

Gemeente Amsterdam
T.a.v. de wethouder Zorg
de heer E. van der Burg
Postbus 202
1000 AE Amsterdam

Achmea divisie Zorg en gezondheid
T.a.v. de directeur Zorginkoop Care
de heer E.J. Wilhelm
Storkstraat 12
3833 LB Leusden

Datum: 13 januari 2015
Onderwerp: Reactie op de evaluatie wijkzorg 2014

Kenmerk: 15-0020/AW/HKT

Geachte heer van der Burg, geachte heer Wilhelm,

Sinds april 2014 zijn wijkzorgteams actief in 5 startgebieden Verpleging & Verzorging in Amsterdam. Leren en ervaringen opdoen waren de belangrijkste pijlers om in 2015 met de nieuwe werkwijze in 22 gebieden aan de slag te gaan. In onze brief van 5 november 2013 hebben wij dit ook onderschreven en aandachtspunten aangereikt, waarmee de inbreng van cliënten versterkt zou kunnen worden.

Met deze brief willen wij die inbreng nogmaals onder uw aandacht brengen. Immers het uitgangspunt van het beleid was de cliënt centraal te stellen. Er wordt van cliënten gevraagd om meer zelf te doen, regie te pakken en het eigen netwerk in te zetten. Maar hoe de cliënt dit kan doen is nog onduidelijk. Met deze brief willen wij een betere verankering van het cliënt- perspectief in het beleid bewerkstelligen waarbij het ons vooral gaat om:

- De noodzakelijke kanteling te bewerkstelligen waarbij de cliënt steeds het uitgangspunt is..
- Het beschikken over goede informatie toegespitst op de individuele situatie van de cliënt.
- Inzet van de mantelzorg
- Ruimte voor bewoners-en cliëntinitiatieven

Wij komen hier in onze brief nader op terug.

Feitelijk is pas in juni jl. gestart met de nieuwe wijkzorg. De late besluitvorming over de Persoonlijke Verzorging, de inzet en ontwikkeling van de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM), het ondersteuningsplan en het registratiesysteem RIS waren hier debet aan. Daardoor is (te) weinig tijd overgebleven voldoende ervaring op te doen om op 1 januari 2015 in alle 22 gebieden van start te gaan.

De gemeente Amsterdam en het Zorgkantoor Achmea hebben veel tijd besteed aan het opstellen en implementeren van regels en randvoorwaarden om het gehele proces te beheersen.

Samenwerking

- In de startgebieden zijn zorg- en welzijnsaanbieders in wisselend tempo aan de slag gegaan om elkaar te leren kennen en samenwerking tot stand te brengen. Dit heeft goed uitgepakt. Wijkzorgteams kunnen hierdoor snel en effectief worden ingezet, wat in het belang van de cliënt is.

We hebben echter nog onvoldoende zicht op:

- Hoe de formele op de informele zorg aansluit.
- Hoe de wijkzorgteams, sociale wijkteams en de Samen Doen teams zullen samenwerken.
- Wat de rol van de centrale stad en de stadsdelen wordt en wie waar de regie over voert.
- Hoe de overlegstructuur tussen de zorgprofessionals er uit ziet.

Huisartsen

Het aanhaken van de huisartsen bij het wijkzorgteam heeft nogal wat voeten in aarde gehad. Zij zagen niet direct wat wijkzorg hen zou kunnen opleveren. En dat terwijl de huisarts vaak de aangewezen professional is voor de cliënt om zorg en ondersteuning te krijgen. Er moet nog veel werk verzet worden om de huisartsen een rol binnen het wijkzorgteam te geven. Zij geven aan dat er veel extra werk op hen afkomt door allerlei andere ontwikkelingen en zien nog onvoldoende wat wijkzorg hen kan opleveren naast de al bestaande samenwerking met welzijn en wijkverpleegkundigen. Wij vragen om een concrete uitwerking van dit punt. De gemeente en Achmea zouden hier de regie in moeten nemen.

Inzet van de ZRM

Het gebruik van de ZRM roept nog veel weerstand op bij de zorgprofessionals en cliënten. De GGD adviseert de ZRM breed toe te passen, ondanks de beperkingen die uit de evaluatie naar voren zijn gekomen. De ZRM is minder effectief dan de GGD veronderstelde en vraagt in de praktijk om een flexibele inzet. Ons standpunt is dat het verkennen van de hulpvraag van de cliënt alleen op relevante levensdomeinen plaatsvindt.

Zorgprofessionals geven al langer aan dat er geschikte andere methodieken beschikbaar zijn, die naast en soms in plaats van de ZRM gebruikt kunnen worden. Bij zorgvragen met (mogelijke) multi-problematiek kan de ZRM zinvol worden gebruikt, zoals ook blijkt uit de evaluatie.

Geschikte woningen en woonvormen is een randvoorwaarde wijkzorg

Bij de realisatie van (complexe en langdurige) zorg en ondersteuning thuis moeten cliënten kunnen beschikken over een geschikte en/of aangepaste woning. Op dit moment is de beschikbaarheid daarvan onvoldoende. Wat gaan de gemeente, Achmea, zorgaanbieders en woningbouwcorporaties hieraan doen?

Inzet van specialistische zorg

Hoe de specialistische zorg en ondersteuning een plek krijgen binnen de wijkzorg, is ons nog niet geheel duidelijk. Er is veel aandacht voor de samenwerking in de driehoek huisarts-wijkverpleegkundige- maatschappelijk werker. Maar naast andere disciplines moet vooral de paramedische zorg een positie krijgen in het wijkzorgteam. Deze speelt een belangrijke rol bij het wel of niet langer thuis kunnen wonen. Wij willen hier een concrete uitwerking van zien, en denken dat vooral de diëtist, fysio, oefen- en/of ergotherapeut betrokken worden bij het keukentafelgesprek.

Monitoring

Het onderzoek “Goede zorg in de wijk, monitoring transitie vanuit cliëntenperspectief” is niet alleen in beperkte omvang uitgevoerd, maar ook in een vroeg stadium. Van een vernieuwende werkwijze was nog onvoldoende sprake. Het onderzoek kan feitelijk als nulmeting worden gezien. Wij pleiten ervoor om dit onderzoek voort te zetten en te richten op de vernieuwende werkwijze en het effect daarvan op de cliënttevredenheid en het oplossen van de hulpvraag van de cliënt.

Cliënt als uitgangspunt

Vanuit de transities wordt de cliënt geacht meer eigen regie te nemen en meer gebruik te maken te maken van het eigen netwerk. Het beleid moet dit ook mogelijk maken. Daar is op dit moment nog onvoldoende sprake van. Zoals eerder gezegd; veel aandacht is uitgegaan naar het proces en het beheersen ervan. Hiervoor is een kanteling vereist. Zowel bij de gemeente en de verzekeraar, maar ook bij de cliënt! Hierin zit voor u en voor ons een spanningsveld. Graag willen wij met u op korte termijn hierover in gesprek, om te kijken hoe wij gezamenlijk die kanteling concreet, in stappen vorm kunnen geven.

Het (kunnen)beschikken over informatie

Om te weten wat er allemaal te kiezen valt en welke rechten hij of zij heeft, heeft de cliënt goede, begrijpelijke en realistische informatie nodig. Hieraan ontbreekt het. Veel cliënten, zoals laaggeletterden, migranten en verstandelijk beperkten, begrijpen de beschikbare informatie niet. Daarnaast schetsen de voorlichting en spotjes vaak een te positief beeld die niet overeenkomt met de realiteit. Wij verwachten van de gemeente de zorgverzekeraar dat:

- De informatie helder en begrijpelijk is voor cliënten, met name laaggeletterden en migranten.
- Cliënten kennis kunnen nemen van het aanbod van zorg en welzijnsdiensten in hun gebied.
- De cliënt in staat wordt gesteld keuzes te kunnen maken gericht op diens situatie.

Clientondersteuning

Het keukentafelgesprek is voor de cliënt van groot belang om passende zorg en ondersteuning te krijgen. De cliënt moet daarom zo goed mogelijk toegerust zijn om dit gesprek met de zorgprofessional te kunnen voeren. De cliënt heeft het recht om een onafhankelijk cliëntondersteuner in te schakelen. Dit moet niet alleen tijdens, maar ook voorafgaand aan het keukentafelgesprek plaatsvinden.

Ook dient de zorgprofessional de cliënt vooraf te informeren over het opstellen van het ondersteuningsplan of de inzet van de ZRM. Informatie over het maken van bezwaar, aanvragen van een second-opinion, klachten en privacy (toestemming en delen van informatie) maken hier ook onderdeel van uit. Wij willen:

- Dat de inzet van de cliëntondersteuning voorafgaande aan het keukentafelgesprek plaatsvindt.
- De cliënt toegerust is om het gesprek over diens zorg en ondersteuning zo gelijkwaardig als mogelijk te voeren vanuit de eigen wens en behoefte.

Aandacht voor de mantelzorg

We zijn blij met de extra middelen die voor mantelzorgondersteuning beschikbaar komen. We vragen hierbij wel om extra aandacht voor het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers, betrokkenheid mantelzorger bij het verkennen van de hulpvraag van de cliënt en voldoende vormen van respijtzorg. Wij vragen om concreet beleid van gemeente en zorgverzekeraar hierop.

Inzet vrijwilligers

Wij vragen ons af of er bij het vaststellen van het beleid voldoende is nagedacht over de consequenties van de inzet van vrijwilligers. Het gaat doorgaans om cliënten met een ingewikkelde zorg- en ondersteuningsvraag. Daar kun je niet iedereen op inzetten. Het hebben van voldoende kennis met betrekking tot de problematiek is een belangrijke voorwaarde om die inzet goed te laten plaatsvinden. Wij stellen de vraag hoe de vrijwilliger wordt toegerust om te kunnen worden ingezet. Hoe er toezicht plaatsvindt op die inzet en de betrouwbaarheid, kwaliteit en veiligheid van de inzet.

Invloed op het zorginkoopbeleid

Bij het opstellen van de inkoopcriteria dient het cliëntenperspectief voorop te staan. En dat de cliënttevredenheid een belangrijke rol speelt bij het contracteren van (nieuwe) aanbieders. Cliënten moeten kunnen ervaren dat de geleverde zorg en ondersteuning hen meerwaarde biedt en dat zij zich geholpen voelen. Dat betekent dat cliënten inbreng moeten hebben op het inkoopbeleid van de gemeente en verzekeraar. Graag horen wij van u hoe u dit gaat organiseren.

Ruimte voor bewoners- en cliëntinitiatieven

Bewoners- en cliëntinitiatieven moeten alle ruimte krijgen zich te ontwikkelen. We hebben in het huidige proces gezien dat dit met regels en randvoorwaarden werd ondergraven door de gemeente en zorg en welzijnsaanbieders, terwijl zij dit juist moeten faciliteren en stimuleren. Hoe gaat u hier invulling aan geven?

We zien uw reactie op onze punten met belangstelling tegemoet.

Hoogachtend,
mede namens het bestuur van Clïentenbelang Amsterdam

mr. A.W. Warnar
Directeur