

## **Reactie van Branchevereniging Kleinschalige zorg (BVKZ) op *Internetconsultatie Houtkoolschets Acute zorg***

Discussiestuk over de inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap

### **Over BVKZ**

Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ) vertegenwoordigt ruim 350 leden; kleinschalige zorgaanbieders actief in o.a. ouderenzorg, wijkverpleging, gehandicaptenzorg en jeugdzorg. Onze leden bieden kleinschalige zorg wat zich vooral kenmerkt door de grote betrokkenheid van zorgverleners en ondernemers bij de cliënten om te zorgen voor goede professionele zorgverlening in een huiselijke setting.

De leden van BVKZ zijn vaak gestart vanuit persoonlijke ervaringen in de zorg als zorgverlener en/of als familielid, ouders of naasten. Deze persoonlijke ervaringen zijn de drive om een zorgorganisatie te starten, het anders te gaan doen waarbij de cliënt werkelijk centraal staat. Hiermee wordt bedoeld dat de cliënt gezien wordt als mens en dat er werkelijk geluisterd wordt naar de cliënt en het goede gesprek de basis is waarop de zorgverlening aansluit. Het levensverhaal van de cliënt komt niet alleen uit een zorgplan maar zorgverleners worden geacht te weten van iedere cliënt wat hun ondersteuningswensen zijn. De ondernemer kent de cliënten en zijn medewerkers persoonlijk en de lijnen binnen de organisatie zijn kort. De cliënten en hun familieleden/naasten hebben bewust gekozen om zorg te ontvangen van deze instellingen/ onze leden, juist door de professionele nabijheid. Meer over onze leden en onze vereniging kunt u vinden op [www.bvkz.nl](http://www.bvkz.nl).

### *Reactie BVKZ*

BVKZ onderschrijft het uitgangspunt dat acute zorg voor iedereen beschikbaar moet zijn. We merken, zeker bij de ouderen wonend in kleinschalige wooninitiatieven, dat dit niet per definitie het geval is. Dit heeft te maken met diverse factoren zoals de verantwoordelijkheidsverdeling tussen algemene medische zorg (huisarts) en specifieke medische zorg op gebied van geriatrie (Specialist ouderengeneeskunde), de werkdruk van de medische zorg thuis (huisartsen) en de beschikbaarheid van medische zorg (huisartsen en Specialist Ouderengeneeskunde).

### *Integrale samenwerking*

Om goede acute zorgverlening mogelijk te maken, is integrale samenwerking essentieel. Met integrale zorg bedoelen we de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional. Dit vraagt herijking van de taakverdeling en verantwoordelijkheden en vooral vertrouwen in de collega professionals. We constateren dat er nog te vaak dat triages en analyses overgedaan worden omdat de professional zelf 'met eigen ogen' de resultaten wil meten en analyseren. Een goede triage vooraf kan veel duidelijkheid bieden en daarmee de professionals in het verdere proces ontlasten. Deze triage dient vorm te krijgen als een 'integrale blik' waar alle domeinen samenkomen en onderdeel worden van de triage en het zorgverleningsproces. Daarnaast dient de zorgverlening en financiering op elkaar afgestemd te zijn. Nu merken we dat vooral de financiële middelen leidend zijn bij de keuze of een cliënt wel of niet de juiste zorg krijgt. Bijvoorbeeld een cliënt met een ZZP zonder behandeling wonend bij een woonvoorziening kan tussen het wal en schip vallen omdat de huisarts en Specialist Ouderengeneeskunde moeten afstemmen wie een consult kan verlenen en dit ook betaald krijgt en dat er geen overeenstemming gevonden wordt. Dit zou geen discussie meer opleveren als beide professionals op dezelfde manier gefinancierd worden.

### *Voldoende zorgprofessionals*

BVKZ merkt zeker dat de werkdruk en de krapte op de arbeidsmarkt, van met name huisartsen en Specialisten ouderengeneeskunde, een probleem is in enkele regio's en mogelijk gaat worden in het gehele land. Ouderen blijven steeds langer thuis wonen waarbij ze, als het echt thuis niet meer kan, in kleinschalige wooninitiatieven gaan wonen. Deze kleinschalige wooninitiatieven vervullen een behoefte van een grote groep zorgbehoevende ouderen en zijn niet meer weg te denken in deze samenleving. Deze kleinschalige wooninitiatieven hebben geen specialisten in dienst gezien hun omvang en worden daarmee gedwongen gebruik te maken van de beschikbare capaciteit in de regio. Dit blijkt problemen op te leveren. De huisarts heeft al voldoende thuiswonende patiënten en is van mening dat de bewoners van kleinschalige wooninitiatieven door een specialist ouderengeneeskunde geholpen moeten worden. De specialisten ouderengeneeskunde werken voornamelijk bij de grotere organisaties die niet graag deze capaciteit uitlenen.

Om de toegankelijkheid van acute zorg ook in de toekomst te borgen, is naar de mening van BVKZ een ander model noodzakelijk.

Huisartsen en Specialisten ouderengeneeskunde zouden nauw met elkaar kunnen gaan samenwerken in de vorm van een artsenpraktijk. Huisartsen en Specialisten ouderengeneeskunde zijn daarmee samen verantwoordelijk voor de ouderen in de regio. Specialisten ouderengeneeskunde werken daarmee niet meer voor een zorgaanbieder maar zetten hun capaciteit in voor de hele regio. Met deze samenvoeging komt er beschikbaarheid van artsen in de hele regio en kan toekomstige arbeidsmarktkrapte beperkt worden.

Voor de acute zorg in de ANW-uren dient er een nauwe samenwerking gezocht te worden met de huisartsposten/spoedposten zodat ook in nood deze artsen beschikbaar zijn.

Het voordeel van dit model is dat de arts van de thuiswonende zorgvrager meebeweegt met de cliënt ook als deze naar een woonvoorziening of intramuraal verpleeghuis gaat verhuizen.

Daarmee blijft de relatie tussen de cliënt en arts bestaan en is er sprake van soepele overgangen.

Tevens is het belangrijk, gezien de ontwikkelingen in de toekomst, te kijken of taakherschikking tot een betere afstemming op de zorgvraag kan leiden en de beschikbare capaciteit van de zorgprofessionals beter tot zijn recht kan komen.

### *Tijdelijk verblijf*

Veel ouderen wonen zo lang mogelijk thuis. Echter als het een keer mis gaat, biedt het opgebouwde netwerk geen oplossing en is deze oudere in een crisissituatie gedwongen een beroep te doen op de spoedeisende hulp. Dit is niet altijd nodig en een tijdelijk verblijf kan uitkomst bieden. Tijdelijk verblijf wordt gefinancierd vanuit Wmo of Zvw afhankelijk van het soort verblijf. De bekostiging van tijdelijk verblijf is nu gericht op de bezetting van 'het bed'. Als er geen cliënt is, dan is er geen vergoeding. Dit betekent in de praktijk dat een zorgaanbieder kritisch gaat kijken naar optimale bezetting van 'het bed'. Daarmee kan de zorgaanbieder de keuze maken om een andere zorgvrager (niet gefinancierd op basis van tijdelijk verblijf) op te nemen aangezien een leeg bed niets opbrengt. Als er dan sprake is van een crisissituatie dan zijn er onvoldoende bedden beschikbaar.

BVKZ pleit daarom voor een andere bekostigingssystematiek voor tijdelijk verblijf. Wij stellen ons voor dat voor de beschikbaarheid van het bed een vergoeding wordt gegeven en als er gebruik van het bed wordt gemaakt, ook de zorgverlening wordt vergoed. Door de beschikbaarheid te

vergoeden, zullen er meer bedden beschikbaar zijn. Natuurlijk vraagt dit helder en uniform beleid van gemeenten en verzekeraars en regie vanuit één schakelpunt dat de zorgvraag verdeelt.

#### *Samenwerking binnen de wijkverpleging*

In 2011 is meer keuzemogelijkheid en keuzevrijheid voor cliënten gecreëerd omdat er sprake was van een beperkt aantal zorgorganisaties waar cliënten uit konden kiezen. Dit was de eerste stap naar gereguleerde marktwerking. Vervolgens heeft de cliënt zelf 'met de voeten gestemd' door juist te kiezen voor nieuwe aanbieders die meer aandacht voor de cliënten hadden, waarbij "de cliënt niet een nummer was in de route en ze maar blij moesten zijn dat er iemand langs kwam". De meeste nieuwe aanbieders zorgen voor een tegenwicht waarbij de cliënt zorg kan ontvangen passend bij zijn levensstijl en op de tijdstippen die de cliënt zelf wenst.

Samenwerking tussen wijkverpleegkundige zorg, huisartsenzorg en het sociaal domein als een netwerk rondom de cliënt is belangrijk. BVKZ kan dit alleen maar onderschrijven. Samenwerking sturen met het inrichten van wijkteams van slechts enkele aanbieders is niet de oplossing. We hebben met elkaar ervaren dat, bij de vorming van de ketens dementie, de grote aanbieders in de lead waren en kleine zorgaanbieders niet mochten toetreden c.q. een aanzienlijk bedrag moesten inleggen om deel te mogen nemen aan de ketens. Ook kennen we de signalen dat de grote aanbieders een schakelverpleegkundige mocht afvaardigen in de sociale wijkteams (zogenoemde S1 verpleegkundigen) waarmee de verwijzing vanuit het sociale wijkteam voor de cliënt in het overgrote deel terecht kwam bij de aanbieders die de schakelverpleegkundigen hadden afgevaardigd. Zo ook de ervaringen met de transferverpleegkundigen in de ziekenhuizen die gedetacheerd waren vanuit grote thuiszorgorganisaties.

De ontwikkeling naar één wijkteam (en daarmee één zorgaanbieder) beperkt onzes inziens echter de keuzevrijheid van de cliënten. Daarnaast wordt een sterke afhankelijkheid gecreëerd van deze zorgaanbieder wat het speelveld onevenwichtig maakt.

Deze geschiedenis willen we niet nogmaals laten herhalen bij de totstandkoming van integrale wijkteams. Wil samenwerking in de wijk effectief zijn, dan moet gekozen worden voor een model waar alle zorgaanbieders de mogelijkheid om onderdeel te zijn van een integraal wijkteam.

#### *Werken aan wonen*

Zoals ook in de houtkoolschets is opgenomen, ziet ook BVKZ een toenemende vraag naar gemeenschappelijke woonvormen en de oprichting van geclusterde woonvoorzieningen. De bewoners in deze woonvoorzieningen moeten ook de beschikking hebben en houden over acute zorg. Onze huidige ervaringen zijn daarin helaas niet altijd positief. Zoals eerder in deze brief uitgewerkt, zien we dat de integrale samenwerking niet altijd goed geregeld is waarmee de beschikbaarheid van de acute zorg onder druk staat. Bij de herinrichting van de acute zorg dient daar aandacht voor te zijn.

#### *Regionale meldkamer en spoedposten*

BVKZ onderschrijft het statement dat het voor de patiënt duidelijk moet zijn waar deze in een stressvolle situatie terecht kan. De verschillende loketten die nu in gebruik zijn, leveren vaak verwarring op. Een centrale regionale zorgmeldkamer kan hiervoor uitkomst bieden. Een goede multidisciplinaire triage zal het vervolg in het zorgproces soepeler laten verlopen.

Het inrichten van een spoedpost kan de druk bij de huisartsen, acute geestelijke gezondheidszorg, huisartsenposten en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis verlichten. Zeker met de toekomstige arbeidsmarktcrisps kan de zorg daarmee efficiënter en effectiever worden ingezet.

### *Randvoorwaarden*

Voor een goede samenwerking zijn een aantal randvoorwaarden essentieel om de transitie te laten slagen. Denk hierbij aan optimale gegevensuitwisseling. De gegevens moeten daarbij zoveel mogelijk elektronische uitgewisseld worden. De overheid werkt hiervoor aan nadere wetgeving. Namens kleinschalige zorgaanbieders willen we hier ook specifiek aandacht voor vragen. De digitaliseringsgraad bij kleinschalige zorgaanbieders ligt lager dan bij bijvoorbeeld de ziekenhuizen. Willen we de stap maken tot optimale gegevensuitwisseling dan moet hier ook aandacht en voldoende implementatietijd voor zijn.

Een tweede voorwaarde is glasheldere en handhaafbare normen. Aangepaste normen zijn noodzakelijk bij de herinrichting van dit zorglandschap. Wij willen wel benadrukken dat kritisch gekeken moet worden welke nieuwe normen worden toegevoegd en welke bestaande normen dan kunnen vervallen. Een herinrichting moet niet leiden tot het 'verder optuigen van de kerstboom' maar vooral werkbaar zijn voor in de praktijk voor de professionals zonder te veel administratieve lasten.

Het optimaal inzetten van slimme zorg is een belangrijk uitgangspunt om tot vernieuwing te kunnen komen. Daar moet in een nieuw zorglandschap met bijbehorende processen en financiering voldoende ruimte voor zijn. We kunnen alleen innoveren met ruimte voor creativiteit en ondernemerschap.

Tenslotte vragen we nog aandacht voor uniforme afspraken in de regio (waar mogelijk) zonder afbreuk te doen aan de regionale dynamiek en herkenbaarheid. Daarmee bedoelen we dat zorgaanbieders die actief zijn in meerdere regio's, de interne processen goed en efficiënt kunnen inrichten om te kunnen voldoen aan alle randvoorwaarden.

Voor meer informatie kan contact worden opgenomen met directie van BVKZ Diana van Langerak via telefoonnummer 0162-696060 of [info@bv kz.nl](mailto:info@bv kz.nl).