, hoe er ook wordt ingekocht."

"In 2015 is de prestatie wijkgericht werken (S1) in de bekostiging geïntroduceerd. ... Daarom wil ik zo snel mogelijk af van de huidige vormgeving van de prestatie wijkgericht werken (S1). ... Gemeenten en zorgverzekeraars, maar ook zorgaanbieders, hebben mij er op gewezen dat de aparte prestatie wel goed heeft gewerkt ..."

De context - AWBZ denken in de Zvw

Classificatiesysteem niet 1 op 1 te kopiëren

De zorgverzekeraars worden in 2017 risicodragend voor de wijkverpleegkundige zorg. De gedachte is om in 2015 en 2016 bij zorgaanbieders, die al werken met geautomatiseerde classificatiesystemen (de koplopers), te bezien welke informatie de wijkverpleegkundigen registreren. Om met de input van diegene die zeggingskracht hebben inzicht te krijgen in de bekostiging. Dit geeft een sterk vertekend beeld.

Classificatiesysteem in de kinderschoenen

Er zou al een groot aantal organisaties werken met classificaties. Wat over het hoofd wordt gezien, is dat die systemen een ander doel dienden binnen de AWBZ: registreren en declareren. Deze systematiek is 1 op 1 overgenomen binnen de Zvw. Het idee dat medewerkers binnen deze koploperorganisaties breed gebruik maken van een classificatiesysteem is dan ook een gevaarlijke. Bij veel organisaties staat het juiste gebruik van classificatiesystemen nog in de kinderschoenen. De wijkverpleegkundige moet nog altijd geholpen worden om los te komen van de productie gedreven omgeving. En zoekt naar een juiste modus om vanuit de professie te kunnen acteren.

Inkoopgedrag van zorgverzekeraars mag niet leidend zijn

De enorme haast die nu gevoeld wordt bij organisaties om voor de wijkverpleegkundige een systeem te kiezen, komt vooral voort uit het inkoopgedrag van zorgverzekeraars. Die vervolgens aan zorgorganisaties is opgelegd binnen de inkoopcontracten.

**ZN: 'Herindicatiedatum is geen deadline
maar richtdatum'**

19 mei 2015 3:12 1

De datum 1 mei 2015 is een richtlijn voor de herindicatie, geen deadline. Dat zegt Wouter Knieest, woordvoerder van Zorgverzekeraars Nederland. Hij geeft een toelichting op de datum voor de herindicatie.

Aanbieder: zal het huidige klantbestand screenen voor 1 mei 2015 en nieuwe arrangementen aanbieden waarin het steunsysteem rondom de verzekerde en de verbinding met sociale domein is meegenomen zodat alleen de noodzakelijke zorg wordt geboden;"¹

Kwaliteit gaat voor tijd

De druk van het (her)indiceren leidde ertoe dat veel zorgorganisaties bewust oud CIZ gedrag kopieerden: 'er is iets aan de hand, we indiceren een behandeling, leveren en declareren uw zorg. En dit het liefst zo snel mogelijk'. Hierbij wordt voorbijgegaan aan de oorzaak van een probleem en de erkenning van de cliënt. Een juiste keuze voor een classificatiesysteem zou daar juist bij moeten ondersteunen.

Maar hier slagen we niet in als we te kort door de bocht willen, de druk opvoeren en verzuimen ons te verdiepen in de toegevoegde waarde van de systemen. We nemen ons AWBZ gedrag dan weer mee in de Zvw.

Kunnen en durven we met elkaar de tijd nemen om het AWBZ denken niet mee te nemen in de Zvw? Dan dienen we het gedrag bij alle actoren te beïnvloeden. Beïnvloeding van gedrag heeft tijd nodig, zo is bekend uit onderzoek. En zo ver zijn we nog niet. Ook de koplopers niet.

Conclusie - Tijd, vertrouwen en voortgang

Mijn stellige conclusie is dat we de tijd dienen te nemen voor deze verandering. Waarbij we elkaar moeten helpen om de focus te verleggen en het vertrouwen in elkaar terug te winnen. Druk op voortgang in dit veranderproces is goed, mits je zeker weet dat je het juiste resultaat bereikt!

Geen halsoverkop keuze voor een classificatiesysteem. Niet nu het gebruik nog maar in de kinderschoenen staat en de wijkverpleegkundigen zelf niet (kunnen) kiezen maar organisaties en systemen bepalend zijn. Een classificatiesysteem dat voorbijgaat aan een goede diagnose legt immers de nadruk op een 'defect' en vangt dit defect letterlijk met een vinkje of keuze vakje voor de professional.

De aanpak - Van defect naar uitkomst

Moet het doel niet zijn het behalen van gezondheidswinst? Moet de interventie niet breder gaan dan de Zvw en het Wmo domein (shared savings)? Moeten we niet meer denken in termen van preventie? Leggen we in de inkoop focus op verbetering kwaliteit van de wijkverpleegkundigen? Hoe verhogen we de kwaliteit van het huidig onderwijs (HBO-V) zodat we kwalitatief goed geschoolde wijkverpleegkundigen opleiden? Hoe repareren we wat we de afgelopen 15 jaar hebben aangericht?

Aanbevelingen - De tijd vliegt, gebruik deze ...

Voer de komende jaren onderzoek uit. Vraag de beroepsgroep waar zij het best mee kunnen werken. En vraag de zorgorganisaties welke classificatie zij hanteren en welke uitkomsten worden behaald op basis van meetbare kenmerken. We moeten met elkaar te tijd nemen en op basis van deze onderzoeksresultaten definitieve keuzes maken. Dit betekent niet dat we moeten blijven afwachten:

- 1) Ontwikkel voor 2017 extramurale zorgzwaartepakketten, uitgaande van een kernset van uitkomsten/resultaten op basis van cliëntgroepen.
- 2) In het SiRM advies: contouren bekostiging wijkverpleging (30 maart 2015) wordt een transparant beeld geschetst over de bekostiging. Het model 'Geautomatiseerde classificatiesystemen voeden de kernset waar vanuit de zorgpakketten worden afgeleid' vormt een werkbaar model dat direct uitgevoerd kan worden en waarin we recht doen aan het feit dat we vooruit moeten.
- 3) Voer een populatiebekostiging in waarin een shared savingsmodel (over de domeinen heen) dwingt tot samenwerking en preventie een uitdaging wordt.

Als de staatsecretaris stelt dat de wijkverpleegkundige naast de huisarts gepositioneerd, de belangrijke spil in de wijk is, hoe wordt dan verklaard dat er gelden in de rijksbegroting worden vrijgemaakt voor het intensiveren van de wijkverpleging en extramurale aanbieders door zorgverzekeraars tegelijk fors gekort worden op het budget wijkverpleging? Dit in tegenstelling tot de honderden miljoenen subsidiering van intramurale verpleeghuiszorg waar reeds jaarlijks forse winsten worden gemaakt door aanbieders?

1) Bron: CZ Zorg inkoopdocument wijkverpleging (2015)

Wijkverpleging: een cliëntenstop dreigt

Ruim een jaar geleden hebben verschillende landelijke partijen hun handtekening gezet onder het 'Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging'. We zijn overeengekomen dat het van belang is om de wijkverpleegkundige zorg in de eerste lijn te versterken, zodat mensen de zorg en ondersteuning krijgen die ze écht nodig hebben om zo lang als mogelijk in hun eigen omgeving te wonen. Een ambitie die aansluit bij de visie van ActiZ.

We zien echter dat een goede uitvoering van dit onderhandelaarsresultaat op dit moment ernstig onder druk staat. Allereerst door het te krappe financiële macrokader waarbinnen thuiszorgorganisaties hun werkzaamheden moeten uitvoeren; in 2015 én in 2016. Op 2 september jl. heeft ActiZ een onderzoek gepubliceerd waaruit blijkt dat er voor 2015 een tekort van minstens 242 miljoen euro wordt verwacht. Ook zorgverzekeraars hebben aangegeven dat het noodzakelijk is dat er meer geld beschikbaar wordt gesteld voor wijkverpleging. Zowel de zorgverzekeraars als ActiZ vinden dat de inzet van extra middelen in 2015 en 2016 alleen relevant is als het Macro Beheersinstrument (MBI) niet wordt ingezet. Anders wordt dit geld later alsnog teruggehaald. Een toezegging van de minister en staatssecretaris van VWS op dit punt is dan ook noodzakelijk. Daarnaast is ActiZ van mening dat de criteria om bij te contracteren eenduidig moeten zijn en dat tot de laatste euro inzichtelijk moet worden gemaakt dat al het geld dat voor wijkverpleging is bedoeld hieraan wordt besteed.

De afgelopen maanden hebben zorgverzekeraars hun inkoopbeleid wijkverpleging 2016 gepubliceerd. Daaruit wordt duidelijk dat zorgverzekeraars in 2016 van plan zijn forse tariefkortingen door te voeren. Ze hanteren start- of basistarieven die tussen de 85% en de 90% van het NZa tarief liggen; een deel van de financiering wordt resultaatafhankelijk en kan worden 'terug verdiend'. Dit is niet in lijn met de landelijke afspraken. Afgesproken is dat er ruimte is voor *aanvullende* beloningsafspraken. Dat is iets anders dan eerst geld weghalen en vervolgens dit geld onder voorwaarden weer beschikbaar stellen. Deze 'sigaar uit eigen doos' is voor ActiZ onacceptabel.

Ook wordt duidelijk dat verzekeraars verdergaand eigen keuzes maken met betrekking tot de inkoop van de verschillende prestaties. Daar waar de schadelast van de zorgverzekeraar zich manifesteert, wordt geïnvesteerd. Het gevolg hiervan is dat specialistische voorzieningen weg zullen vallen. ActiZ heeft de afgelopen maanden op diverse momenten gewezen op het feit dat veel wijkverpleegkundige zorg alleen in samenhang op een goede manier kan worden geboden. Het is noodzakelijk dat verzekeraars elkaar op een groot aantal prestaties gaan volgen. De inkoop in representatie is komen te vervallen. In onze optiek betekent dit geen vrijbrief voor verzekeraars voor free-rider gedrag buiten hun kernwerkgebieden.

Kortom: het is meer dan duidelijk dat de wijkverpleegkundige zorg financieel onder water staat. ActiZ benadrukt het belang van voldoende financiële middelen en tariefafspraken die recht doen aan de stijgende kosten. Daarnaast vragen wij om eenduidig uitgewerkte spelregels zodat zorgverzekeraars vorm en inhoud kunnen geven aan het volgbeleid.

Eind augustus heeft Stichting Zorgcentra Rivierenland een cliëntenstop voor nieuwe cliënten aangekondigd. ActiZ krijgt de afgelopen tijd signalen dat meer zorgorganisaties hiertoe over zullen gaan wanneer niet op korte termijn maatregelen worden genomen. Actie is dan ook geboden, want het kan niet zo zijn dat cliënten die thuis wonen, niet de zorg en ondersteuning krijgen die ze (hard) nodig hebben!

Bovenstaande knelpunten onderstrepen het belang om niet overhaast een nieuw bekostigingsstelsel in te voeren per 2017, maar eerst een beproefd model uit te werken voordat landelijk tot invoering wordt overgegaan.

Bijlage

Een duurzaam en robuust bekostigingsmodel voor de wijkverpleging

Voor ActiZ staat een inhoudelijke ambitie voorop. Met de ondertekening van het 'Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging' in het voorjaar 2014 heeft ActiZ getekend voor het creëren van een nieuwe werkelijkheid voor mensen in Nederland die langer thuis willen blijven wonen. Een goede inrichting van de wijkverpleegkundige functie binnen een versterkte eerste lijn is een belangrijke randvoorwaarde; naast de huisartsenzorg en dicht bij het sociale domein. Het is daarbij de professional die weer aan zet moet komen; hij of zij bepaalt in nauw overleg met de cliënt en de mensen in diens directe nabijheid welke zorg op welk moment geleverd wordt.

Afgesproken is dat dit in termen van bekostiging het einde betekent van een systeem dat is gebaseerd op fragmentatie van functies, betaling op basis van $p \times q$ en verantwoording in uren en minuten. Uiteindelijk gaat het om hetgeen 'verpleging en verzorging thuis' in termen van gezondheidswinst en kwaliteit van leven toevoegt. Voor ActiZ is dit een belangrijke reden om toe te willen groeien naar een bekostigingssystematiek waarbinnen het belonen van outcome een substantieel onderdeel vormt.

De 'stip op de horizon' die SIRM schetst, biedt aangrijpingspunten. ActiZ is daarom van mening dat het de moeite waard is om de inhoud van het advies van SIRM als een vertrekpunt te nemen voor nader onderzoek naar de ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging.

Hieraan verbinden wij wel een aantal condities:

- Niet voor niets signaleert de NZa in de beleidsbrief aan de minister dat het op basis van de huidige data niet mogelijk is om op korte termijn een prestatiestructuur te ontwikkelen die gebaseerd is op patiëntkenmerken. Aan de orde is dat er op dit moment geen data voorhanden zijn; er kan geen relatie tussen patiëntkenmerken en kosten worden aangetoond (er is geen correlatie). Het betreft een gegeven dat ook vanuit de wetenschappelijke hoek wordt benadrukt. Invoering per 2017 is daarom niet haalbaar.
- ActiZ benadrukt dat pas op een ander bekostigingsmodel kan worden overgestapt als aantoonbaar is gemaakt dat dit 'werkt' en hecht aan proeftuinen. Relevante aandachtspunten in dit verband zijn wat ons betreft: de voorspellende waarde van patiëntkenmerken in relatie tot kosten, de mogelijkheid om een beperkt aantal kostenhomogene prestaties te ontwikkelen en voldoende representativiteit bij de ontwikkeling en de definiëring van de zorgpakketten.
- Voor ActiZ is een kritieke randvoorwaarde dat de wijkverpleegkundige – op basis van haar professionaliteit – en op basis van een verpleegkundige diagnose: de toeleiding, de aard en de organisatie van de zorg bepaalt.

Het advies van SIRM maakt nog onvoldoende duidelijk hoe de toeleiding naar de prestaties plaatsvindt. Gesproken wordt over 'afleiding achteraf'; niet helder is op basis waarvan. ActiZ benadrukt dat het niet aan de orde is dat een nadere uitwerking van het advies van SIRM leidt tot de ontwikkeling van een nieuw indicatie-instrument of verwijsmodel anderszins. Ook vormen van geautomatiseerd sturen, die lijken op beslisbomen voor de DBC's zijn wat ons betreft geen optie.

- Wij hebben gewezen op het risico dat 'zorgpakketten de neiging hebben om zich te gaan vermenigvuldigen'. De wens om volledig te zijn dan wel tegemoet te willen komen aan de belangen van verschillende patiëntengroepen in de samenleving liggen hier veelal aan ten grondslag. Wij benadrukken dat 'eenvoud siert'. Het is absoluut ongewenst om een fijnmazig systeem van bekostiging zoals de DBC structuur te ontwikkelen. Drie zorgpakketten (en één pakket voor intensieve zorg) is het absolute maximum.
- Meer inhoudelijk verdient het thema preventie aandacht. Het is de grote meerwaarde van de 'prestatie wijkgericht werken 2015' dat voor het eerst sinds jaren (weer) een poging is gedaan om een betaaltitel te zoeken voor zaken die tot op heden niet betaald worden. Denk aan: preventie, present zijn in de wijk, afstemming en samenwerking met collega professionals ten behoeve van cliënt overstijgende projecten of werkzaamheden. Het is zaak om in dit verband het kind niet met het badwater weg te gooien, maar deze prestatie door te ontwikkelen tot een brede prestatie met behulp waarvan ontzorgen ('niet zorgen') betaald en/of beloond wordt. Voor een geslaagde transformatie is dit randvoorwaardelijk.
- Een laatste punt betreft de verantwoordelijkheidsverdeling. Informatiestromen lijken ex ante en ex post te worden ingeregeld; zorgverzekeraars lopen wellicht ongewild het risico op de stoel van de beroepsbeoefenaar dan wel de zorgaanbieder te komen te zitten. Dit leidt tot een veelheid van administratieve lasten.

Momenteel is aan een onderzoeksbureau opdracht gegeven om te bezien of het mogelijk is om op basis van zorgvraagzwaarte kostenhomogene cluster(s) met kostendeckende tarieven te ontwikkelen. Op basis hiervan moet de NZa in staat zijn om prestaties en tarieven vast te stellen. ActiZ is bij dit onderzoek betrokken en wacht de uitkomsten af.

Ruimte, vertrouwen en eenvoud

Na de overheveling van de extramurale verpleging en verzorging vanuit de AWBZ naar de zorgverzekeringswet is er veel aandacht uitgegaan naar het inregelen van de systemen en verankering van de regelgeving. V&VN wil in deze notitie haar visie op het bekostigingsmodel, classificatiesystemen en andere vraagstukken nader toelichten. Bij deze vraagstukken is het van groot belang om de oorspronkelijke doelstelling van de transitie niet uit het oog te verliezen, namelijk het realiseren van goede zorg dichtbij huis, waarbij er weer ruimte is voor de wijkverpleegkundige om haar vak in de volle breedte uit te voeren. De wijkverpleegkundige moet weer herkenbaar zijn in een wijk, werken aan het verbeteren van de gezondheid van de bevolking in de wijk en de verbindende schakel vormen tussen de medische zorg en het sociale domein. De systemen die nu worden ingericht, waaronder het bekostigingsmodel, moeten ondersteunend en faciliterend zijn aan de uitvoering van zorg. V&VN vindt het cruciaal dat de wijkverpleegkundige de zorg integraal kan leveren, ondersteunt door een bekostigingsmodel die deze integraliteit faciliteert. V&VN vraagt hierbij wel aandacht voor een toekomstgerichte ambitie. Waar nu nog het accent ligt op de 'schakel' rol tussen het medische en sociale domein en de verbinding met sociale wijkteams, moet de ambitie zich in de toekomst meer gaan richten op het verbeteren en versterken van de gezondheid in wijken.

Blijvend monitoren

Voor het goed monitoren van deze transitie onder wijkverpleegkundigen heeft V&VN begin 2015 een enquête uitgevoerd onder haar leden. Bijna 1000 wijkverpleegkundigen hebben hieraan deel genomen. De uitkomsten van deze enquête geven input voor het bijsturen van deze grote verandering en geven inzicht of de oorspronkelijke doelstelling van de transitie wordt gehaald. V&VN zet deze enquête in het najaar van 2015 opnieuw onder haar leden uit. De eerste meting hebben veel inzichten opgeleverd rondom het indiceren en herindiceren van zorg, en uitvoeren van wijkgerichte activiteiten.

Eenvoud in bekostigingsmodel

V&VN vindt het een positieve ontwikkeling dat in het nieuwe bekostigingsmodel het wijkgericht werken onlosmakelijk is verbonden met de individuele zorgverlening, en dat de aparte prestatie voor wijkgericht werken vervalft. De ruimte die de wijkverpleegkundige heeft gekregen in het nieuwe bekostigingsmodel is een belangrijke randvoorwaarde voor de hervormingen in de zorg. V&VN vindt het belangrijk dat het bekostigingsmodel zo eenvoudig mogelijk wordt ingericht, met een beperkt aantal prestaties, en uitgaat van vertrouwen.

V&VN is geen voorstander om aparte prestaties te creëren voor casemanagement, palliatieve zorg, wondzorg... etc., maar de borging van kwaliteit van zorg voor doelgroepen te regelen via het gebruik van professionele standaarden. V&VN streeft naar ontschotting en eenvoudige brede prestaties. Dit geeft ruimte voor innovaties en beperkt de administratieve lasten.

V&VN constateert wel dat er problemen zijn rondom de indicatie en organisatie van zorg voor zieke kinderen. Die mogelijk als gevolg kunnen hebben dat kinderen langer in het ziekenhuis blijven liggen dan nodig is.

Coördinatie is onderdeel van zorg

De huidige aanspraak verplegen en verzorgen is juist breed gedefinieerd, dat wil zeggen dat deze aanspraak gaat over (lijfsgebonden) verplegen en verzorging, inclusief het signaleren van problemen of het coördineren van zorg. Daarom vindt V&VN het vreemd dat coördinatie van zorg op kantoor of bij verwijzers volgens de NZa niet valt onder de definitie van directe zorglevering, maar verwerkt zijn in de tarieven en hierdoor niet gedeclareerd kunnen worden. V&VN is van mening dat er een

onderscheid gemaakt moet worden tussen coördinatie die wel en coördinatie die niet toe te wijzen is aan een individuele patiënt, los van de locatie waar deze coördinatie plaats vindt.

Onderschrijf de Nationale Kernset

V&VN vindt het belangrijk dat het nieuwe bekostigingsmodel zo eenvoudig mogelijk wordt ingericht, en geen toename aan administratieve lasten met zich meebrengt. Voor het beperken van de administratieve lasten is het belangrijk dat registratie aan de bron tot stand komt. Dat houdt in dat zorginformatie die relevant is voor het zorgproces eenmalig bij de patiënt/cliënt wordt vastgelegd. Zorginformatie kan op deze manier voor verschillende kwaliteits- en verantwoordingsdoeleinden worden gebruikt, zonder extra registratielast en zonder informatieverlies.

Het is mogelijk om gegevens te extraheren om uitkomsten van zorg vast te stellen, kwaliteitsverbetering, kosteneffectiviteit, zorginkoop of cliëntinformatie. Essentieel is dat zorginformatie eenduidig wordt vastgelegd. Classificaties dragen hieraan bij. Echter professionals moeten hierin hun eigen keuzes kunnen maken. Door het gebruik van verschillende classificaties ontstaat geen eenheid in taal omdat iedere classificatie eigen definities en uitwerkingen heeft. Dit is een veelvoorkomend misverstand. Het gevolg is dat zorginformatie niet voor verschillende kwaliteits- of verantwoordingsdoeleinden gebruikt kan worden. V&VN is om deze reden bezig met het ontwikkelen van een Nationale V&V Kernset (uitgewerkt in een Kernset Patiëntproblemen, Interventies en Zorgresultaten), welke eenduidigheid en consistentie brengt in het vocabulaire binnen de verpleegkundige en verzorgende praktijk. Wat betekent dit voor de verpleging en verzorging? Zorginstellingen die een classificatie ter ondersteuning van het verpleegkundig proces binnen hun Elektronisch dossier hebben opgenomen, blijven deze classificatie gebruiken. De Nationale Kernset Patiëntproblemen is dan een referentie-set, dat wil zeggen dat de gegevens uit een classificatie gelinkt zijn aan de patiëntproblemen binnen de Kernset. Zorginstellingen die niet voor een specifieke classificatie willen kiezen, maken gebruik van de Nationale Kernset ter ondersteuning van het verpleegkundig proces binnen het Elektronisch dossier. Het eerste onderdeel, de Nationale Kernset Patiëntproblemen, is eind 2015 gereed. (zie ook bijlage: artikel V&VN magazine over Nationale Kernset: beroepsgroep legt zelf gegevens vast)

Beslissingsondersteunende ICT systemen

Naast de ontwikkeling van de Nationale Kernset vindt V&VN het belangrijk dat het verpleegkundig dossier elektronisch wordt ondersteund door middel van een beslissingsondersteunend ICT systeem. Dit betekent onder andere dat verpleegkundigen en verzorgenden worden ondersteund bij het nemen van beslissingen en het vastleggen van gegevens. De invoer van een classificatie leidt niet automatisch tot een beslissingsondersteunend verpleegkundig dossier. Dit is een wezenlijk ander onderdeel. V&VN constateert dat het elektronisch verpleegkundig cliëntdossier onvoldoende is geïmplementeerd. V&VN vindt dat dit aspect moet worden opgepakt.

Maak kwaliteit leidend en niet prijs

V&VN staat positief tegen het introduceren van prestatiebeloning in combinatie met populatiebekostiging. In 2016 wordt er ruimte geboden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om aanvullende afspraken te maken over het belonen van innovatie, kwaliteit en uitkomsten van zorg. V&VN vindt dit een positieve ontwikkeling. Echter de uitwerking van goede uitkomstindicatoren als basis voor deze uitkomstbekostiging staat nog in de kinderschoenen. In 2016 kunnen experimenten ingezet worden die afwijken van de reguliere bekostiging. Achmea gaat in de pilotregio Utrecht, Zwolle en Ommen/Hardenberg van start met een eigen experiment. Kenmerkend bij dit experiment is dat er één voorkeursaanbieder per wijk wordt gecontracteerd welke wordt bekostigd met een wijkbudget. Een positieve ontwikkeling is dat de wijkverpleegkundige beter herkenbaar is voor cliënten en andere hulpverleners zoals de huisarts en apotheek, en dat er betere samenwerkingsafspraken kunnen worden gemaakt. In dit model wordt de keuzevrijheid voor cliënten wel beperkt en is beperkt oog voor netwerken die boven-wijks zijn (bijv. met huisartsen en regionale voorzieningen). V&VN is zeer

geïnteresseerd in de uitkomsten van dit experiment. Aandachtspunten voor V&VN hebben betrekking op het inkoopbeleid; wordt er daadwerkelijk ingekocht op kwaliteit naast prijs, of is in werkelijkheid alleen prijs leidend. De eerste indruk is dat in de wijze van inkopen de meerwaarde van hoge kwaliteit niet gecompenseerd wordt met een toereikende prijs voor professionele zorg

Geen extra bezuinigingen

Voor 2015 is er een taakstelling van 400 miljoen en voor 2016 een taakstelling van 600 miljoen afgesproken. V&VN heeft de laatste jaren al meerdere malen aangegeven dat zij het een vreemde ontwikkeling vindt dat het kabinet inzet op meer zorg dicht bij huis en substitutie stimuleert vanuit de ziekenhuizen naar de thuissituatie, en tegelijk een korting vaststelt over de zorg die dicht bij huis geleverd wordt. Naast de overheveling in het systeem wordt er eveneens een cultuur- en gedragsverandering ingezet. Bij vele andere transities is het een gegeven dat juist tijdens een overgangperiode er investeringen plaats vinden en geen kortingen.

Resumerend pleit V&VN voor:

- een bekostigingsmodel die integrale zorgverlening faciliteert
- het gebruik van een zeer beperkt aantal prestaties binnen het bekostigingsmodel en het declarabel maken van coördinatie ongeacht de locatie.
- het niet verplicht stellen van één classificatiesysteem door zorgverzekeraars, maar voor het verplicht gebruik van de Nationale Kernset
- meer aandacht voor beslissingsondersteunende ICT systemen
- het stopzetten van de bezuiniging op het budget van de wijkverpleging voor 2016
- experimenten waarbij de kwaliteit leidend is en niet de prijs

Drs. W.C.M. (Helma) Zijlstra
21 september 2015

NATIONALE KERNSET: beroepsgroep legt zelf gegevens vast

De *Nationale Kernset* heeft de afgelopen maanden veel aandacht gekregen. Politiek Den Haag, beroeps- en brancheorganisaties en zorginstellingen volgen de ontwikkelingen met belangstelling. De *Nationale Kernset* is géén nieuwe classificatie. Maar wat is het dan wel? Renate Kieft, adviseur Excellente Zorg van V&VN, geeft antwoord op prangende vragen over de *Nationale Kernset*.

Wat kunnen we met de Nationale Kernset wat nu nog niet kan?

“Met de *Nationale Kernset Patiëntproblemen, Interventies en Zorgresultaten* wordt het mogelijk de effectiviteit van de totale beroepsgroep van verpleegkundigen en verzorgenden inzichtelijk te maken. Iets wat tot op heden niet kan. We kunnen gericht onderzoek doen naar het verpleegkundig en verzorgend handelen en daarmee veel beter input leveren aan bijvoorbeeld landelijke vraagstukken als het wijkbekostigingsmodel. Maar denk ook aan de input voor de verpleegkundige en verzorgende kwaliteitsindicatoren van de IGZ, waar verpleegkundigen en verzorgenden uiteindelijk op worden afgerekend. Kortom, verpleegkundigen en verzorgenden, laten we onze zorg inzichtelijk en eenduidig registreren en vooral ook vergelijkbaar maken. Niet alleen binnen je eigen organisatie maar ook met andere organisaties.”

Dat klinkt naar nog meer registratielast?

“Nee, juist niet. Het uitgangspunt is niet meer registreren, maar het hanteren van één vocabulaire voor het verpleegkundige en verzorgende zorgproces. Verpleegkundigen en verzorgenden merken op de werkvloer helemaal niets van de Nationale Kernset. Het is een systeem dat als basis, als fundament, op de achtergrond werkzaam is. We komen niet aan de



wijze waarop instellingen of verpleegkundigen en verzorgenden registreren. We zeggen alleen dat als we inzichtelijk willen maken wat de effectiviteit van het verpleegkundig en verzorgend handelen is, we met elkaar moeten afspreken en vastleggen welke zaken we onder de loep gaan nemen.”

Waarom? We hebben toch classificaties?

“Klopt, maar de Nationale Kernset is dan ook geen classificatie. Classificaties definiëren gegevens, maar volgens een vastgestelde indeling en structuur. De indeling en uitwerking verschillen per classificatie, waardoor gegevens onderling niet vergelijkbaar zijn. De Nationale Kernset moet je zien als het fundament, de basis onder de classificaties. In de Nationale Kernset is bepaald welke gegevens worden vastgelegd en uitgewisseld en hoe deze gegevens worden vastgelegd, bijvoor-

beeld in vrije tekst of gecodeerd. Wij zorgen ervoor dat de Nationale Kernset zo wordt ingericht dat de bestaande classificaties gekoppeld, of in ICT-taal gezegd, 'gemapt' kunnen worden. Bij een elektronisch zorgdossier – waaronder het verpleegkundig dossier – is het uitgangspunt dat gestandaardiseerde gegevens, die relevant zijn voor het zorgproces, eenmalig bij de patiënt worden vastgelegd. De gegevens van de Nationale Kernset Patiëntproblemen zijn gebaseerd op de internationaal erkende SNOMED CT-codes. Instellingen die geen classificatie hebben, kunnen de Nationale Kernset gebruiken ter ondersteuning van het verpleegkundig proces binnen het elektronisch dossier. Deze zorginstellingen kunnen gewoon blijven werken met de indeling die zij gewend zijn, zoals de indeling van de *Normen Verantwoorde Zorg*. Instellingen die wel al een keuze voor een classificatie heb-

Meepraten over de Nationale Kernset?

Het is belangrijk dat verpleegkundigen en verzorgenden aan de bron blijven staan van de ontwikkeling en doorontwikkeling van de Nationale Kernset. V&VN zoekt daarom zorgprofessionals die willen meedenken of participeren in een werkgroep Nationale Kernset. Interesse? Meld je aan via h.waarts@venvn.nl.

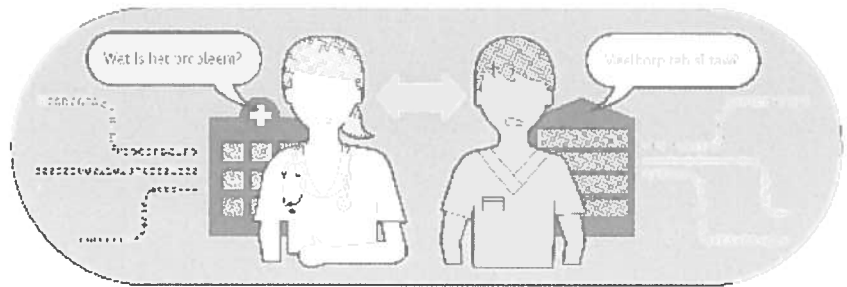
ben gemaakt, kunnen deze blijven gebruiken. De Nationale Kernset fungeert dan als referentieset."

Waarom wordt er niet landelijk voor één classificatie gekozen?

"Er zijn verschillende classificaties op de markt zoals *Omaha*, *Nanda Nic Noc* en *Raiview*. Instellingen die voor een specifieke classificatie hebben gekozen, hebben dit gedaan omdat deze past bij de werkwijze, cultuur en taal van de instelling zelf. Het zou te complex zijn om alle instellingen die nu voor een classificatie hebben gekozen te vragen voor één specifieke classificatie te kiezen. Bovendien is het standpunt van V&VN dat instellingen keuzevrijheid moeten hebben welke classificatie zij willen gebruiken en zelfs ook de keuze moeten hebben om geen classificatie in te voeren. Invoering van een classificatie in een instelling is meestal gekoppeld aan het doel om eenheid in taal tot stand te brengen, en dat is ook goed, alleen, het stimuleert eenheid in taal binnen de instelling en niet erbuiten. Wat als een patiënt of cliënt van de ene instelling naar de andere instelling gaat en zij gebruiken niet dezelfde classificatie. Dan hebben we direct een taalbarrière."

Het draait dus allemaal om eenheid van taal?

"Beter gezegd, het gaat om één vocabulaire. Een standaardisatie van gegevens die relevant zijn voor het verpleegkundig en verzorgend zorgproces. Dat is er nu niet. Verpleegkundigen en verzorgenden verzamelen allerlei patiëntgegevens om de zorgsituatie van een patiënt of cliënt en diens naasten in beeld te brengen. In veel gevallen gebeurt dit zelfs nog handmatig, dus via vrije tekst. Bijvoorbeeld: verpleegkundige A beschrijft een patiëntprobleem als volgt: 'Patiënt X heeft weinig sociale contacten en voelt zich daar niet prettig bij.' Terwijl verpleegkundige B het op de



volgende manier verwoordt: 'Patiënt X voelt zich eenzaam en heeft beperkt contact met andere mensen.' Ze bedoelen waarschijnlijk hetzelfde, namelijk dat de patiënt aangeeft zich alleen te voelen en dat hij weinig sociale contacten heeft. Maar de vraag die we moeten stellen is: zijn deze omschrijvingen met elkaar te vergelijken? Bedoelt verpleegkundige A dat de patiënt al eenzaam is of signaleert zij een risico op eenzaamheid?

Er is dus geen sprake van één vocabulaire van waaruit de twee verpleegkundigen spreken. Hierdoor kunnen verschillende opvattingen over patiëntenzorg ontstaan. Met één vocabulaire worden dit soort uitspraken voor één uitleg vatbaar."

Wordt nu alles op de achtergrond door de Kernset geregistreerd?

"Nee, de Nationale Kernset is in ontwikkeling en het eerste deel, Patiëntproblemen, wordt eind dit jaar opgeleverd voor gebruik. We gaan niet alle patiëntproblemen in de Nationale Kernset verzamelen, maar alleen die patiëntproblemen waarvan we weten dat ze veel voorkomen en welke mate van invloed verpleegkundigen en verzorgenden daarop kunnen uitoefenen. Denk aan problemen met wassen, problemen met aankleden, decubitus en vallen. Samen met het onderzoeksinstituut NIVEL hebben we bijna duizend verpleegkundigen en verzorgenden hiernaar gevraagd. Het resultaat is dat we een set van 58 gestandaardiseerde patiëntproblemen hebben kunnen vaststellen die de Kernset Patiëntproblemen gaat vormen."

Is de Nationale Kernset verplicht?

"Nee, verplicht is het niet. Maar wij ambiëren wel dat instellingen, al dan niet met behulp van een classificatie, zich houden aan de standaard van de Nationale Kernset. Alleen op deze wijze kunnen verpleegkundigen en verzorgenden een vergelijkbare gegevensset creëren die voor verschillende kwaliteits- en verantwoordingsdoeleinden kan worden gebruikt, zoals het vaststellen van uitkom-

sten van zorg, kosteneffectiviteit, zorginkoop of cliëntinformatie. Het inhoudelijk vaststellen van een kernset met eenduidige gegevens moet door verpleegkundigen en verzorgenden worden bepaald, omdat het hún vakgebied, hún professie betreft. Zij hebben de kennis en professionele verantwoordelijkheid om criteria vast te stellen en te bepalen welke verpleegkundige en verzorgende gegevens nodig zijn binnen de dagelijkse praktijkvoering en voor de ontwikkeling van hun professie."

Wat vinden de werkgevers in de zorg er eigenlijk van?

"Er is discussie over het verplicht stellen van classificaties. Wij maken ons hier zorgen over, omdat instellingen dan gaan bepalen welke gegevens worden vastgelegd. Vanwege de veelheid van patiëntproblemen binnen de classificaties, moeten instellingen kiezen welke zij gaan gebruiken. Op basis van welke criteria wordt dan vast gesteld wat wel of niet tot het verpleegkundig en verzorgend vakgebied behoort? We krijgen dan vermoedelijk weer een diversiteit binnen het verpleegkundig dossier en variaties tussen instellingen. Het kan toch niet zo zijn dat instellingen, lees werkgevers, dat gaan bepalen? Stel je eens voor hoe medisch specialisten zouden reageren als een instelling of werkgever bepaalt wat wel of niet tot het medisch domein behoort. Dat is bij uitstek aan professionals voorbehouden. De Nationale Kernset zou leidend moeten zijn, omdat deze set de kern van het verpleegkundig en verzorgend vakgebied weergeeft."

Wanneer is de Nationale Kernset klaar?

"We leveren eind dit jaar de Nationale Kernset Patiëntproblemen op. Daarna gaan we aan de slag met Interventies en Zorgresultaten zodat we uiteindelijk een volledige Nationale Kernset beschikbaar kunnen stellen."

VIDEOblog

Bekijk de videoblog over de Nationale Kernset op www.venvn.nl.

Rondetafelgesprek wijkverpleging

21 september 2015

Verpleging en verzorging thuis kan een belangrijke bijdrage leveren aan het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van mensen met chronische ziekte en beperkingen. Soms is het nodig dat de verpleegkundige/verzorgende taken overneemt. Maar vaak kunnen mensen met de juiste begeleiding zelf de regie weer in handen nemen. Goede verpleging en verzorging thuis is maatwerk. Te veel zorg leidt tot onnodig zorg overnemen en afhankelijkheid, te weinig zorg leidt tot risico's en gevoel van onveiligheid.

Patiëntenfederatie NPCF pleit voor:

- Een bredere kijk dan alleen de bekostiging wijkverpleging
Voor goede en betaalbare zorg thuis is het ook van belang dat er passende woningen zijn, dat de samenwerking met het sociaal domein goed geregeld is en dat bij een acute zorgvraag direct verpleging en verzorging beschikbaar is.
- Uitstel volledige risicodragendheid
Het is ongewenst om in hetzelfde jaar een nieuwe bekostigingssystematiek én risicodragendheid van zorgverzekeraars voor wijkverpleging in te voeren. Het versterkt de prikkel om de premie te verhogen of indirect op risico's te selecteren.
- Een kwaliteitsgedreven benadering
Het monitoren van kosten- en volumeontwikkelingen alleen is onvoldoende. Wanneer alleen gestuurd wordt op basis van informatie over geleverde zorg dan wordt voorbij gegaan aan het doel van de veranderingen: het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van mensen met chronische ziekte en beperkingen. Monitoring moet ook inzicht geven of dat proces ook echt tot stand komt.

Indicatiestelling

Maatwerk begint bij indicatiestelling. Bepalend voor de zorgzwaarte zijn de wensen en behoeften van mensen. Iemand met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), die een partner heeft en een netwerk om op terug te vallen, heeft andere wensen en behoeften dan iemand met NAH met een beperkt netwerk. Maatwerk is ook de keuze tussen zorg in natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (pgb).

Woonsituatie

Maatwerk vraagt ook om een passende woonsituatie. Iemand met beperkingen op het gebied van mobiliteit die woont in een appartement met lift heeft een andere ondersteuningsbehoefte dan iemand in een portiekflat zonder lift. Daarnaast is de omgeving van de woning van belang. Je veilig voelen in de eigen buurt, contacten in de buurt kunnen opbouwen en onderhouden. Het is belangrijk dat er een gevarieerd woningaanbod is zodat mensen kunnen kiezen wat bij hen past. Soms is daar hulp bij nodig.

Samenwerking met sociaal domein

De samenwerking tussen wijkverpleging en het sociaal domein moet goed geregeld zijn. Wanneer de wijkverpleegkundige signaleert dat de partner van iemand met NAH overbelast is dan moet op een snelle en eenvoudige manier met een hulpverlener uit het sociaal domein naar een oplossing gezocht worden om de mantelzorger te ontlasten.

Rondetafelgesprek wijkverpleging 21 september 2015



Verpleging en verzorging thuis kan een belangrijke bijdrage leveren aan het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van mensen met chronische ziekte en beperkingen. Soms is het nodig dat de verpleegkundige/verzorgende taken overneemt. Maar vaak kunnen mensen met de juiste begeleiding zelf de regie weer in handen nemen. Goede verpleging en verzorging thuis is maatwerk. Te veel zorg leidt tot onnodig zorg overnemen en afhankelijkheid, te weinig zorg leidt tot risico's en gevoel van onveiligheid.

Patiëntenfederatie NPCF pleit voor:

- Een bredere kijk dan alleen de bekostiging wijkverpleging
Voor goede en betaalbare zorg thuis is het ook van belang dat er passende woningen zijn, dat de samenwerking met het sociaal domein goed geregeld is en dat bij een acute zorgvraag direct verpleging en verzorging beschikbaar is.
- Uitstel volledige risicodragendheid
Het is ongewenst om in hetzelfde jaar een nieuwe bekostigingssystematiek én risicodragendheid van zorgverzekeraars voor wijkverpleging in te voeren. Het versterkt de prikkel om de premie te verhogen of indirect op risico's te selecteren.
- Een kwaliteitsgedreven benadering
Het monitoren van kosten- en volumeontwikkelingen alleen is onvoldoende. Wanneer alleen gestuurd wordt op basis van informatie over geleverde zorg dan wordt voorbij gegaan aan het doel van de veranderingen: het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van mensen met chronische ziekte en beperkingen. Monitoring moet ook inzicht geven of dat proces ook echt tot stand komt.

Indicatiestelling

Maatwerk begint bij indicatiestelling. Bepalend voor de zorgzwaarte zijn de wensen en behoeften van mensen. Iemand met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), die een partner heeft en een netwerk om op terug te vallen, heeft andere wensen en behoeften dan iemand met NAH met een beperkt netwerk. Maatwerk is ook de keuze tussen zorg in natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (pgb).

Woonsituatie

Maatwerk vraagt ook om een passende woonsituatie. Iemand met beperkingen op het gebied van mobiliteit die woont in een appartement met lift heeft een andere ondersteuningsbehoefte dan iemand in een portiekflat zonder lift. Daarnaast is de omgeving van de woning van belang. Je veilig voelen in de eigen buurt, contacten in de buurt kunnen opbouwen en onderhouden. Het is belangrijk dat er een gevarieerd woningaanbod is zodat mensen kunnen kiezen wat bij hen past. Soms is daar hulp bij nodig.

Samenwerking met sociaal domein

De samenwerking tussen wijkverpleging en het sociaal domein moet goed geregeld zijn. Wanneer de wijkverpleegkundige signaleert dat de partner van iemand met NAH overbelast is dan moet op een snelle en eenvoudige manier met een hulpverlener uit het sociaal domein naar een oplossing gezocht worden om de mantelzorger te ontlasten.

Onplanbare zorg

Maatwerk betekent ook de beschikbaarheid van verpleging en verzorging bij een onverwachte en acute zorgvraag. Doordat mensen langer thuis blijven wonen is het essentieel dat alarmering en opvolging goed geregeld zijn. Via zorginkoop moet onplanbare zorg geborgd worden.

Bekostiging

De bekostiging van wijkverpleging moet bijdragen aan het doel: versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van mensen met chronische ziekte en beperkingen. Betaalbaarheid is een onmisbare randvoorwaarde maar geen doel op zich. Goede zorg moet goed beloond worden. Maar ook ontzorgen – mensen helpen om zelf de draad weer op te pakken – moet in het nieuwe bekostigingssysteem beloond worden.

Uitkomsten

Uitkomsten moeten niet alleen gezien worden vanuit professioneel perspectief. Het gaat vooral over uitkomsten die relevant zijn voor mensen zelf. Zorg moet bijdragen aan persoonlijke doelen en kwaliteit van leven. Aanbieder/professional dienen inzichtelijk te maken hoe ze dat borgen in het zorgproces.

De voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA Den Haag

Datum 15 september 2015
Betreft Position paper rondetafelgesprek 21 september 2015

Geachte voorzitter,

Ter voorbereiding op het rondetafelgesprek op 21 september stuur ik u de position paper. Ten eerste stel ik mij graag voor. Mijn naam is Laura Hollenberg - Vriendjes. Na het afronden van de opleiding HBO-Verpleegkunde in 2009 ben ik gaan werken als wijkverpleegkundige in Den Helder. Een prachtig vak wat ik met veel plezier uitoefen. Deelname aan het ambassadeurstraject voor wijkverpleegkundigen in 2014 heeft er aan bijgedragen om de inhoud van het mooie vak van de wijkverpleegkundige nog meer op de kaart te mogen zetten. Sinds 1 januari 2015 maak ik als trainee onderdeel uit van het bestuur bij V&VN afdeling Maatschappij en Gezondheid. Daarnaast lever ik een bijdrage bij ZonMw als lid van de programmacommissie Zichtbare Schakel fase 2: Opleidingsimpuls voor wijkverpleegkundigen.

Aan de hand van de centrale thema's en vraagstellingen die tijdens het rondetafelgesprek aan de orde zullen komen, zou ik graag de volgende punten naar voren willen brengen:

1. Reflectie om uit bestaande classificatiesystemen gegevens te herleiden tot prestaties

1a. Gebruik classificatiesysteem is te stimuleren door:

- Vertrouwen in de wijkverpleegkundige die de aanspraak wijkverpleging vaststelt. Ga uit van de wensen van de wijkverpleegkundige en laat het systeem niet leidend zijn, slechts hulpmiddel.
- Ik verwacht dat het werken met een classificatiesysteem de kwaliteit van cliëntenzorg ten goede komt, omdat dit het methodisch werken bevordert en het een hulpmiddel is om expliciet met de cliënt te communiceren over de zorg.
- Extra investering in:
 - Aanvullende scholing van wijkverpleegkundigen in het werken met een digitaal classificatiesysteem en intervisie.
 - Introductie van classificatiesysteem bij overige thuiszorgmedewerkers.
 - Inbouwen van het digitale classificatiesysteem in een ECD met bijbehorende structurele kosten voor devices/ ict-beheerszaken.

1b. Ervaringen en belemmeringen met het herleiden uit classificatiesystemen:

- De zorgvragen die je herleid uit een classificatiesysteem, kunnen vallen in drie domeinen: Zvw en/of Wmo, of Wlz. De indicatiestelling is veel complexer geworden dan in 2013, omdat je bij de financiering/aanspraak Zvw rekening moet houden met indicatie Wmo of Zvw. Voorheen was dit één financiering.
- Voorbeeld uit praktijk: Als gemeente geen maaltijdbegeleiding wilt indiceren, zul je dit toch vanuit de Zvw moeten indiceren of heel veel tijd steken in overleg met gemeenten. Niet altijd laat de aard van de zorgvraag dit overleg toe (risico op uitdroging en ondervoeding). Ook duurt een indicatie bij gemeenten tussen de 6 dagen en 5 weken, wat in dit soort gevallen niet mogelijk is.
- Het herleiden van zorgvragen heeft subjectieve interpretatie (met name bij Nanda en Omaha). Bij RAI biedt dit wel een objectieve uitkomst van zorgproblemen. Praktijk: Op dit moment hebben we geen ervaring met herleiden problemen uit Omaha. Wel uit Nanda. Dit laatste leidt tot subjectieve interpretatie. Elk classificatiesysteem heeft zijn voordelen en zijn beperkingen.
- Het methodisch werken met classificatiesystemen past het meest bij het opleidingsniveau vanaf verzorgenden IG.

1c. Consequenties voor administratieve lasten

- Praktijkvoorbeeld. Circa 75% van onze reguliere cliënten (wij werken in lage SES regio) heeft geen computer of tablet. Zij kunnen daarom de digitale classificatie/ECD niet inzien. Dit vereist ofwel meer uitleg ofwel meer ondersteuning (en dus begeleiding) van hun mantelzorg, ofwel papieren uitdraaien maken.
- Ik verwacht dat er vanuit de zorgverzekeraars afzonderlijk vaak gevraagd gaat worden om lijstjes rondom bijv. doelgroepen en resultaten uit dit systeem. Ik verwacht dat het bijbehorende beheer met name in de backoffice veel meer tijd gaat vragen dan tot nu toe (stijging overheadkosten). De informatie kunnen we straks gebruiken om de kwaliteit van zorg te toetsen, dit juich ik toe.
- Ik verwacht van het werken met een ECD met ingebouwd classificatiesysteem ook veel voordelen. Praktijk: het zorgleefplan bij de cliënt thuis maken en niet op kantoor en daarna het dossier weer met de auto naar de cliënt brengen.

2. Uitgaande van de situatie dat gewerkt wordt met één of enkele tarieven

2a Belemmerende administratieve lasten bij het werken met één of enkele tarieven:

- Is er bij de tarieven rekening gehouden met de zgn. S1-clienten? Deze zie je soms maar 1 of 2 zorgmomenten.
- Schaf WLZ-indiceerbare, MPT, VPT en alle ZZP's (vanuit Wlz) thuis af (wel met overheveling budget naar Zvw). Dit is voor de wijkverpleegkundigen veel te ingewikkeld. Alle zorg aan huis kan vanuit Zvw en/of Wmo geleverd worden. Als iemand wordt opgenomen, laat het dan Wlz worden.

3. Aanvullingen/verbeteringen naar aanleiding van de voorhangbrief

- De medicatie-toedienlijsten van de apotheek kunnen tot op heden niet 'praten' met het ECD. Daarom zal elke cliënt mogelijk een papieren zorgdossier naast het ECD krijgen voor alles rondom medicatie. Dit bevordert niet de medicatieveiligheid. Kan er een landelijk systeem komen voor medicatiebeheer door apothekers en huisartsen en thuiszorg? Praktijk: we schatten in dat de zorgprofessional bij ongeveer 70% van onze cliënten een rol in medicatie heeft (bestellen, bewaren, aanreiken, toedienen).
- De huisarts moet bij een chronische wond tekenen voor aanvraag verbandmaterialen. Wens: kan de wijkverpleegkundige dit overnemen? Dit kost nu de huisarts én de wijkverpleegkundige administratie en het kost de cliënt tijd (duurt langer voor de materialen aanwezig zijn).
- Alle huisartsen en wijkverpleegkundigen van kleine zorgorganisaties werken vaak niet wijkgericht, maar over meerdere wijken heen. Dit maakt de positionering van de wijkverpleegkundige naast de huisarts lastig te organiseren. Ik pleit voor de inzet van wijkgerichte inzet van wijkverpleegkundigen die direct naast de huisarts staan.
- 'Zorgverzekeraars en aanbieders komen indicatoren overeen'. Laat de zorgverzekeraars vooral met elkaar dezelfde indicatoren afspreken, omdat we cliënten van alle verzekeraars in zorg hebben.
- Er is op dit moment een te kort aan HBO-opgeleide wijkverpleegkundigen in de praktijk om aan de eisen rondom indicatiestelling Zvw te kunnen voldoen.
- Er is een wijkverpleegkundig genootschap in oprichting. Dit zal, naast het gebruik van een classificatiesysteem een bijdrage leveren aan de verdere professionalisering van deze beroepsgroep.

Hierbij hoop ik dat ik met u een aantal signalen vanuit de praktijk van de wijkverpleegkundige heb kunnen delen.

Met vriendelijke groet,

Laura Hollenberg – Vriendjes





ONDERDEEL VAN CNV CONNECTIEF

bezoekadres
Tiberdreef 4
3561 GG Utrecht

postadres
Postbus 2510
3500 GM Utrecht

www.cnvzorgwelzijn.nl
cnvconnectief@cnv.nl
030 751 1048

Position Paper

Contactpersoon: Daniëlle van der Eerden, d.vandereerden@cnv.nl

Datum: september 2015

Wijkverpleging

Notitie t.b.v. Rondetafelgesprek Wijkverpleging, 21 september 2015

Sinds 1 januari 2015 is de wijkverpleegkundige, samen met zijn/haar collega's, in de eerstelijns zorg aan zorgvragers in de thuissituatie. Belangrijke randvoorwaarde bij het op professionele wijze uitoefenen van de functie is ruimte om zorgvragen van individuele cliënten samen met die cliënten goed te beantwoorden. Hoe geven we dit vorm in de praktijk?

Reactie op de vragen die bij het rondetafelgesprek geagendeerd staan:

1. Reflectie om uit bestaande classificatiesystemen gegevens te herleiden tot prestaties-

a. Hoe kan het gebruik van een eenduidig classificatiesysteem het beste gestimuleerd worden?

In de praktijk blijkt het erg lastig eenduidigheid te krijgen in classificatiesystemen. Dit is volgens CNV Zorg & Welzijn alleen mogelijk indien VWS hier een dwingende rol in heeft en de financiering voor haar rekening neemt. Het is vergelijkbaar met het DBC-systeem. Ook dat is dwingend opgelegd. Als je investeert in een eenduidig classificatiesysteem, is dat een investering in de toekomst.

b. Wat zijn de huidige ervaringen en belemmeringen met het herleiden uit classificatiesystemen?

Het brengt de medische en sociale situatie van de zorgvraag(st)er in beeld. Maar het vervangt niet een tot in detail omschreven werkwijze van een zorgvrager die zelf niet kan aangeven hoe deze geholpen wil/moet worden. Het classificatiesysteem is ook geen meetinstrument. Door VNG is geopperd dat de wijkverpleging met het systeem zal moeten kunnen aangeven hoeveel onnodige ziekenhuis-/verpleeghuisopnames zijn voorkomen door goede zorg in de thuissituatie. Het aantal intramurale opnames van enig jaar en komende jaren vergelijken met die van voorgaande jaren is dan een eenvoudiger meetmethode.

c. Wat zijn de consequenties voor administratieve lasten?

Voor zover mij bekend wordt nu nog te weinig gekoppeld, waardoor veel registraties dubbel gebeuren.

Uit het onderzoek terugdringen registratielasten blijkt dat koppelen van classificatiesystemen aan diverse zaken (zoals financiële verantwoordingsdocumenten maar ook MIP meldingen en andere kengetallen) aanzienlijk scheelt in de administratieve lasten. Dit vereist wel dat alle zorgaanbieders de juiste software (die hierop aansluit) moeten hebben. Als dat de weg is, vraagt dat veel coördinatie en financiële ondersteuning vanuit VWS.

2. Uitgaande van de situatie dat gewerkt wordt met één of enkele tarieven

a. Welke andere administratieve lasten werken belemmerend?

Het aantal gereden kilometers wordt op verschillende manieren vastgesteld. Dit komt mede doordat de belastingdienst vraagt om een administratie waarin is te herleiden wat er aan dienstreizen wordt vergoed.

1. Werknemer kijkt zelf op de dagstand (kilometerstand) van zijn/haar auto en noteert aan het eind van de dag het aantal gereden km's. Per maand wordt het totaal ingeleverd.
2. het softwareprogramma waar de planning van de route in staat (de te bezoeken cliënten) berekend aan de hand van de postcodes welke afstand er die dag is afgelegd. Nadeel is dat de postcodes van alle ongeplande bezoeken (apotheek, even naar kantoor, een nazorgbezoek aan weduwe/weduwenaar) niet in de planning staan en er dus of te weinig vergoed wordt of er weer een ingeschatte opplusberekening is ingebouwd.
3. software met GPS (Big Brother is watching you) registreert hoeveel kilometer er is afgelegd. In zulke software kunnen de collega's ook op de iPad zien waar de ander zich op dat moment bevindt.
4. met name bij uitzendbureaus : de onderlinge afstand tussen de cliënten wordt, met behulp van navigatie, genoteerd en daarna opgeteld. Het zijn lijstjes met handgeschreven postcodes van de cliënten met daarnaast het aantal kilometers.

Wij pleiten voor vertrouwen in de kilometerregistratie van de werknemer in plaats van de eis om de onderlinge afstand en de gevolgde route bij te houden.

3. Welke aanvullingen/verbeteringen ziet het veld n.a.v. de voorhangbrief bekostiging wijkverpleging?

In zijn brief aan de tweede kamer schetst de staatssecretaris zijn visie op de wijkverpleging in 2016 en verder. De contouren zoals in deze brief geschetst, geven goede hoop voor de toekomst:

- Wijkverpleegkundige bepaalt zelf welke inzet van zorg nodig en gepast is en bekostiging is hieraan volgend i.p.v. leidend. Daarbij wordt de persoonlijke omstandigheid van de cliënt meegenomen.
- Stimulatie van innovatie en samenwerking in het sociaal domein door financiële beloning.
- Informatievoorziening aan zorgverzekeraars mag niet uitgaan boven wat nu al in classificatiesystemen wordt geregistreerd.
- Geen ongewenste volumeprikkel. Een vast bedrag per cliënt in plaats van minutenregistratie per zorgmoment en/of activiteit ten behoeve van de cliënt.

Echter...

Registratie

De praktijk is dat er zeker nog om aanlevering van zorgtijd in eenheden van 5 minuten wordt gevraagd door zorgverzekeraars. Werkgevers hebben software gekocht waarbij de ingeschatte zorgtijd die in het zorgplan staat, gecontroleerd wordt door te blijven klokken bij start en einde van het zorgmoment (stopwatchmeting). Wantrouwen en controle zijn hierbij leidend in plaats van vertrouwen in het professionele inzicht. Professionals besteden niet meer tijd dan nodig is aan een cliënt. Dit verschilt echter per keer: de mens is geen machine!

Financiering

Er moet een vrij tarief voor onplanbare zorg komen, die zorgverzekeraars én zorgaanbieders in staat moeten stellen maatwerk te bieden. De NZa gaat hier één generieke prestatie voor vaststellen. Er zijn echter vier soorten 'onplanbare zorg' die hierbij wel onderscheiden moeten worden:

1. Een extra zorgmoment van een eigen cliënt, na oproep
2. Een personenalarmering (cliënt hoeft niet in zorg te zijn)
3. Een éénmalige zorg bij iemand die niet geïndiceerd is, bv op verzoek van huisarts
4. Een nazorgbezoek aan nabestaanden van overleden cliënt (met name omdat financiering vd cliënt stopt op datum van overlijden)

In zijn brief geeft de staatssecretaris ook aan van de huidige vormgeving in de financiering en inregelen van de prestatie wijkgericht werken af te willen. Hiermee valt het onderscheid tussen S1 en S2 verpleegkundigen weg en is het aan de wijkverpleegkundige zelf om op basis van haar eigen professionele oordeel te bepalen wat wijkgericht moet en wat individueel moet. Helaas zal deze gescheiden route van financiering (S1 en S2) pas per 2017 worden afgeschaft. Het argument is dat de prestatie wijkgericht werken de verbinding tussen het medische en het sociale domein op gang helpt te brengen en afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars bevordert en dat dat nog niet overal vanzelfsprekend is.

CNV Zorg & Welzijn is van mening dat als financiering per populatie bepaald gaat worden, alle S1 activiteiten (zoals netwerkcontacten met bijv. woningbouwvereniging of wijkagent) hier automatisch onder zouden vallen. Bovendien is populatiebesteding gebaseerd op een momentopname. Als gevolg van bijvoorbeeld overlijden kunnen hier (sterke) fluctuaties in optreden. Wij pleiten daarom voor het afschaffen van dit onnatuurlijke onderscheid per 1 januari 2016.

In zijn brief heeft de staatssecretaris het ook over shared shavings. Dit door vrijkomende gelden door prestatiebeloning door de zorgaanbieder te laten investeren in innovatie. Wij denken hierbij aan vrijgekomen euro's uit financiering met het etiket 'zorginzet'. Dit omdat er bij het indiceren en het afbouwen van zorg de cliënt zijn/haar zelfstandigheid herwint. Hierdoor kan er meer budget uitgegeven worden aan nieuwe pilots of 'wijkgerichte' activiteiten.

Ons laatste aandachtspunt is het feit dat er naast variatie tussen regio's ook binnen regio's veel verschillen bestaan. Maatwerk kunnen bieden door regiovariatie dekt wat ons betreft niet de lading. Maatwerk' is juist meer persoons-/gezinsgebonden. Een zorgaanbieder met bijvoorbeeld 13 wijkteams verpleging & verzorging in 7 dorpen/steden in 't Gooi heeft niet één bepaalde omschreven variatie ten opzichte van de dorpen in bijvoorbeeld het Westland. De sociaal arme zorgvragers met diabetes en een alcoholverslaving in beide regio's zal net zoveel verschillen als de eenzame rijke zorgvragers met een drugsverslaving in beide regio's. Wij pleiten dan ook voor financiering die ook recht doet aan verschillen binnen regio's.

11-5

UNIE KBO



Position paper van ouderenorganisatie Unie KBO Rondetafelgesprek Wijkverpleging, 21 september 2015

Manon Vanderkaa, directeur

Steeds vaker wonen ouderen niet langer in een verzorgingshuis, maar blijven zij thuis wonen. Veel van hen kampen echter met meerdere chronische ziektes en hebben daardoor vaak ook meerdere behandelaren en zorgverleners. Versnippering en een gebrek aan overzicht over de verleende zorg – met alle gevolgen van dien – liggen dan al snel op de loer. De wijkverpleegkundige, in haar spilfunctie, kan dat voorkomen.

Ouderenorganisatie Unie KBO ziet dan ook een belangrijke rol weggelegd voor de wijkverpleegkundige. Niet alleen bij het coördineren van zorg voor de chronische zieke, maar ook bij de goede overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Momenteel verloopt dat nog niet overal even goed, terwijl een begeleide overgang naar huis en systematische nazorg in de thuissituatie, zo bleek uit recent onderzoek, mensenlevens kan redden. Daarnaast is de wijkverpleegkundige voor velen van grote betekenis bij de zorg rondom het levenseinde en in de palliatieve zorg thuis.

De wijkverpleegkundige zorg mag niet aan haar succes ten onder gaan. De Unie KBO vraagt daarom een oplossing voor een aantal knelpunten met het oog op de inzet van hoogwaardige wijkverpleging.

1. Financierings- en capaciteitsproblemen

Wij zijn verheugd dat de extramurale functies verpleging en verzorging overgeheveld zijn naar de zorgverzekeringswet omdat hiermee de eigen bijdrage vervallen is. Bovendien valt deze zorg daarmee buiten het eigen risico. Dat de wijkverpleegkundige indiceert, is eveneens een goede keuze.

Wat ons echter verontrust is dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders aangeven dat budget van wijkverpleging in 2015 ruimschoots overschreden is en dat voor 2016 een forse bezuiniging (ca. 500 miljoen) staat ingepland. De ingeboekte taakstelling is niet teruggedraaid.

Gevolgen zijn cliëntenstops voor wijkverpleging. In het voorjaar van 2015 kregen wij al signalen via ons Nationaal Meldpunt Ouderenzorg dat ouderen gekort worden op de persoonlijke verzorging (douchen) en verpleging. Ook geven leden aan dat in wijk of gemeente geen wijkverpleegkundige beschikbaar is. De bezuiniging op Wmo-budgetten (huishoudelijke hulp en begeleiding) heeft al een enorme weerslag op de zorg voor en ondersteuning van ouderen thuis, een bezuiniging op de wijkverpleging kan daar niet nog eens bovenop komen.



Het overheidsbeleid is gericht op meer zorg dicht bij huis organiseren, maar door niet te investeren in de wijkverpleging wordt deze beweging juist afgeremd. De zorg thuis wordt steeds complexer en vraagt een hogere deskundigheid. Deze moet komen van goed opgeleide HBO-verpleegkundigen. Juist aan hen is echter een tekort.

Wij vragen een structurele en fundamentele oplossing door:

- te investeren in de capaciteit van de wijkverpleging;
- een oplossing te zoeken voor het tekort aan HBO-opgeleide wijkverpleegkundigen en te investeren in de opleidingen (onder andere op het gebied van e-health) van wijkverpleegkundigen.

2. Vrije wijkverpleegkundige keuze komt in het geding, PGB wijkverpleging is voor ouderen geen alternatief

Zorgverzekeraars starten vanwege doelmatigheids- en kwaliteitsoverwegingen met het contracteren van voorkeursaanbieders. Dit betekent dat ze in plaats van tachtig zorgaanbieders in een gemeente bijvoorbeeld acht zorgaanbieders contracteren. Nu zijn vrijwel alle zorgaanbieders gecontracteerd. In de nabije toekomst vindt selectieve zorginkoop plaats en mogelijk slechts een zorgaanbieder per wijk gecontracteerd. Dit betekent dat vrije wijkverpleegkundige keuze in het geding komt omdat voor niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige een vergoeding van 75% geldt.

Een gevolg voor zorgbehoevende ouderen is dat zij de wijkverpleegkundige niet meer zelf kunnen kiezen of geconfronteerd worden met een andere wijkverpleegkundige. Dit kan een enorme impact hebben en is extra schrijnend omdat PGB-wijkverpleging geen gelijkwaardig alternatief is voor zorg in natura.

Wij vragen u ervoor zorg te dragen dat:

- het Persoonsgebonden Budget Wijkverpleging dient een gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura te zijn;
- dat zorginkoop eveneens aan de hand van kwaliteitsaspecten vanuit patiënten- en ouderenperspectief geschiedt. De vraag is waarom bepaalde aanbieders van wijkverpleging worden geselecteerd. De zorg is een driepartijstelsel dat nu de facto door twee partijen wordt uitgevoerd: de aanbieders en de zorgverzekeraars. Een gelijkwaardige positie van zorgbehoevende ouderen als 'eerste' partij zou prettig zijn.

3. Bekostiging moet een integrale benadering en samenhang ondersteunen

De nieuwe bekostiging biedt kansen voor een meerjarenbeleid met een gezamenlijke en gecoördineerde inzet op het vergroten van zelfredzaamheid, met aandacht voor de juiste (informele) zorg en ondersteuning op de juiste plaats. Bij ouderen met multimorbiditeit schiet een ziektegerichte benadering tekort en wordt gestreefd naar een integrale benadering waarbij de focus niet alleen ligt op medische problemen, maar juist ook op gezond gedrag en kwaliteit van leven. De aandacht gaat nu erg uit naar bureaucratische lastendruk van de wijkverpleegkundige. Het gebruik van classificatiesystemen geldt in het inkoopkader van sommige zorgverzekeraars als



minimale eis om in aanmerking te komen voor een contract. Wij zien het classificatiesysteem als ondersteunend aan verdere professionalisering van wijkverpleegkundige zorg. Ons inziens zouden ook andere punten aangepakt moeten worden, zoals:

1. Een soepele overgang voor (kwetsbare) ouderen van ziekenhuis naar huis op basis van bijvoorbeeld de Transmurale Zorgbrug.
2. Aandacht voor de preventieve taken van de wijkverpleegkundige
3. Afstemmingstaken met de mantelzorg en informele zorg, zoals bijvoorbeeld ook de vrijwillige ouderenadviseurs van de Unie KBO;
4. Afspraken met apotheker en huisartsen rondom medicijngebruik;
5. Voldoende gekwalificeerd personeel (wijkverpleegkundige niveau 5);
6. Voldoende inzet van e-health.

Wij vragen kortom:

- een integrale eerstelijnsbekostiging met behoud van het goede van de 'oude' bekostiging en een grote inbreng van patiënten- en ouderenorganisaties;

Position paper bekostiging wijkverpleging

21 september 2015

Actuele bezuinigingen

Met de overgang van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet heeft het kabinet een bezuiniging van 400 miljoen euro ingeboekt. Maar de vraag is of deze bezuiniging zal worden gehaald: zo concludeert Zorgverzekeraars Nederland op basis van voorlopige productie- en declaratiecijfers. Actiz verwacht op basis van haar onderzoek zelfs een tekort van 242 miljoen euro. Van de zorginstellingen die hebben deelgenomen aan het onderzoek van Actiz verwacht ruim 70% niet uit te komen met het budget. Dit kan leiden tot wachttijden en zelfs een cliëntenstop. Voor 2016 staat nog eens een bezuiniging van 100 miljoen extra ingeboekt.

Zorgverzekeraars nemen in hun inkoopkader 2016 wijkverpleging tariefstellingen op die lager zijn dan de Nza tarieven en deze trend omlaag speelt al 5 jaar. Fundis heeft recent in een brandbrief aan Actiz haar zorgen geuit: zorgverzekeraars zullen naar verwachting in 2016 nog lagere tarieven vaststellen, zonder enige rekening te houden met de verhoogde financieringslasten die voortkomen uit het wegvallen van de bevoorschottingssystematiek van de zorgkantoren.

Hoe verhoudt dit zich tot de bekostiging van de wijkverpleging die de staatssecretaris VWS voor 2016 voor ogen heeft? De staatssecretaris heeft voor 2016 enkele elementen in de bekostiging wijkverpleging aangepast, zoals toegezegd tijdens het Algemeen overleg op 1 juli 2105 en neergelegd in een circulaire van het NZA van 21 juli. Bekostiging wijkverpleging biedt in vergelijking met 2015 meer vrije ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aanvullend afspraken te maken door middel van drie nieuwe prestaties: populatie gebonden bekostiging door middel van het experiment bekostiging verpleging en verzorging, de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg, en de prestatie beloning op maat.

Op zich een positief signaal om in 2016 zorgverzekeraars en zorgaanbieders speelruimte te geven om verder ervaring op te doen met het representatiemodel. Maar biedt dit genoeg kansen voor reële tarieven voor de wijkverpleging en daarmee adequate zorg thuis?

ANBO maakt zich samen met zorgaanbieders ernstige zorgen. Door de verregaande geplande bezuinigingen staat de persoonlijke verpleging en verzorging aan thuiswonende ouderen enorm onder druk én tegelijk de rol van de wijkverpleging als verbindende factor tussen het sociale en medische domein. Daarmee staan de bezuinigingen in schril contrast met de hoge verwachtingen van de wijkverpleging. Het lijkt erop dat het kind met het badwater wordt weggegooid. Dit staat haaks op het beleid dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen met scheiden van wonen en zorg. Zorgverzekeraars moeten met een beperkt budget de zorg van een toenemende groep cliënten bekostigen, waardoor ze de tarieven verlagen. Hierdoor komen zorgaanbieders ernstig in de problemen.

Specifiek vraagt ANBO aandacht voor de onplanbare zorg: van onze leden komen regelmatig signalen binnen dat voor acute en onverwachte zorg geen wijkverpleging beschikbaar is. Voor de prestatie onplanbare zorg kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een overeenkomst sluiten. Maar wat als dit niet gebeurt? Is de cliënt dan de dupe als zijn zorgaanbieder niets heeft geregeld met de zorgverzekeraar?

Bekostiging wijkverpleging op de langere termijn (vanaf 2017)

De staatssecretaris VWS wil vanaf 2017 dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders een contract afsluit voor de segmenten 1 en 2 (S1 en S2) tegelijk. Daarbij stelt hij dat een zorgaanbieder de prestatie S1 (wijkgericht werken) alleen mag declareren als de zorgaanbieder bij de betreffende zorgverzekeraar ook een contract heeft gesloten voor toewijsbare verpleging en verzorging (S2). Op zich hebben we begrip voor dit standpunt. Toch wijzen we op het risico dat een zorgaanbieder deze functies vermengt en zijn eigen werkgelegenheid hiermee kan stimuleren. Gelukkig zijn er zorgaanbieders (zoals Viattence) die bewust deze functies scheiden. Maar het kan toch niet zo zijn dat binnen de zorgaanbieder de wijkverpleegkundige die de indicatie verricht dezelfde is die zorg verleent. Dit kan ertoe leiden dat de slager eigen vlees keurt.

Tenslotte maar niet in de laatste plaats. De staatssecretaris stelt dat vanaf 2017 zorgverzekeraars geheel risicodragend voor de wijkverpleging zijn. Dit vindt ANBO alarmerend. Welke gevolgen zal dit hebben voor de functie wijkverpleging in het basispakket? Zullen zorgverzekeraars luxere vormen van wijkverpleging (zoals nachtzorg) opnemen in hun aanvullend pakket? Wordt de cliënt geacht elk jaar zelf uit te zoeken of wijkverpleging in zijn aanvullende zorgpolis valt met voorwaarden die voor hem belangrijk zijn. Dit is toch geen opmaat voor wijkverpleging onder de aanvullende verzekering? En verder doordenkend: leidt deze ontwikkeling niet tot een onderscheid die te vergelijken is met het vroegere onderscheid zoals tussen ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten? De premie van het basispakket zal al door andere factoren hoger worden, zoals door de kosten van dure medicijnen. ANBO vreest voor een onaanvaardbare premiestijging waarvan met name kwetsbare senioren die zorg nodig hebben de dupe zijn.

Concluderend:

- ⇒ Het bezuinigen op de wijkverpleging staat haaks op het beleid dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen met scheiden van wonen en zorg. ANBO doet een dringend beroep op het kabinet om af te zien van de voorgenomen bezuinigingen van 100 miljoen in 2016.
- ⇒ Met het beperkte budget voor zorgverzekeraars verlagen zij hun tarieven, waardoor zorgaanbieders in de problemen komen. In het bekostigingssystematiek moeten voldoende prikkels voor zorgverzekeraars zijn ingebouwd om afspraken met zorgaanbieders te maken over het leveren van wijkverpleging als maatwerk. Met maatwerk kan immers ook het volume per cliënt worden verminderd.
- ⇒ Hoe denkt de staatssecretaris VWS te bewaken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de onplanbare zorg?

- ⇒ Onderkent de staatssecretaris het risico van vermenging wijkgericht werken (S1) met verpleging en verzorging (S2)? Zo ja, welke maatregelen acht de staatssecretaris mogelijk om te voorkomen dat zorgaanbieders via hun coördinatie- en regiefunctie in een wijk laten meespelen in hun eigen aanbod van verpleging en verzorging?
- ⇒ Wat betekent het feit dat zorgverzekeraars vanaf 2017 risicodragend geacht worden te zijn voor de wijkverpleging? En wat voor impact heeft dit voor de inkomens van mensen met een chronische ziekte of beperking?

Positon paper voor de Vaste Kamercommissie van VWS
21 september 2015
Dr. Ria de Korte-Verhoef RN
Docent verpleegkunde en onderzoeker Hogeschool van Amsterdam

Rol van wijkverpleegkundigen bij het voorkomen van ziekenhuisopnamen nabij het levenseinde

Wijkverpleegkundigen hebben naast huisartsen een belangrijke rol in het voorkomen van ziekenhuisopname nabij het levenseinde*. Ruim de helft van de chronisch zieken wordt in de laatste drie levensmaanden opgenomen in het ziekenhuis. In driekwart van de gevallen is deze opname acuut. **Volgens huisartsen kan een kwart van die ziekenhuisopnames voorkomen worden.** Vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg en kosten voor de gezondheidszorg is het beter ziekenhuisopnames zo veel mogelijk te voorkomen.

Om ziekenhuisopname te voorkomen is het belangrijk dat wijkverpleegkundigen proactief patiënten en hun directe familie in de laatste levensmaanden begeleiden en monitoren en als dat nodig is verzorging bieden. Deze begeleiding, monitoring en zorg vereist grote professionaliteit, kennis en vaardigheden om lichamelijke, psychosociale en existentiële problemen op te vangen in de laatste levensfase. Daarnaast is een volledige overdracht naar collega's en andere professionals belangrijk omdat problemen op alle tijdstippen van de dag kunnen opkomen of verergeren. De collega's die de zorg dan overnemen moeten goed op de hoogte zijn van de reeds gesignaleerde en besproken problemen en de wens van de patiënt om wel of niet thuis te blijven bij verergering van de ziekte.

Casus

Mijnheer Geels is 78 jaar, alleenstaand en heeft prostaatkanker. Na behandeling van een jaar wordt de huisarts door de specialist gebeld. Gezegd wordt dat er geen behandeling meer mogelijk is gericht op genezing of levensverlenging. Er zitten uitzaaiingen in de buik. De huisarts gaat naar mijnheer Geels en bespreekt de situatie op een open manier. Ook biedt de huisarts aan dat er een wijkverpleegkundige langs kan komen. Mijnheer Geels voelt zich nog goed en zegt dat hij geen verzorging nodig heeft, zijn dochter woont in de buurt. "Wellicht denkt u geen wijkverpleegkundige nodig te hebben, maar ik heb naast mij wel een wijkverpleegkundige nodig om u goed te begeleiden" zegt de huisarts. De huisarts legt uit dat de situatie zo kan zijn dat het nog lang goed gaat, maar op een gegeven moment kunnen er meer problemen ontstaan zoals pijn, misselijkheid en braken. Samen met de wijkverpleegkundigen zal er goede begeleiding gegeven worden om deze problemen tijdig op te vangen. Enkele dagen daarna komt de wijkverpleegkundige. Afgesproken wordt dat de wijkverpleegkundige elke 2 weken langs komt en als het nodig is zal zij vaker komen. Er ontstaat een vertrouwensband en mijnheer wordt voorbereid op het levenseinde. De dochter wordt meegenomen in het proces, maar zij heeft er nog veel moeite mee om te accepteren dat haar vader zal gaan overlijden. De wijkverpleegkundige bespreekt met de dochter hoe zij het komende levenseinde van haar vader kan accepteren en hoe zij haar vader zo goed mogelijk kan bijstaan. Haar wordt uitgelegd wat zij zelf kan doen als er meer pijn komt en daarvoor wordt voor "zo nodig" extra medicatie klaargelegd. Mijnheer Geels wordt langzaam zwakker en als een gids leidt de wijkverpleegkundige mijnheer en zijn dochter door het ziekteproces en hun emoties heen. Zij monitort goed of de problemen in de buik erger worden zoals de pijn, ontlasting en misselijkheid. Langzaam

krijgt mijnheer meer medicatie tegen de buikpijn. De wijkverpleegkundige houdt intensief contact met de huisarts en rapporteert haar bevindingen over de symptomen goed in het dossier. In het weekend gaat mijnheer hevig overgeven. De dochter is niet in paniek omdat haar was uitgelegd dat dit door de uitzaaiingen in de buik kan komen. Zij belt de huisarts. In het dossier van de wijkverpleegkundige en die van de huisartsenpost staat dat de patiënt thuis wil blijven. De huisarts constateert dat de darmen bijna zijn afgesloten. Opereren heeft in dit stadium geen zin meer. Mijnheer Geels is er rustig onder, hij is voorbereid op het sterven. Extra morfine wordt ingezet en later start sedatie. Extra verpleging wordt ingezet om mijnheer Geels persoonlijke verzorging te geven, de medicatiepomp te controleren en begeleiding te geven. 'S nachts waakt een verzorgende zodat de dochter overdag energie genoeg heeft om haar vader bij te staan. Mijnheer Geels sterft rustig in het bijzijn van zijn dochter.

Hierboven is een situatie beschreven waarbij de palliatieve zorg goed verloopt en dat er proactief wordt ingespeeld op de achteruitgang die verwacht wordt. De wijkverpleegkundige wordt niet alleen ingeschakeld als er verzorging nodig is maar juist om de psychosociale/existentiële begeleiding en de monitoring tijdig in te zetten. Uit mijn onderzoek blijkt dat bij proactieve begeleiding, monitoring en zorg door wijkverpleegkundigen, in samenwerking met de huisarts, er minder onnodige ziekenhuisopnames zijn. Zonder goede voorbereiding op verergering van de ziekte is er vaak paniek en wordt er regelmatig ziekenhuisopname opgeëist terwijl dat niet nodig is.

Deze zorg is niet goed planbaar. De wijkverpleegkundige heeft bij de ene familie meer tijd nodig om te begeleiden en monitoren dan bij de andere. Ook is onzeker hoe lang de patiënt nog zal leven en wanneer de symptomen zich opstapelen of verergeren. Een vertrouwensband in deze situatie ontstaat alleen als zoveel mogelijk dezelfde wijkverpleegkundige de patiënt bezoekt. Wel is voor de avonden en weekenden een goede overdracht nodig over advance care planning (niet reanimeren of niet behandelen in het ziekenhuis) en systematische symptoomregistratie zodat een patiënt niet onnodig in het ziekenhuis opgenomen wordt door onvoldoende informatie bij de waarnemer. Zover ik weet is er geen bewijs over welke manier van verpleegkundige rapportage het beste is voor patiënten in de palliatieve fase.

Conclusies voor de commissie:

- Professionele wijkverpleegkundige zorg is integrale en holistische zorg voor patiënten en hun naasten;
- Hoogopgeleide wijkverpleegkundigen zijn nodig om integrale palliatieve zorg te geven;
- Palliatieve zorg is niet planbaar; we weten niet goed wanneer het begint en wanneer het eindigt;
- De ernst van symptomen bij patiënten in de palliatieve fase gaan wel verergeren maar we weten niet wanneer;
- Doel van palliatieve zorg is acceptatie en kwaliteit van leven en sterven.
- Goede rapportage en monitoring hoort bij professionele wijkverpleging;
- Er is geen bewijs over welke manier van verpleegkundige rapportage het beste is voor patiënten in de palliatieve fase.

* Proefschrift: M.C. de Korte-Verhoef. Reasons and avoidability of hospitalisations at the end of life; perspectives of GPs, nurses and family carers. 2014. Ede, GVO drukkers.

* De Korte-Verhoef MC, Pasman HRW, Schweitzer BPM, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliëns L (2015). *Vermijden van ziekenhuisopnamen aan het levenseinde; perspectieven van huisartsen, verpleegkundigen en mantelzorgers*. Ned. Tijdschr. v. Gen. 159:A9044.

Rondetafelgesprek wijkverpleging 21 september 2015

Inbreng Per Saldo

17 september 2015 – BR80343

Wijkverpleging kan ook in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb, ook wel het pgb-Zvw genoemd). Dat zal naar verwachting binnenkort ook wettelijk verankerd worden. De mogelijkheid van een pgb voor de wijkverpleging en intensieve kindzorg is essentieel voor die mensen die eigen regie willen houden over hun leven met zorg. Daarmee wordt zorg mogelijk die echt op maat is en aansluit op het leven van mensen. De uitvoering van het pgb-Zvw laat echter nog veel knelpunten zien.

Het pgb moet een volwaardige keuze worden binnen de Zvw

Het persoonsgebonden budget is mogelijk binnen de Zvw. Dat is mooi. Maar het is nog geen volwaardige keuzemogelijkheid voor mensen. Hier liggen nog criteria voor die niet direct bijdragen aan een solide pgb, maar eerder een drempel opwerpen voor toegang tot een pgb-Zvw. Voorbeeld is het criterium planbare zorg. Als zorg beoordeeld wordt als planbaar door de zorgverzekeraar is er geen toegang tot een pgb. In bekende casuïstiek blijkt dat zelfs als er zorg nodig is op bepaalde vastgestelde tijden, die niet te garanderen is vanuit naturazorg. Voor mensen met een baan of andere verplichtingen kan dit het leven zeer negatief beïnvloeden. Met een pgb wil een budgethouder de zorg volgend laten zijn op zijn leven, niet andersom.

Het pgb is een financierings- en zorgleveringsvorm die flexibiliteit vraagt

De keuze voor een pgb wordt gemaakt vanuit de wens de regie te houden over leven met zorg. Zo is het leven niet planbaar en zorg niet altijd even intensief nodig. Budgethouders kunnen binnen het budget goed handelen om 'pieken en dalen' op te vangen mits er flexibiliteit mogelijk is binnen het budget, de budgethouder wil en kan die flexibiliteit met zijn hulpverleners op maat regelen maar mag dat nu niet. Het starre hanteren van de lijn dat indicatie in uren en functies altijd gelijk moet zijn aan de inkoop van die uren biedt geen flexibiliteit om als budgethouder de zorg goed te laten aansluiten op de behoefte. Het budget moet bepalend zijn, de invulling kan de budgethouder daarbinnen het beste regelen. Budgethouders willen zorg passend kunnen regelen op hun behoefte zodat de zorg moet aansluiten bij het leven en niet het leven bij de zorg.

Uitbetalingen aan de zorgverlener via pgb ook via SVB

De afgelopen weken is veelvuldig gesproken over trekkingsrechten. De uitvoer daarvan kan en moet beter. Voor het pgb-Zvw is er voor 2015 een tijdelijke noodmaatregel getroffen, maar blijft een structureel geborgd uitbetalingstraject uit. Zo is er nog geen structurele oplossing voor de werkgeverslasten van budgethouders en andere afdrachten geregeld. Op dit moment is er een collectieve regeling via de SVB. Maar dit is niet geborgd. Dit knelpunt moet beslecht worden. Ook moeten budgethouders de mogelijkheid krijgen om te kiezen voor het trekkingsrecht als zij dit willen, dat kan nu binnen de het pgb-Zvw niet. Voor mensen

die gebruik moeten maken van zorg uit verschillende domeinen (bv combinatie pgb-Zvw en Wmo) zou dit echt een uitkomst zijn. Ook kan dit de betalingen versnellen.

Indicatiestelling pgb vraagt extra deskundigheid

Het is een bekend geluid dat de indicatiestelling voor budgethouders niet eenvoudig is. Het lijkt niet te passen in het model voor indicatiestelling (een cyclisch proces) dat wijkverpleegkundigen aanhouden. Hiervoor is vanuit Per Saldo begrip. Toch zal er voor het pgb wel geïndiceerd moeten worden door een verpleegkundige niveau 5. Hierbij moet echter eerst de wijkverpleegkundige beter worden toegerust om een budgethouder te indiceren en mede te beoordelen of deze persoon voldoet aan de criteria om een pgb-Zvw te verkrijgen. Hiervoor is betere informatie en scholing nodig. De zorgvraag van budgethouders is in veel gevallen zeer complex en kent soms meerdere 'grondslagen'. Dit vraagt aandacht voor gerichte deskundigheidsbevordering.

Intensieve Kindzorg

Intensieve Kindzorg (IKZ) is bijzondere zorg. Het gaat hier om zeer intensieve zorg aan een zeer kwetsbare groep. Het is noodzakelijk dat de indicatie voor de wordt uitgevoerd door een gespecialiseerd kinderthuiszorgverpleegkundige. Echter; die kinderthuiszorgverpleegkundige moet ook kennis hebben van de werkwijze en mogelijkheden van een pgb bij IKZ en deze ook benoemen als mogelijke leveringsvorm binnen de Zvw.

Ook is kennis nodig voor het indiceren voor vervoer en tijdelijk verblijf bij een pgb voor IKZ. Als laatste punt is van belang dat er een uniform protocol wordt ontwikkeld om de gebruikelijke zorg vast te stellen binnen een gezin met een ernstig ziek kind. De indicaties die nu worden gesteld, kunnen zeer uiteenlopen en verschillen te veel tussen elke verpleegkundige. Dit is onwenselijk.

Zorgvuldigheid voorop bij herindicatie

Voor 31 december 2015 moeten er nog veel herindicaties voor pgb-Zvw worden vastgesteld. Daar ziet Per Saldo twee knelpunten. De eerste is de toegangsbeperking voor mensen die vervolg willen geven aan hun pgb in de Zvw. Het afwijzen of ontraden van een pgb-Zvw is een veel gehoorde klacht binnen Per Saldo. Ook hebben wij daar via ons meldpunt al veel signalen over ontvangen.

Een tweede punt is dat deskundigheid en zorgvuldigheid bij de herindicatie voorop moeten staan. Dit gezien de complexiteit van de zorgvraag, de missende deskundigheid op het terrein van pgb de knelpunten rondom IKZ en de beperkte capaciteit van de benodigde verpleegkundige niveau 5. De vraag is of dat in de resterende tijd tot 1 januari 2016 reëel is. Daarom pleit Per Saldo ervoor om zorgvuldigheid en deskundigheid voorop te stellen en waar nodig de huidige indicatie door te laten lopen in 2016.

Per Saldo
Aline Saers, directeur



alzheimer
nederland

II-9

Position paper Alzheimer Nederland
t.b.v. hoorzitting/rondetafelgesprek wijkverpleging d.d. 21 september 2015

"Ik weet niet meer bij wie ik echt terecht kan. Mijn casemanager is ontslagen en ik heb geen zicht of naam bij de persoon die mij nu kan helpen. De zorgverzekeraar zegt dat het kan, maar concreter wordt zijn antwoord niet. Ik voel me ontheemd in de zorg."

Patiënt met dementie, 76 jaar

Patiënten met dementie en hun mantelzorgers geven het al langer aan: casemanagement dementie is van groot belang om zorg voor mensen met dementie effectief en laagdrempelig te houden. Alzheimer Nederland was destijds zeer verheugd met de verankering van casemanagement dementie binnen de aanspraak wijkverpleging. Echter de praktijk is weerbarstig. Er is op dit moment sprake van onderbenutting van de mogelijkheid van casemanagement dementie binnen de aanspraak wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Niet omdat patiënten deze zorg niet graag willen. Integendeel. De vele signalen die wij ontvangen vertellen ons dat de vraag groot is. Marktwerking lijkt hier geen antwoord te hebben op het spel van vraag en aanbod. Casemanagement dementie is in algemeenheden in de aanspraak wijkverpleegkunde omschreven en daardoor beperkt zichtbaar. En dat heeft ongewenste gevolgen. Een gemiste kans, want casemanagement dementie ontzorgt en ontmedicaliseert, en realiseert uiteindelijk een kostenbesparing in de zorg.

Daarom wil Alzheimer Nederland op basis van de vele signalen dat geld voor casemanagement dementie binnen de aanspraak wijkverpleging geormerkt wordt.

Misschien niet passend binnen de lijn van marktwerking. Echter de praktijk laat zien dat de huidige regelgeving en marktwerking leidt tot mismatch tussen vraag en aanbod en de inzet van verkeerde deskundigheid. De Tweede Kamer, de staatssecretaris en NZa hebben zich ingezet voor optimale benutting van casemanagement maar niet met het gewenste resultaat. Het gevolg: mensen met dementie die ontheemd zijn in de zorg! Geen casemanagement of casemanagers met de verkeerde competenties. In 2017 moet casemanagement derhalve geormerkt worden opgenomen in de nieuwe financieringssystematiek voor de wijkverpleging.

Waar komen we vandaan?

- In zijn recente dementiebrief heeft staatssecretaris Van Rijn nog eens bevestigd dat casemanagement dementie, uitgevoerd door een daarvoor toegeruste professional, onder de aanspraak wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Alzheimer Nederland vindt dat casemanagement dementie een onmisbare schakel is in de dementiezorg. Voor de casemanager bestaat veel waardering bij de patiënt. Mantelzorgers beoordelen de casemanager dementie met een 8,2. Uit onderzoek van Alzheimer Nederland blijkt dat 84% van de mantelzorgers denkt dat hun naaste met dementie langer thuis kan wonen dankzij de casemanager.
- Dit voorjaar bleek uit onderzoek van het NIVEL dat er veel onduidelijkheid bestond rond de financiering van dementieketens en de inkoop van casemanagement dementie door zorgverzekeraars. Alzheimer Nederland heeft naar aanleiding hiervan zijn ongerustheid uitgesproken. Het kan niet zo zijn dat mensen met dementie van het kastje naar de muur worden gestuurd.

- Op verzoek van staatssecretaris Van Rijn heeft de NZa inmiddels een circulaire uitgebracht om verzekeraars en zorgaanbieders beter te informeren. Ook voor de inkoop van 2016 zal de NZa in haar voorlichting extra aandacht geven aan de inkoop van dementiezorg en daarmee casemanagement dementie. Alzheimer Nederland is blij met deze inzet van de Tweede Kamer én de staatssecretaris voor casemanagement dementie. Maar wij blijven de vinger daarom aan de pols houden voor wat betreft de uitvoering, want de signalen van verontruste patiënten en hun mantelzorgers blijven ons bereiken.

Waarom?

Recent is de studie Casemanagement of dementia for patients and caregivers; an evaluation (Compas) verschenen die de meerwaarde van casemanagement dementie meer dan aantoonst: De resultaten demonstreren positieve effecten van casemanagement dementie op mantelzorgers van mensen met dementie en geven een indicatie dat er substantiële kostenbesparingen in de zorg zijn. Eerder toonde een onderzoek van VGZ al een besparing van ruim 50% op de totale kosten van dementiezorg aan. Casemanagement dementie betaalt zich dus altijd terug in de beperking van zorgkosten, maar vooral in waardige zorg.

Ook aandacht voor de noodzaak van integrale zorg en ontschotting

- Mensen met dementie vallen onder drie verschillende wetten: de Zvw, de Wmo en de Wlz. Een inherente consequentie hiervan is dat er een schottenproblematiek tussen de verschillende systemen en uitvoerders en financiers optreedt. Er is een prikkel om 'moeilijke' of 'zware' cliënten door te schuiven richting de Wlz, omdat de wijkverpleging of de gemeente zich dan op meer gemakkelijke gevallen kan richten.
- Daarnaast ontvangt Alzheimer Nederland geluiden dat door de financieringsstromen in de zorg, verzekeraars en zorgkantoren langs elkaar werken. Het gevolg hiervan is dat zorg voor mensen met dementie niet langer integraal georganiseerd is.
- Om mensen met dementie en hun omgeving niet het slachtoffer te laten zijn van verschotting, upcoding en onduidelijkheid, is er behoefte aan een sterk wijkteam inclusief goed casemanagement dementie als onderdeel van integrale zorg.
- In dit verband vinden wij het streven naar prestatiebekostiging een potentieel veelbelovende ontwikkeling. Zo valt er in de Voorhangbrief te lezen dat prestatie gedefinieerd zou kunnen worden naar klanttevredenheid of de situatie waarin "een organisatie die in vergelijkbare omstandigheden de doorstroom van cliënten naar zwaardere kwetsbaarheid weet te dempen, kan hiervoor worden beloond." Vanzelfsprekend moet wat Alzheimer Nederland betreft de zorg voor en tevredenheid van de cliënt centraal staan bij prestatiebekostiging. Ook zijn wij voorstander van het financieel belonen van zorgverzekeraars wanneer de persoonlijke verzorging/ hulp in bepaalde gevallen zodanig is dat mensen langer thuis kunnen wonen.